

MINIP

Mecanismo Nacional de
Prevención de la Tortura

Guía de buenas prácticas en
contenciones mecánicas

(Centros de privación de libertad)

 DEFENSOR
DEL PUEBLO



**Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura
(MNP)**

**Guía de buenas prácticas
en contenciones mecánicas
(Centros de privación de libertad)**

2017

Se permite la reproducción total o parcial del contenido de esta publicación, siempre que se cite la fuente. En ningún caso será con fines lucrativos.

Ejemplar realizado por el Defensor del Pueblo

© Defensor del Pueblo
Eduardo Dato, 31 – 28010 Madrid
www.defensordelpueblo.es
documentacion@defensordelpueblo.es

Sumario

INTRODUCCIÓN

1. CRITERIOS SOBRE LAS SUJECIONES MECÁNICAS EN CENTROS PENITENCIARIOS

2. PROCEDIMIENTOS EN CONTENCIONES MECÁNICAS

3. PROCEDIMIENTO EN PAUTAS DE *DESESCALADA*

ANEXO. ESTÁNDARES INTERNACIONALES RELACIONADOS CON MEDIOS COERCITIVOS EN CENTROS PENITENCIARIOS

1. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)
2. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)
3. Reglas Penitenciarias Europeas
4. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
5. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
6. Informes del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT)

INTRODUCCIÓN

El Defensor del Pueblo, en su condición de Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (MNP), ha considerado conveniente elaborar una **guía sobre la aplicación y uso de contenciones mecánicas en centros penitenciarios**, con objeto de que estas prácticas siempre respeten los derechos de los internos. Actualmente, las maneras de llevarlas a efecto difieren de unos centros a otros, y es oportuno señalar los procedimientos permisibles y aquellos que no deben ponerse en práctica.

A partir de las visitas y entrevistas realizadas, de la información facilitada por las autoridades, del análisis del marco normativo nacional y de los estándares internacionales, se ha elaborado esta guía para que la aplicación de sujeciones mecánicas, en el medio penitenciario, sea respetuosa con los derechos de los internos. En calidad de técnico externo, se ha contado con el asesoramiento del psiquiatra Pau Pérez Sales, facultativo Especialista de Área, del Departamento de Psiquiatría, del Hospital Universitario La Paz (Madrid).

Esta **guía de buenas prácticas**, a propuesta del Consejo Asesor del MNP, tiene por objetivo difundir los criterios que, a juicio del Defensor del Pueblo, deben ser tenidos en consideración, en actuaciones que requieran el empleo de contenciones mecánicas. Por ello, será entregada a los responsables de los centros de privación de libertad que la institución visite.

La contención o sujeción mecánica es el proceso de inmovilización de una persona con instrumentos, equipos o materiales destinados a restringir sus movimientos o el normal acceso a su cuerpo.

El marco normativo español distingue:

- sujeciones de tipo regimental, entendidas como el control de una persona por parte de funcionarios como medida de seguridad;
- sujeciones sanitarias, que corresponden a la sujeción de una persona por razón médica (si bien en ámbitos sanitarios se tiende a denominarla inmovilización terapéutica para enfatizar la voluntad de intervenir en beneficio de la persona enferma).

Su utilización debe obedecer a las causas tasadas legalmente y realizarse con los requerimientos indispensables para una aplicación respetuosa con los derechos de los internos.

Los criterios contenidos en **esta guía** han dado lugar a **Recomendaciones** dirigidas a las administraciones competentes en los distintos centros de privación de libertad y que han sido recogidas igualmente en este documento.

1. CRITERIOS SOBRE LAS SUJECIONES MECÁNICAS EN CENTROS PENITENCIARIOS

A lo largo de los informes de visita y de los informes anuales, el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP) ha fijado su posición respecto a diferentes aspectos de los procedimientos de contención mecánica.

Criterios generales del MNP para la aplicación de sujeciones mecánicas en centros penitenciarios

Las inmovilizaciones solo han de aplicarse **excepcionalmente cuando no exista otra manera menos gravosa para conseguir la finalidad perseguida**, y ponderando la necesidad de aplicación en cada caso particular. En cambio, su aplicación de modo habitual y rutinario, por ejemplo, tras autolesiones de los internos, como medida de «refuerzo negativo» para desincentivar dichas actuaciones, se encuentra, a juicio de esta institución, en contradicción con las exigencias del artículo 72 del Reglamento Penitenciario (RP).

Se debería prohibir la aplicación de aislamiento y sujeción mecánica a internos con trastorno mental grave e incluso trastornos psicóticos, pues en tales casos podría lesionar derechos, por el elevado riesgo de que el aislamiento desencadene crisis psicóticas o descompensaciones de trastornos preexistentes.

Las inmovilizaciones han de durar el tiempo mínimo imprescindible. Los períodos prolongados de inmovilización son extremadamente raros en el **medio sanitario**, por cuanto suponen graves riesgos sanitarios (lesiones isquémicas por compresión excesiva de los

miembros, disminución y/o pérdida de conciencia por deshidratación y/o hipotensión, síndromes confusionales y desorientación, riesgo de trombosis...). Por tanto, las sujeciones mecánicas por largos períodos de tiempo deben estar excepcionalmente justificadas, pues podrían afectar a los derechos de los internos, y deben ser objeto de revisión por la dirección de cada centro penitenciario (CP) y por los correspondientes servicios centrales.

Deben existir normas claras e impartirse cursos de **formación específica** para los funcionarios, respecto a la metodología adecuada para realizar las sujeciones mecánicas.

La inmovilización **ha de aplicarse de manera proporcional** según la situación específica del interno (con contención de uno, tres o cinco puntos), en lugar de adoptarse siempre con la máxima restricción posible.

Aquellas personas que sean inmovilizadas han de ser acompañadas en un primer momento por una persona que les explique el motivo de la medida y asuma un papel de rebajamiento de la tensión y, en todo caso, **ser permanentemente supervisadas**, para evitar posibles complicaciones que pudieran producirse mientras aquellos se encuentren totalmente inmovilizados e incapacitados para reaccionar de forma adecuada a esas posibles complicaciones. También es necesario que esa supervisión sea complementada con un sistema de videovigilancia que permita la grabación de las imágenes y sonidos habidos durante el tiempo en que tuviere lugar la medida.

Son correctos los protocolos de videovigilancia y videograbación de los CP dependientes de la Dirección General de Servicios Penitenciarios de la Generalitat de Cataluña. En los mismos, la grabación de las imágenes se realiza en un disco duro, que está en la zona de oficinas y al que no tienen acceso los funcionarios, y el director conserva las extracciones correspondientes en un disco independiente, durante seis meses, debiendo solicitar la autorización para su destrucción, transcurrido este período de tiempo, a la dirección general.

Debe quedar **constancia del control** que se realice por parte de funcionarios de vigilancia, jefes de servicio y personal facultativo de las

inmovilizaciones, reflejando el estado concreto en el que se encuentra el interno y la necesidad de continuar la medida.

Debe extremarse el control realizado por los funcionarios en relación a la **temperatura, ventilación y condiciones en que se desarrolla la inmovilización** y, en la medida de lo posible, desatarles para que puedan comer, beber o atender sus necesidades fisiológicas, reflejándolo en el libro de seguimiento de la medida, a fin de que esta no resulte más gravosa de lo imprescindible, pues de otra manera constituiría una utilización punitiva de las inmovilizaciones y, en consecuencia, una forma de tortura y trato cruel, inhumano y degradante.

El MNP considera que **las esposas metálicas no se deben emplear durante varias horas**. Debe recordarse que las esposas metálicas están indicadas únicamente para la realización de sujeciones de escasa duración (como traslados entre departamentos), siendo obligatorio el uso de las sujeciones de material textil para inmovilizaciones.

La comunicación al Juez de Vigilancia Penitenciaria del inicio y cese de la aplicación de medios coercitivos **ha de tener lugar con carácter inmediato**, no siendo correcta la práctica de remitir la información al juzgado varios días e incluso semanas después de los hechos.

Por otra parte, en la comunicación al Juez de Vigilancia Penitenciaria, aparte de la fecha y hora de inicio y cese, y de los motivos de adopción de la medida, sería conveniente que se incluyeran los siguientes aspectos: si la medida ha sido autorizada por el director; **si solo se le ha comunicado el informe del médico** sobre la existencia o no de impedimentos para adoptar la medida; la **duración total de la medida si se trata del cese**, y si los hechos han motivado o no la incoación de expediente disciplinario, dando al interno la posibilidad de efectuar alegaciones, si lo desea, a la mayor brevedad posible, en cuanto la medida haya sido retirada.

Debe **mejorarse la formación del personal en la aplicación de medios coercitivos** y, en particular, impartir cursos especiales sobre la aplicación de las citadas correas.

Debe insistirse en la **necesidad de registrar correctamente la aplicación de los medios coercitivos**, diferenciando la aplicación de

esposas metálicas de las correas textiles de tipo psiquiátrico, y los que tengan carácter regimental de aquellos aplicados por razones médicas.

Las celdas preparadas específicamente para la realización de inmobilizaciones deben tener las condiciones adecuadas: estar bien ventiladas e iluminadas; en buen estado de limpieza; disponer de medios para regular la temperatura; una cama articulada y anclada al suelo situada en el centro de la estancia; las correas preparadas y listas para su utilización, e interfonos o timbres de llamada al alcance de los internos.

2. PROCEDIMIENTOS EN CONTENCIONES MECÁNICAS

Se contienen los elementos que deberían cumplir todas las sujeciones mecánicas en centros penitenciarios, sean de carácter regimental o sanitario. Debido a la falta de regulación en la normativa penitenciaria específica, esta guía está basada en los protocolos de contención mecánica sanitaria, ámbito en el que ha sido regulada esta materia.

Infraestructura

La celda habilitada para sujeciones:

- debe estar vacía de elementos potencialmente lesivos (mesas, estanterías u otros)
- tendrá un suelo antideslizante
- la cama deberá estar fijada al suelo, evitando su desplazamiento con los movimientos. Se situará de modo que se permita el adecuado movimiento alrededor de la misma de las personas que están practicando la inmovilización
- la cama debe ser articulada (permitiendo elevar la cabeza entre 30 y 75 grados para prevenir la aspiración en la eventualidad de vómitos) o disponer de un sistema de cuña en la cabeza, como alternativa
- la cama no dispondrá de cabecero, para evitar eventuales golpes en la cabeza en movimientos de sacudida del interno

- dispondrá de colchón, que estará en adecuadas condiciones higiénicas
- dispondrá de sistema de regulación de la luz, la temperatura y la humedad. Se tenderá a mantener una luz tenue (que ayude a tranquilizar al interno, permitiendo la visualización por la cámara de videovigilancia) y una temperatura entre 20 y 25 grados, proveyendo mantas u otra ropa de abrigo cuando esto no sea posible
- contará con un interfono o timbre de llamada cuyo pulsador esté al alcance de los internos
- estará en buen estado de limpieza

La celda dispondrá de un sistema de videovigilancia que permita guardar la grabación de las imágenes y sonidos durante al menos 6 meses.

Se usarán sujeciones de tipo sanitario:

- de tela
- material resistente y no inflamable
- cierre con vástago y botón giratorio con apertura por llave magnética
- preparadas y listas para su utilización

Es imprescindible que la cama esté preparada de forma permanente, con la contención completa dispuesta para su uso, con cinturón ancho abdominal situado en la parte media-alta de la cama y una cinta con sujeción por imán para cada extremidad inferior, colocada en el tercio inferior de la cama. Las 2 cintas para las extremidades superiores se colocarán en el momento.

Prevención y medidas alternativas a la contención

Hay que realizar **maniobras** previas de diálogo o **desescalada**, a través de personal entrenado y formado para ello. Debe agotarse la vía del diálogo durante el tiempo suficiente como para considerar que no existe otra alternativa.

- el personal debe mostrarse tranquilo, empático y sereno, sin signos de alarma, con una postura firme y sin dudas, y que transmita sinceridad
- deberá dirigirse al interno por su nombre, evitando un tono intimidatorio, en un tono de voz pausado y permitiéndole hablar y defender sus ideas
- recurrir a personal (educadores, personal sanitario...) que pueda conocer las características específicas del paciente
- atender a la causa de la agitación y no solo al síntoma. Si por ejemplo esta se debe a una queja, escuchar el motivo de la queja y buscar alguna solución razonable a la misma
- ofrecer un espacio para que la persona intente serenarse (por ejemplo, estar un tiempo solo en la habitación o en el patio)

Se valorará eventualmente, en algunos casos, maniobras previas de contención breve (engrillado) y diálogo, recordando que el engrillado no debe prolongarse durante más de 30 minutos. Valorar la intervención de apoyo del personal sanitario en esta función y el uso voluntario de medicación ansiolítica o relajante.

Procedimiento

Una vez se toma la decisión de realizar la contención —por el personal de vigilancia en caso de tratarse de una contención regimental y por el médico en caso de ser una contención sanitaria— se le comunicará al interno, avisándole de los pasos que se van a dar a continuación. Esta información se comunicará al paciente de manera comprensible y acorde con su nivel de atención y con las circunstancias, evitando que se suministre la información de un modo que pueda dar lugar a una escalada de agresividad por parte del interno.

Salvo que en ese momento el interno desista de su actitud y los funcionarios o personal sanitario así lo aprecien, esta decisión ya no debe tener marcha atrás, y a partir de aquí debe procederse por parte del equipo de manera calmada, pero rápida y decidida.

Intervendrán un mínimo de 4 personas (siendo deseable que sean 5, una persona para sostener cada extremidad y otra para la cabeza), una de las cuales dirigirá el proceso. Si no se dispone de personal suficiente, ha de esperarse hasta que esté presente todo el personal que va a participar en el procedimiento.

Debe intentarse la colaboración del interno para el traslado al lugar donde se vaya a efectuar la medida. En este caso se acompañará al interno a la habitación especialmente indicada por dos personas, sujetándole por las axilas, con una mano tirando hacia arriba y con la otra en las muñecas tirando hacia abajo.

En caso de no ser posible se procederá al engrilletado previo al traslado y, de ser necesario, se reducirá al interno en el suelo de espaldas sobre el mismo. Bajo indicación de la persona que dirige el proceso, cada uno de los profesionales que intervienen se dirigirá a sujetar una de las extremidades, mientras el quinto protege y sujeta la cabeza de la persona para evitar golpes. Las extremidades superiores se sujetarán a nivel de hombros y antebrazos, y las extremidades inferiores por encima de rodillas y tobillos. La cabeza se sujetará procurando evitar los movimientos bruscos de

cuello y los cabezazos. Quien coordine el proceso indicará previamente a cada persona cómo debe sujetar.

Se evitará responder a todo tipo de insulto, intento de agresión física, agresión verbal o provocación, manteniendo una actitud profesional de firmeza y acciones auto controladas.

El personal que participa en la contención se quitará cualquier objeto que porte que pudiera romperse o desprenderse y ser potencialmente lesivo (gafas, relojes, anillos u otros).

Una vez en la habitación de sujeciones, la persona será tendida en la cama especialmente dispuesta de antemano a tal efecto, en posición de decúbito supino (boca arriba). Se procederá a la sujeción, por este orden, de extremidades inferiores, cinturón abdominal y extremidades superiores. La sujeción boca arriba se complementa con el uso de camas articuladas que permitan elevar el cabecero. En caso de carecer de cabecero articulado pueden insertarse cuñas debajo del colchón que eleven la cabeza hasta alcanzar la altura de seguridad. Se evitarán otro tipo de posturas salvo indicación expresa justificada del médico por alguna razón específica (por ejemplo, existencia de quemaduras, escaras u otro tipo de lesiones dérmicas que contraindiquen el decúbito supino).

Se efectuará, inicialmente, un mínimo de sujeción de tres puntos (sujeción abdominal y extremidad superior e inferior contralateral) y un máximo de cinco puntos (cinturón abdominal y las cuatro extremidades). Excepcionalmente se puede añadir una sexta sujeción de tórax cuando el paciente esté muy agitado. En ningún caso se pondrá una sujeción de tres puntos unilateral.

Una vez contenido el paciente se procederá a la retirada de cinturones, cadenas u objetos potencialmente lesivos y se realizará un registro de pertenencias a vista de él, evitando posibles objetos potencialmente lesivos.

Se evitarán las reducciones a través de acciones potencialmente lesivas para el interno como maniobras de estrangulamiento, retorcer extremidades, etc. Se procurará no cargar excesivamente el peso del

profesional sobre el interno, siendo importante evitar el uso de la rodilla o el codo durante la reducción, especialmente en la cara o tórax.

Control médico y cuidados de enfermería

Tan pronto como se decida llevar a cabo la contención, se comunicará al médico, que se personará a la mayor brevedad posible en las dependencias donde se vaya a ejecutar la misma y se pronunciará de modo previo y por escrito respecto a la existencia de contraindicaciones a la contención mecánica, evitando la misma en pacientes epilépticos con mal control, cardiopatas, pacientes en tratamiento anticoagulante u otros. De no haber consulta previa, se deberá presentar informe justificativo de las razones del retraso.

El médico podrá estar o no presente en el acto mismo de la contención, evaluando esta decisión entre su posible papel mediador y tranquilizador, por un lado, y la posible interferencia en la posterior relación terapéutica de apoyo, por otro.

El médico documentará :

- a. que las sujeciones no dificultan la función respiratoria ni están excesivamente rígidas con riesgo de provocar lesiones cutáneas
- b. las condiciones de la habitación en términos de temperatura, humedad, luz, higiene, etc., e indicaciones al respecto
- c. el estado físico del paciente y en especial la presencia de posibles heridas o lesiones resultantes del proceso de inmovilización. En este caso deberá hacer constar el relato de la persona, las lesiones observadas y el juicio de compatibilidad o plausibilidad del relato y las lesiones, de acuerdo con las directrices del Protocolo de Estambul y el estudio del Defensor del Pueblo **Los partes de lesiones de personas privadas de libertad**
- d. el estado emocional del interno y en especial si se observa al paciente (a) tranquilo y colaborador, (b)

- violento, agresivo o agitado, o (c) confuso. En esta última circunstancia deberá indicar el traslado inmediato del interno a la unidad de enfermería, entendiéndose que los síndromes *confusionales* constituyen (incluso los de origen *dissociativo* o psicógeno) hechos sanitarios
- e. otros elementos relevantes desde el punto de vista psicopatológico, y en especial la existencia de autolesiones o de ideación autolítica. En cualquiera de estas dos eventualidades deberá indicar el traslado inmediato del interno a la unidad de enfermería, entendiéndose que ambas situaciones *per se* constituyen hechos sanitarios
 - f. las causas médicas de la agitación: déficits sensoriales, síndromes *confusionales* (fiebre, abstinencia a drogas ilegales o *psicótrópos*, intoxicaciones o sobredosis...) etc. En cualquiera de estas eventualidades se deberá indicar el traslado inmediato del interno a la unidad de enfermería, entendiéndose que ambas situaciones *per se* constituyen hechos sanitarios
 - g. además de las contraindicaciones médicas, y de lo establecido en el artículo 72.2 del Reglamento Penitenciario, quedará prohibida de modo explícito la contención mecánica por causas estrictamente regiminales a enfermos mentales con antecedentes de patología psicótica (esquizofrenia o similar), incluidos por dicha causa en el programa **Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)**. De ser eventualmente necesarias, se trataría siempre de sujeciones sanitarias
 - h. la medicación habitual que debe tomar el interno (de ser requerida) y ofrecerá al interno medicación ansiolítica, si lo considera médicamente indicado
 - i. la frecuencia con la que el personal de enfermería llevará a cabo los cuidados que se señalan en el apartado 21

- j. en seguimientos posteriores y cuando el paciente lleve más de 24 horas con contención mecánica, evaluará la necesidad de iniciar pauta con heparina subcutánea¹ haciendo un balance entre la prevención de trombo embolismos e ictus y el riesgo de hemorragias en pacientes agitados o con autolesiones

Deberá llevarse un registro en el que, con la frecuencia que el médico determine, el personal de enfermería tomará las constantes vitales, proporcionará la dieta adecuada en función del nivel de conciencia y de otros datos médicos, controlará la ingesta hídrica y la diuresis así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las bandas de sujeción y piel.

Control y seguimiento de la medida

Se realizará comunicación inmediata al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.

El funcionario de vigilancia deberá vigilar el desarrollo de la medida de forma permanente, a través del sistema de videovigilancia y presencialmente. Como mínimo cada hora deberá personarse en la celda para verificar el estado del interno, dejando constancia del mismo por escrito.

El jefe de servicio deberá hacer constar cada dos horas, incluido en el turno de noche, la necesidad de prolongación de la medida de manera justificada.

En cada cambio de turno, el director o mando de incidencias determinará las actuaciones que correspondan.

El médico deberá reevaluar al interno al menos cada 4 horas, debiendo dejar constancia escrita de nivel de conciencia, el estado de calma o agitación y el estado emocional del interno.

¹ Heparina de bajo peso molecular vía subcutánea a dosis profiláctica (Enoxaparina o Fraxiparina).

Se ofrecerá comida en los horarios habituales y atención a necesidades fisiológicas en cada visita de control, haciendo constar este extremo en el sistema de registro. Para ambas se arbitrarán las medidas necesarias para satisfacer dichas demandas bien a través de una descontención parcial supervisada, bien a través de cuñas u otros elementos sanitarios. De no ser posible deberá dejarse constancia escrita de ello.

Toda medida deberá quedar registrada en el sistema de videovigilancia de la celda de sujeciones. La grabación deberá extraerse y conservarse en un archivo específico con acceso limitado durante un plazo mínimo de 6 meses.

Con independencia de dicha videovigilancia, la persona tendrá algún sistema de llamada (pulsador) en caso de necesitar ayuda.

Finalización de la medida

La finalización de la medida se llevará a cabo cuando hayan cesado las razones que justificaron su adopción, dejando constancia del cese por escrito.

Cabe señalar la idoneidad de las medidas de descontención graduada, pasando de la contención de cinco puntos a la de tres, posteriormente a la contención de cintura, y finalmente a la descontención completa.

El médico examinará el estado en que se encuentra el interno tras la descontención, con el fin de verificar la corrección de la medida desde el punto de vista sanitario.

De todo lo actuado durante la medida se dará traslado al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria para que pueda valorar adecuadamente la medida: fecha y hora del inicio y cese, los motivos de adopción de la medida, si se trata de una inmovilización clínica o regimental, si ha sido facilitada la **desescalada** con carácter previo a la misma, si el interno ha recibido atención médica con posterioridad al incidente, cuántos puntos de anclaje se le han aplicado o si se han producido incidentes durante la medida, así como copia de la documentación generada como consecuencia de la medida.

Medidas posteriores

En un plazo de entre 12 y 72 horas tras la descontención se valorará, por parte del personal de los servicios psicológicos, sanitarios y de seguridad, y conjuntamente con el interno, los motivos que llevaron a ella. Se estudiarán estrategias preventivas destinadas a evitar futuras sujeciones del interno en situaciones de crisis, incluyéndose —de ser posible— medidas alternativas que se harán constar tanto en la historia clínica médica como en el expediente del interno y en el Programa Individualizado de Tratamiento.

3. PROCEDIMIENTO EN PAUTAS DE DESESCALADA

La finalidad es alcanzar una política de «cero sujeciones» y un sistema organizativo institucional que las considere como un último recurso. Para ello, habrá que disponer medidas de prevención y conocimiento de gestión de conflictos.

1. Prevención de las sujeciones mecánicas

- a. Realización de una buena prevención primaria a través de un plan específico para el manejo individualizado de internos con dificultades de relación
- b. Realización de una detección precoz de situaciones de crisis con potencial riesgo de conductas disruptivas

2. Gestión del conflicto

2.1. Intervención inicial. Pautas para los profesionales:

- evitar discusiones ante otros internos. Tratar la crisis de forma individualizada
- no permanecer en ningún caso una persona sola con el interno en crisis
- conversar permitiendo a la persona sentarse. Mantener contacto visual. Dejarle hablar el tiempo que necesite para calmarse

- empatizar con la persona, pero sin necesidad de mostrar acuerdo con su visión del problema. Animarle a poner las quejas por escrito y garantizar que sean adecuadamente tramitadas
- el objetivo, en este momento, no es la confrontación de ideas u opiniones y convencer al otro, sino desactivar la situación con medidas que tranquilicen al interno en crisis y le den una salida razonable dentro de los límites que la institución permite
- llegar a acuerdos sobre lo que va a suceder a continuación (permanecer en su celda, estar solo en el patio, hablar con el médico, permitir el registro de pertenencias u otros...) y las consecuencias si los acuerdos verbales se rompen

2.2. Análisis de la situación y la persona.

- a. ¿El episodio de violencia o agresión es impulsivo o planificado?
- b. ¿Hay un peligro real para sí mismo o para otros (por ejemplo sospecha fundada de posesión de objetos corto-punzantes)
- c. ¿Existen antecedentes de lesiones a sí mismo o a otros?
- d. ¿Pueden identificarse desencadenantes que orienten la intervención? (Por ejemplo, se sabe que la persona acaba de recibir una noticia negativa por teléfono, se sabe que recientemente ha presentado algún tipo de conflicto familiar o de pareja grave, se le ha comunicado alguna providencia judicial, el interno tiene deudas...)
- e. ¿Existe algún altercado con víctimas u otros internos implicados?, ¿qué relación tiene con los otros internos?
- f. Posible consumo de drogas legales o ilegales

2.3. Gestionar el fondo del conflicto. En general, se ha de mantener una actitud de escucha atenta, evitar interrupciones que puedan ser irritantes y actuar de «disparadero» para la persona, y desde una actitud empática buscar el origen del conflicto, combinando disciplina y

orden con voluntad de resolución del conflicto generado. En suma, dentro de los límites que marca la normativa penitenciaria, permitir a la persona una salida honrosa para restaurar, en parte, el equilibrio emocional perdido.

2.4. Los pasos posteriores se adaptarán al tipo de conflicto. En líneas generales suelen producirse tres tipos de situaciones generadoras de violencia:

- a. Conflicto con la institución. Aclarar la normativa, dejando claro qué puede o no permitirse y las consecuencias de ello (por ejemplo, la posesión de medicación psicótropa obtenida por compraventa entre internos). Cuando el conflicto con la institución o las normas esté de algún modo justificada (por ejemplo, pérdida de una llamada telefónica al exterior por causas organizativas ajenas al interno), saber reconocerlo (aunque el problema sea, por ejemplo en este caso, del sistema y no de la persona que hace la **desescalada**). Intentar suplir en el futuro las deficiencias detectadas si es razonable y posible, desvinculándolo del episodio concreto para evitar estimular la resolución de problemas por esta vía
- b. Conflicto con otros internos. Resolver la situación actual según la normativa penitenciaria, y tener en consideración desde la dirección o jefatura de servicios arbitrar soluciones preventivas a medio plazo (por ejemplo, en caso de agresiones o autoagresiones por deudas entre internos, prever sistemas de pequeñas ayudas económicas para internos «indigentes»)
- c. Conflictos puramente personales. Solicitar el apoyo de la unidad de psicología y/o psiquiatría

ANEXO

**ESTÁNDARES INTERNACIONALES RELACIONADOS CON
MEDIOS COERCITIVOS EN CENTROS PENITENCIARIOS**

ESTÁNDARES INTERNACIONALES RELACIONADOS CON MEDIOS COERCITIVOS EN CENTROS PENITENCIARIOS

1. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)

Resolución 70/175 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 17 de diciembre de 2015.

Instrumentos de coerción física

Regla 47

1. Se prohibirá el empleo de cadenas, grilletes y otros instrumentos de coerción física que por su naturaleza sean degradantes o causen dolor.
2. Otros instrumentos de coerción física solo podrán ser utilizados cuando la ley los autorice y en los siguientes casos:
 - a) Como medida de precaución contra la evasión durante un traslado, siempre que sean retirados en el momento en que el recluso comparezca ante una autoridad judicial o administrativa;
 - b) Por orden del director del establecimiento penitenciario, si han fracasado los demás métodos de control, a fin de impedir que el recluso se lesione a sí mismo o lesione a terceros, o que produzca daños materiales, en cuyos casos el director deberá alertar inmediatamente al médico u otros

profesionales de la salud competentes e informar a la autoridad administrativa superior.

Regla 48

1. Cuando la utilización de instrumentos de coerción física esté autorizada de conformidad con el párrafo 2 de la regla 47 habrán de aplicarse los siguientes principios:
 - a) Emplear instrumentos de coerción física únicamente cuando ninguna otra forma menor de control resulte eficaz frente a los riesgos que entrañaría la libre movilidad;
 - b) Optar por el menos invasivo de los métodos de coerción física que sean necesarios para controlar la movilidad del recluso y que puedan aplicarse razonablemente, en función del nivel y la naturaleza de los riesgos en cuestión;
 - c) Aplicar instrumentos de coerción física únicamente durante el tiempo necesario, y retirarlos lo antes posible una vez que desaparezcan los riesgos planteados por la libre movilidad.
2. No se utilizarán instrumentos de coerción física en el caso de las mujeres que estén por dar a luz, ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior.

Regla 49

La administración penitenciaria tratará de utilizar técnicas de control para evitar la necesidad de imponer instrumentos de coerción física o reducir el carácter invasivo de esos instrumentos, y ofrecerá capacitación en esas técnicas.

2. Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)

Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 16 de marzo de 2011 (A/RES/65/229).

Regla 24

No se utilizarán medios de coerción en el caso de las mujeres que estén por dar a luz ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior.

3. Reglas Penitenciarias Europeas

Recomendación Rec(2006)2 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre las Reglas Penitenciarias Europeas (adoptada por el Comité de Ministros el 11 de enero de 2006, a raíz de la 952ª reunión de delegados de ministros).

Instrumentos de inmovilización.

68.1 Estará prohibido el uso de cadenas y de grilletes.

68.2 Estará prohibido el uso de esposas, camisas de fuerza y otros tipos de instrumentos de inmovilización corporal, excepto que:

- a) sean necesarios para prevenir fugas durante un traslado, y siempre que se retiren cuando el detenido comparezca ante una autoridad judicial o administrativa, salvo que dicha autoridad decida lo contrario; o
- b) por orden del director, cuando hayan fracasado otros métodos de control, a fin de impedir que un detenido

se lesione, lesione a terceros o provoque serios daños materiales, y siempre que en dichas circunstancias el director informe de inmediato al médico y mande un informe a una autoridad penitenciaria superior.

68.3 No se usarán los instrumentos de inmovilización más tiempo del que sea estrictamente necesario.

68.4 El modo en el que se usarán los instrumentos de inmovilización quedará recogido en la legislación nacional.

4. Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Adoptados por la Asamblea General en su Resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982

Principio 1. El personal de salud, especialmente los médicos, encargado de la atención médica de personas presas o detenidas tiene el deber de brindar protección a la salud física y mental de dichas personas y de tratar sus enfermedades al mismo nivel de calidad que brindan a las personas que no están presas o detenidas.

Principio 2. Constituye una violación patente de la ética médica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables, la participación activa o pasiva del personal de salud, en particular de los médicos, en actos que constituyan participación o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ello o intento de cometerlos.

Principio 3. Constituye una violación de la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos, tengan con los presos o detenidos cualquier relación profesional cuya sola finalidad no sea evaluar, proteger o mejorar la salud física y mental de estos.

Principio 4. Es contrario a la ética médica el hecho de que el personal de salud, en particular los médicos:

a) Contribuyan con sus conocimientos y pericia a interrogatorios de personas presas y detenidas, en una forma que pueda afectar la condición o salud física o mental de dichos presos o detenidos y que no se conforme a los instrumentos internacionales pertinentes;

b) Certifiquen, o participen en la certificación, de que la persona presa o detenida se encuentra en condiciones de recibir cualquier forma de tratamiento o castigo que pueda influir desfavorablemente en su salud física y mental y que no concuerde con los instrumentos internacionales pertinentes, o participen de cualquier manera en la administración de todo tratamiento o castigo que no se ajuste a lo dispuesto en los instrumentos internacionales pertinentes.

Principio 5. La participación del personal de salud, en particular los médicos, en la aplicación de cualquier procedimiento coercitivo a personas presas o detenidas es contraria a la ética médica, a menos que se determine, según criterios puramente médicos, que dicho procedimiento es necesario para la protección de la salud física o mental o la seguridad del propio preso o detenido, de los demás presos o detenidos, o de sus guardianes, y no presenta peligro para la salud del preso o detenido.

Principio 6. No podrá admitirse suspensión alguna de los principios precedentes por ningún concepto, ni siquiera en caso de emergencia pública.

5. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Informe presentado ante la Asamblea General de las Naciones Unidas el 5 de enero de 2016 (A/HRC/31/57).

Parágrafo 21

El uso de grilletes y esposas en mujeres embarazadas durante el parto e inmediatamente después de él está absolutamente prohibido e ilustra la incapacidad del sistema penitenciario para adaptar los protocolos a las situaciones que afectan exclusivamente a las mujeres (A/HRC/17/26/Add.5 y Corr.1). Cuando se utiliza como castigo o medida de coacción, por cualquier razón basada en la discriminación o para causar un dolor intenso, que pueda incluso suponer una amenaza grave para la salud, ese trato puede ser constitutivo de tortura o malos tratos.

6. Informes del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT)

10º Informe General [CPT/Inf(2000)13]:

Parágrafo 27

(...) No obstante, de vez en cuando, el CPT encuentra ejemplos de mujeres embarazadas que son encadenadas o retenidas por otro medio, a las camas u a otros muebles similares durante los exámenes ginecológicos y/o en el parto. Dicho planteamiento es totalmente inaceptable, y podría ciertamente calificarse como trato inhumano y degradante. Se podrían y se deberían encontrar otros medios de cumplir con los requisitos de seguridad.

8º Informe General [CPT/Inf (98) 12]:

Parágrafo 47

En cualquier establecimiento psiquiátrico, la represión de los pacientes agitados y/o violentos puede ser necesaria en algunas ocasiones. Es un tema que preocupa particularmente al CPT, dado el potencial de abusos y malos tratos.

La represión de los pacientes debería estar sujeta a una política claramente definida. Dicha política debería dejar claro que los intentos iniciales para reprimir a los pacientes agitados o violentos deberían ser, en la medida de lo posible, no físicos (es decir instrucción oral) y que, cuando fuese necesaria la represión física, se debería limitar, en principio, al control manual.

El personal de los establecimientos psiquiátricos debería recibir formación de las técnicas de control manual y no físicas con respecto a los pacientes agitados o violentos. El contar con dichas técnicas permitirá al personal elegir la respuesta más adecuada cuando se vean enfrentados a situaciones difíciles, reduciendo así significativamente el riesgo de heridas a pacientes y personal.

Parágrafo 48

El recurso a instrumentos de represión física (correas, camisas de fuerza, etc.) se justificará en raras ocasiones y deberá ser siempre expresamente ordenado por un médico o informados a un médico con el fin de buscar su aprobación. Si, excepcionalmente, se recurre a instrumentos de represión física, deberían ser retirados a la más mínima ocasión; nunca deberían ser aplicados, ni su aplicación prolongada, como castigo.

El CPT se ha encontrado en ocasiones con pacientes psiquiátricos a los que se les ha aplicado instrumentos de represión física durante varios días; el Comité debe enfatizar que dicho estado de cosas no puede tener justificación terapéutica y puede dar lugar, desde su punto de vista, a los malos tratos.

2º Informe General [CPT/Inf (92)3]:

Parágrafo 53

El personal penitenciario, en ocasiones, tendrá que utilizar la fuerza para controlar a los presos violentos y, excepcionalmente, tendrá incluso que recurrir a los instrumentos de represión física. Serán claramente situaciones de alto riesgo, ya que se da la posibilidad de maltrato a los presos y como tal requiere unas garantías específicas.

Aquel preso contra el que se haya utilizado cualquier medio de fuerza debería tener derecho a ser inmediatamente examinado, y si fuera necesario, a recibir tratamiento médico. Dicho examen debería realizarse sin ser oído y a ser posible fuera de la vista del personal no médico y los resultados del examen (incluyendo cualquier declaración relevante por parte del preso y las conclusiones del médico) deberían ser formalmente archivadas y puestas a disposición del preso. En el raro caso de que se recurra a instrumentos de represión física, el preso en cuestión debería ser mantenido bajo una supervisión constante y adecuada. Además, los instrumentos de represión deberían ser retirados a la más mínima oportunidad; no se deberían usar, ni prolongar su aplicación como castigo. Por último, se debería registrar cada momento en el que se use la fuerza contra los presos.

