

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”
Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención a la CONDUCTA SUICIDA y al RIESGO DE AUTOELIMINACIÓN en Centros de Privación de Libertad



COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS



Este proyecto está financiado por la Unión Europea



Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención a la CONDUCTA SUICIDA y al RIESGO DE AUTOELIMINACIÓN en Centros de Privación de Libertad



Este proyecto está financiado por la Unión Europea



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Catalogación en la fuente

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W, coord. Protocolo de Atención a la conducta suicida y al riesgo de autoeliminación en centros de privación de libertad. Montevideo: OPP, 2016. **48 p.**

1. Prestación Integrada de Atención de Salud.
2. Prisiones-tendencias.
3. Adulto.
4. Adolescente.
5. Intento de Suicidio.
6. Salud Mental.
7. Protocolos.
8. Uruguay.

ISBN: 978-9974-8561-6-5

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530 Email: pwr@uru.ops-oms.org; Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño Gráfico y armado: Zonalibro S.A.

Fotografías: Programa Justicia e Inclusión

Impreso en Montevideo en la imprenta Zonalibro S.A. en junio de 2016

Depósito Legal: 369.802 / 16

Edición amparada en el decreto 218/996 (Comisión del Papel)

COORDINACIÓN DEL PROYECTO PPL - OPS/OMS:

Dr. Eduardo Levcovitz, Representante en Uruguay

Dr. Miguel Fernández Galeano, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Ricardo Rodríguez Buño, Coordinador del Proyecto

COORDINACIÓN ADJUNTA

Dr. Wilson Benia, Coordinador Adjunto del Componente I del Proyecto

GRUPO DE TRABAJO

Dra. Alicia Canetti. Unidad Salud Mental en Comunidad. Facultad de Medicina.
UDELAR.¹

Dra. Cristina Larrobla. Unidad Salud Mental en Comunidad. Facultad de Medicina.
UDELAR.¹

Dra Psic. Denisse Dogmanas. MSP

Dra. Silvia Peláez. Último Recurso.

Lic. Monica Rossi. ASSE. SAI-PPL

Aux. Enf. Cecilia Ginares. ASSE. SAI-PPL

Lic. Psic. Gabriela Novoa. ASSE. DSMYPV.¹

Dr. Juan Miguel Petit. Comisionado Parlamentario sobre el sistema penitenciario,
ex Asesor Oficina de la Coordinadora Residente de NNUU

Dra. Perla Vivas. OPS/OMS

Dr. Wilson Benia. OPS/OMS

REVISORES

Dra. Paula Sarkissian. ASSE

Dr. Miguel Fernandez Galeano. OPS/OMS

Fecha de elaboración: 15 de diciembre de 2015

Fecha de revisión: 29 de abril de 2016

Aclaración: Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “o/a”, “as/os”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.

1. Integrantes del Grupo interinstitucional “Comprensión y prevención de la conducta suicida”, conformado por Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República, y la Administración de Servicios de Salud del Estado.



Este libro está financiado con Fondos de la Unión Europea,
Proyecto Convenio DCI-ALA/2011/22498 "Programa de Justicia e Inclusión"



ÍNDICE

1.	ABREVIATURAS.....	6
2.	INTRODUCCIÓN.....	7
	2.1. Caracterización y magnitud del problema.....	7
	2.2. La conducta suicida como continuo	10
	2.3. La salud mental y conducta suicida en adolescentes privados de libertad	11
	2.4. Género.....	14
	2.5. Factores de Riesgo y factores protectores	14
3.	JUSTIFICACIÓN	16
4.	ALCANCE.....	17
	4.1. Ámbito de aplicación.	17
	4.2. Población destinataria.....	17
5.	OBJETIVOS.....	18
	5.1. Objetivo General.....	18
	5.2. Objetivos Específicos.	18
6.	INTERVENCIONES SOBRE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN	18
7.	ASPECTOS ASISTENCIALES.....	20
	7.1. Detección precoz y recomendaciones de intervención	20
	7.2. Tratamiento	27
	7.3. Entrega de medicación. Gestión de la medicación.....	28
8.	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS PPL CON CONDUCTA SUICIDA O IAE.....	29
9.	LISTA DE DISTRIBUCIÓN.....	30
10.	NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS.....	31
11.	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	32
12.	ANEXOS	36
	Anexo 1. Glosario	36
	Anexo 2. Población privada de libertad. Uruguay. 2015.....	37
	Anexo 3. Recursos humanos.....	38
	Anexo 4. El enfoque de derechos	40
	Anexo 5. Patología mental en adolescentes privados de libertad	43
	Anexo 6. Valoración de ideación suicida o IAE.	45
	Anexo 7. Mitos desmentidos por la ciencia.....	47

1. ABREVIATURAS

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado

DSMyPV: Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables

DNSP: Dirección Nacional de Sanidad Policial

FR: Factores de riesgo

FRO: Ficha de registro obligatorio

IAE: Intento de Autoeliminación

IDISU: Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay

INISA: Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente

IS: Ideación suicida

SB: Sobreviviente de suicidio

INR: Instituto Nacional de Rehabilitación

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PPL: Personas Privadas de Libertad.

SAIPPL: Sistema de Atención Integral de Personas Privadas de Libertad de ASSE

UIPPL: Unidad de Internación de Personas Privadas de Libertad

UR: Ultimo Recurso

2. INTRODUCCIÓN

2.1. Caracterización y magnitud del problema.

En el 2012 se registraron en el mundo unas 804.000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, normalizada según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres). Por cada suicidio se estima que ocurren entre 10 y 20 intentos de autoeliminación. A nivel mundial entre jóvenes de 15 a 29 años de edad, en particular, el suicidio es la segunda causa principal de muerte. En mayo del 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propone reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio en los países

En Uruguay el suicidio se presenta como un problema relevante de salud pública con tasas de mortalidad que se han mantenido incambiadas en los últimos años, y se ubican entre las más elevadas del continente.¹ Asimismo debe señalarse que en Uruguay hay un muy bajo nivel de subregistro de casos.

En el año 2006 se aprobó por unanimidad la ley 18.097 que definió el 17 de julio como Día Nacional para la Prevención del Suicidio.

Respecto a la distribución por sexo se suicidan cuatro veces más hombres que mujeres, y en cuanto a la distribución territorial ocurren en su mayoría en el interior del país.

1. En el año 2004 se crea en Uruguay la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio por el Decreto Nº 378/ 004. Funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, presidida por dicho Ministerio y por delegados del Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior y Ministerio de Desarrollo Social.

El Ministerio de Salud Pública (MSP), a través del Programa Nacional de Salud Mental, impulsó en el 2011 la creación del “Plan Nacional de Prevención del Suicidio” (2011-2015), para disminuir la incidencia del suicidio en la sociedad uruguaya. Nuestro país se encuentra dentro de los 28 países que tienen estrategias nacionales de prevención del suicidio (OMS, 2014).

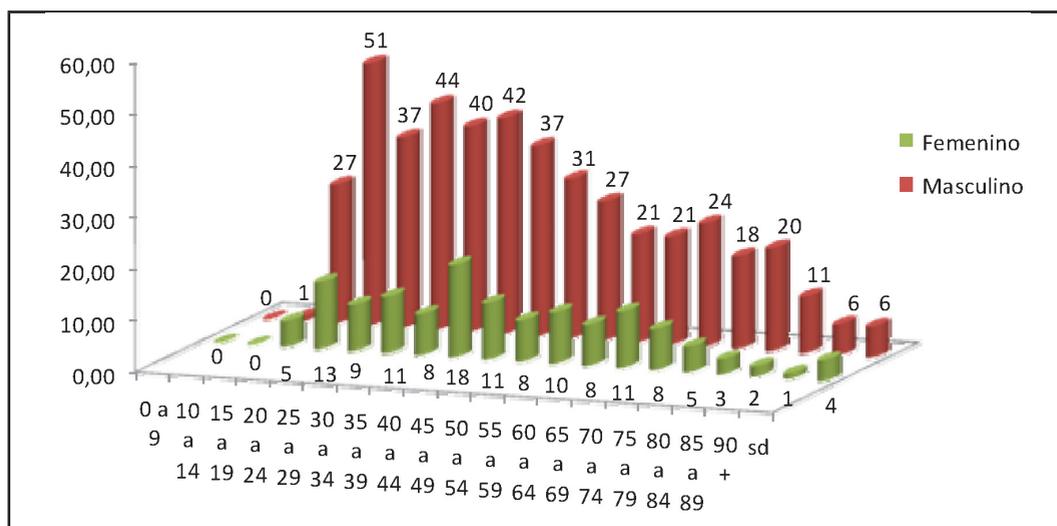
La Ordenanza 801/2012, dispone de la notificación obligatoria de los IAE, desde todos los prestadores de salud públicos y privados, con el objetivo de favorecer la detección, tratamiento y seguimiento de los usuarios y de construcción de un sistema de vigilancia y monitoreo epidemiológico nacional.

Tabla 1. Evolución de la Cantidad y la Tasa Anual de Suicidios. Uruguay. 1998 – 2014

Año	N° Total	Tasa cada 100.000 hab
1998	526	15,9
1999	456	13,7
2000	565	16,9
2001	505	15,1
2002	691	20,6
2003	539	16,1
2004	530	15,9
2005	503	15,0
2006	539	16,1
2007	587	17,5
2008	539	16,0
2009	537	15,9
2010	559	16,5
2011	539	16,4
2012	608	17,7
2013	545	15,8
2014	601	17,4

Fuente: MSP. 2015

Grafica 1. Defunciones por Suicidio según sexo y grupos de edad. Uruguay. 2014.*



*Cifras preliminares

**Fuente INE, Revisión 2013

La Organización Mundial de la Salud aporta datos en relación a los suicidios dentro de las instituciones penitenciarias, considerándola como una población de riesgo y señala que mientras se constata “una tasa anual mundial de suicidio, ajustada

según la edad, de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 entre hombres y 8,0 entre mujeres) (OMS, 2015), en contextos penitenciarios, para el año 2006, se han encontrado rangos variables entre 118 por 100.000 internos en Reino Unido, a 194 por 100.000 en Francia.(Ruiz, 2008)

El medio penitenciario presenta características que lo tornan más propenso a los comportamientos suicida dado que: a) son lugares donde viven personas expuestas a mayor riesgo de suicidio; b) el impacto emocional de la privación de libertad y/o el estrés diario adquieren un peso importante; c) no siempre las instituciones cuentan con protocolos/procedimientos específicos para identificar y atender a internos con riesgo de suicidio; d) en el caso que se tengan dichos protocolos, el exceso de trabajo y/o el personal no preparado específicamente favorece la no detección de estos comportamientos o situaciones de riesgo; e) son escasas las instituciones penitenciarias que cuentan con programas de tratamiento psiquiátrico f) la situación de privación de libertad representa miedo a: lo desconocido, a la violencia física o sexual, incertidumbre respecto al futuro, culpabilidad por el delito cometido, y miedo o estrés producto de las deficitarias condiciones ambientales. Es un entorno donde aplica particularmente la noción de que el que comete IAE o suicidio no necesariamente quiere morir sino dejar de vivir así.

En estas condiciones en que viven las PPL se produce un declive en los mecanismos que se utilizan habitualmente para la confrontación de situaciones: ideas, acciones, sentimientos, que emergen en el individuo permitiéndole operar en la realidad. Las vivencias de frustración, el aislamiento, etc. generan una afección psicológica y pueden llegar a producir afectaciones intra e interpersonales.

Para asegurar una gestión humanizada de los sistemas penitenciarios es preciso que las políticas y la legislación nacional respeten las diversas normas internacionales adoptadas para garantizar la protección de los derechos humanos de las PPL, y que el trato dispensado a ellos esté dirigido a garantizar, con carácter prioritario, su reinserción social.

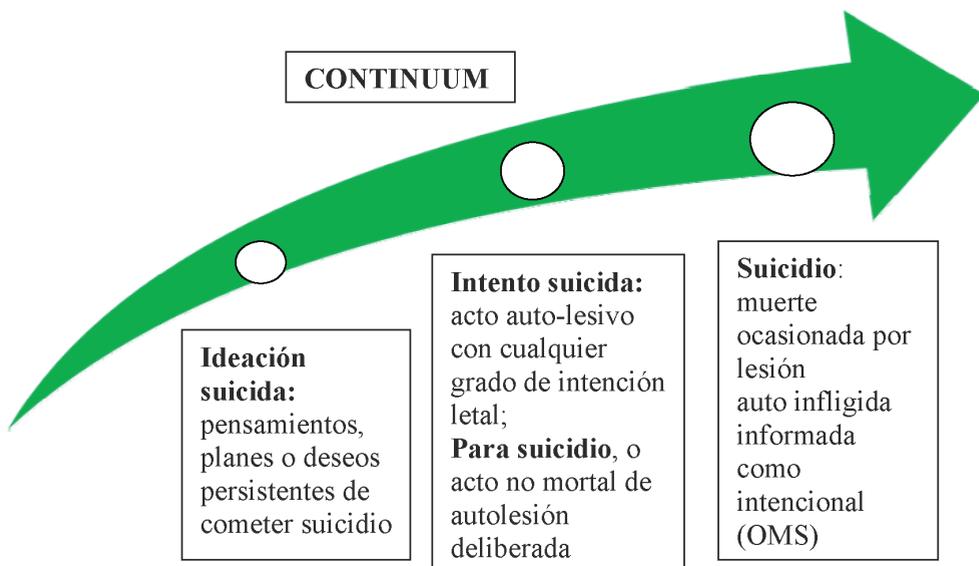
Cuando una persona es privada de libertad, corresponde a las autoridades penitenciarias en general, y al personal de salud en particular, velar por la garantía del derecho a la salud. De esta forma se consagra el precepto emanado de los estándares internacionales en materia de derechos humanos, que establece que la atención sanitaria de estas personas debe ser equivalente al servicio brindado en la comunidad. Esto refuerza la crucial relación entre la salud penitenciaria y la salud pública. Mejorar la situación sanitaria de estas personas y reducir la prevalencia de enfermedades en los establecimientos penitenciarios, redundará no solamente en beneficio de las personas detenidas sino también del personal, las familias y de la sociedad en su conjunto.

Es importante señalar que la presencia de personal de salud en los establecimientos penitenciarios no garantiza de por sí una adecuada atención a la salud mental.

La mejora de las condiciones de detención, de las condiciones del encierro y del cuidado del entorno, proporciona una salvaguarda adicional imprescindible contra el deterioro de la salud mental. Es en este sentido que todo el personal penitenciario debe comprometerse en la reducción de riesgos hacia conductas suicidas o autolesivas, tanto para mejorar el entorno y las condiciones de privación de libertad, como para detectar precozmente signos de alarma y trabajar en pro de la prevención y promoción de salud en los centros penitenciarios.

2.2. La conducta suicida como continuo

Dentro de lo que se entiende por conducta suicida, investigaciones sobre la **Ideación Suicida (IS)** destacan que, aunque no es un factor determinante para llegar al suicidio, en alguna etapa de la vida de una persona, como ocurre en momentos de gran ansiedad e impulsividad, puede convertirse en tal. Por lo tanto, la IS estaría en uno de los polos de un **continuum** pudiendo terminar en el suicidio. Concebida de esta forma, la IS puede ser el primer paso (predictor) para un eventual suicidio.



Concebir la conducta suicida como un CONTINUUM facilita la anticipación a cada una de las situaciones sucesivas.

(Fuente: Beck, 2000; Barrios, 2000; Flechner, 2000. Elaboración: Grupo Comprensión y Prevención conducta suicida.)

Los intentos de autoeliminación en las cárceles o las conductas autolesivas pueden poseer múltiples significados. Se afirma que “los intentos de suicidio y autolesiones pueden ser vistos como forma de dar una temporalidad a la vida en prisión y de romper con el pasado: por un lado, estos actos constituyen formas de introducir variación en la vida de la prisión, de romper la monotonía del tiempo y por otro, el recluso intenta olvidarse, aunque sea un instante, de su pasado delictivo, que es lo que ha determinado que él esté en prisión, y que constituye el elemento central de su identidad social en prisión (rol del preso), identidad que está constantemente presente, sin poder sustituirla por otra –como ciudadano/a, trabajador/a, padre/madre, etc.)” (Ruiz, J. et al; 2008:77-78). En el continuum la conducta suicida puede presentarse bajo la modalidad el dejarse morir por omitir conductas imprescindibles para conservar la vida como dejar de comer, dejar de recibir insulina en diabéticos tipo I, etc.

Las autolesiones graves, si bien no tienen una intencionalidad suicida, deben requerir una atención particular, dado que revisten una mayor gravedad por la intensidad del acto. La intervención apunta a evitar la reiteración del mismo.

Esta sería considerada una **conducta parasuicida**, sin una intencionalidad de causarse la muerte.

Un historial de reiteración de autolesiones debe ser considerado un factor de riesgo, ya que las personas que se suicidan tienen una tasa elevada de autolesiones. Asimismo han sido conceptualizadas como una “estrategia de coping o afrontamiento de estrés”, o como el hecho de dirigir la ira y el castigo hacia uno mismo.

El comportamiento suicida puede desencadenar, en algunos casos, un comportamiento imitativo en otras personas. Algunos estudios indican que el riesgo suicida en la población penitenciaria aumenta en las cuatro semanas posteriores a la concreción de un acto, y además destacan que 5% de los intentos de suicidio se da por imitación.

2.3. La salud mental y conducta suicida en adolescentes privados de libertad

La conducta durante la adolescencia juega un papel primordial en su salud, ya que los comportamientos de riesgo los predisponen a enfermedades, incapacidades y hasta la muerte. Por lo tanto, estas conductas mantienen una relación importante entre ellas mismas en tanto un adolescente puede presentar algunas o hasta todas las conductas de riesgo conocidas (fumar, consumir drogas, provocar un accidente, adquirir o propagar enfermedades de transmisión sexual, delinquir, sufrir maltrato o usar la violencia, intentar suicidarse o llegar al suicidio.

Esta etapa de la vida, en la cual, generalmente, los jóvenes sienten que deben satisfacer múltiples demandas (sociales, familiares, de sus propios impulsos, etc.) les generan grandes dudas, momentos de crisis expresados a través de conflictos personales y familiares, contradicciones, angustias, violencia y comportamientos autodestructivos que reflejan un gran sentimiento de dolor interno. Además se le agrega la elaboración de pérdidas y duelos, proceso estructurante de la personalidad, en un aparato psíquico menos apto que el de un adulto. Todo ello pone en evidencia una notoria vulnerabilidad y fragilidad durante la cual es esperable identificar fases de tristeza, que muchas veces pueden acompañarse de ideas de muerte.

En este contexto, la impulsividad es una característica de los adolescentes, donde estudios internacionales destacan, dentro de este comportamiento ciertas conductas que se han denominado “equivalente a suicidios o suicidios enmascarados”, caracterizadas por el desafiar la muerte quedando expuestos a muchos riesgos, entre ellas se destacan: sobredosis de drogas, picadas callejeras, conducir bajo efecto de sustancias legales e ilegales, involucrarse en episodios delictivos, etc.

Los sentimientos durante esta etapa del desarrollo, están influenciados por las primeras experiencias que se tuvieron con la madre u otras figuras que serán referentes posteriores. Es a través de esa relación, que se da la estructuración de la personalidad que será capaz o no de sobrellevar las adversidades y/o frustraciones de acuerdo al grado de satisfacción o privación que se vivió en los primeros años de vida. Sin embargo, los factores que influyen el comportamiento del adolescente no se restringen solamente a lo mencionado anteriormente, sino que también deben tenerse en cuenta características biológicas, psicológica individuales, así como las familiares, de pares (grupos de pertenencia), sociales y culturales.

Estudios realizados en Chile arrojan una prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente privada de libertad entre 62 y 64%, ocupando los primeros lugares los trastornos de conducta o disociales y las patologías asociadas a consumo o abuso de sustancias. Dichos indicadores contrastan sensiblemente con los que presenta la población adolescente en general cercana al 18%. Esta realidad también se observa en la población adulta.

Este fenómeno encuentra usualmente sus razones explicativas en dos premisas bastante asentadas. La primera apunta a la relación existente entre la presencia de patologías mentales (o sintomatología expresiva de la misma) como factor de riesgo de la comisión de delitos; la segunda, a los efectos de la prisionización, en particular, en lo relativo al amplio y diversificado impacto que genera la

incorporación en la forma de vida que se desarrolla al interior de la prisión. Existe además un tercer ámbito de vinculaciones que apunta a la mayor presencia de alteraciones y trastornos vinculados a la salud mental (que pueden devenir en sintomatología propia de una patología o detonarla directamente) durante el periodo de la adolescencia, a consecuencia de las características naturales que conlleva dicha etapa de la vida.

Según un estudio del Observatorio del Sistema Judicial para el año 2009, se sabía que en Montevideo el 46,6% de los adolescentes se encontraban conviviendo en hogares de tipo nuclear incompleto (monoparentales) y el 27,5% con familias nucleares completos, siendo que el 9,9% lo hacía en hogares de tipo extendido y 7,6% convivían con otros familiares. Otra característica que se destaca es que aquellos adolescentes que se encuentran bajo medidas del sistema penal juvenil son en su mayoría de clases sociales desfavorables, con escaso acceso a la educación, con problemas de salud y adicciones.

Desde Naciones Unidas se ha destacado que aquellos jóvenes con trastornos por consumo de drogas también presentan causas delictivas y en general tienen múltiples problemas socio-económicos/psicosociales/conductuales). Entre ellos se destacan escasa educación y apoyo familiar, problemas de violencia, etc. Sin embargo, la problemática del consumo de drogas por parte de los adolescentes no es un problema ni específico ni exclusivo de aquellos jóvenes involucrados en procesos penales.

De conformidad con el Código de la Niñez y la Adolescencia, el Estado está obligado a garantizar los derechos fundamentales, y entre ellos “la conservación del vínculo con su familia (a través de visitas o correspondencia) y comunidad. Ello se debe a que las visitas son el vínculo con el mundo exterior y ayudan a “minimizan los daños que el encierro provoca en sus redes vinculares y de interacción”.

Según datos del Observatorio del Sistema Judicial (López, Palummo, 2013) la mayoría de los adolescentes privados de libertad, en el año 2010, tenían entre 16 y 17 años, de los cuales el 68% del total eran de Montevideo, siguiendo en orden descendente Canelones (13%), Paysandú (6%) y Rivera (3%). Un 72% declaró haber estado institucionalizado en establecimientos del INAU y 66% tenía antecedentes de privación de libertad por la justicia penal juvenil.

Dicho informe resalta que 64% de estos adolescentes consumían psicofármacos (clonazepam, diazepam, flunitrazepam, quetiapina, risperidona, profenamina, topiramato, etc.), en algunos casos reciben más de un fármaco, que deberían vincularse a un diagnóstico de patologías psiquiátricas.

2.4. Género

Los estudios coinciden en que la prevalencia de patologías mentales es superior en mujeres que en hombres. El riesgo de presentar un cuadro patológico en las adolescentes de sexo femenino es entre 10 y 20 veces superior al de la población en general, mientras que en hombres llega a ser 10 veces superior. Los estudios de Teplin y Fazel también destacan la mayor presencia de trastornos depresivos, respecto de lo que sucede con la población adulta y general, caracterización que igualmente es compartida en el informe del comité de la adolescencia de la American Academy of Pediatrics (con particular presencia de trastornos de ánimo y desórdenes ansiosos).

En nuestro medio los códigos de manejo de autolesiones a nivel de adolescentes podrían vincularse en ocasiones con la valentía y la hombría.

Entre las mujeres los técnicos de salud y del INR señalan que las mujeres tienen mucho menos apoyo familiar, está mucho más discriminado ser “presa” que ser “preso”, y hay gran porcentaje de mujeres privadas de libertad que no reciben visitas. Cabe señalar también las situaciones de dificultad que conlleva en muchos casos la convivencia con hijos pequeños

2.5. Factores de Riesgo y factores protectores

La privación de libertad significa uno de los eventos más traumáticos que puede experimentar un ser humano, e implica una ruptura en su ritmo y estilo de vida habitual, así como el alejamiento de su red social, rutinas vitales, laborales y de ocio.

El abordaje de la **multicausalidad** de los suicidios e IAE en la población privada de libertad deber partir de la mayor incidencia de factores de riesgo a la que está expuesta.

La revisión de la literatura y la experiencia de los autores permiten agrupar los factores de riesgo para la conducta suicida, en cuatro grandes grupos:

1. Factores personales, son características que aumentan la vulnerabilidad en cada individuo:
 - a. Ser portador de patología psiquiátrica, sobre todo si no está tratada.
 - b. Situaciones de desesperación, desesperanza o depresión.
 - c. Consumo de sustancias psicoactivas, con un gradiente de riesgo asociado al gradiente de dependencia.
 - d. Ser varón para episodios de suicidio, y mujer en lo que respecta a los IAE.

- e. Tener el antecedente de ser sobreviviente del suicidio de alguien afectivamente cercano o significativo.
 - f. Tener antecedentes familiares de suicidio.
 - g. Sentimientos incontrolables de vergüenza o culpa moral, asociados a su conducta delictiva.
 - h. Antecedentes personales de IAE previos.
 - i. Antecedentes personales de haber sufrido o ejercido violencia o abuso sexual.
 - j. Antecedentes de reiteradas lesiones autoinfligidas.
2. Factores externos que generan tensión psicológica en los sujetos:
 - a. Síndrome de abstinencia.
 - b. Discriminación por parte de las demás PPL.
 - c. Sometimiento a abuso psíquico, físico o sexual por parte de otros PPL o por el personal penitenciario.
 - d. Rechazo por su entorno social de origen o su familia; sucede más frecuentemente a las mujeres.
 - e. Alejamiento de los hijos, particularmente entre PPL del sexo femenino.
 - f. Intentos de autoeliminación o suicidios en otros PPL de la misma unidad de internación.
 - g. Situaciones de duelo (muerte de familiares).
3. Factores situacionales, vinculados a la etapa del proceso judicial.
 - a. Momento de ingreso a la institución penitenciaria.
 - b. Momento de comunicación de la sentencia.
 - c. Etapa previa a la condena; tiempos de espera de la información de las decisiones judiciales.
4. Factores estructurales vinculados a la estructura administrativa y física de la institución penitenciaria:
 - a. Instituciones superpobladas con hacinamiento.
 - b. Precariedad de las condiciones de vida a nivel de la higiene, escasez de recursos alimenticios, prendas de vestir o factores necesarios para garantizar condiciones mínimas para el descanso y el sueño.
 - c. Situaciones de aislamiento o incomunicación como modalidad de sanción.
 - d. Acceso a noxas reales o potenciales (objetos, fármacos, etc.).
 - e. Personal de vigilancia con formación deficitaria para el trato a PPL. Ausencia de protocolos o procedimientos específicos para identificar y atender a internos con riesgo de suicidio.
 - f. Dotación insuficiente de personal de custodia.
 - g. Falta de actividades productivas que operen contra estados de ocio e inactividad.

Factores protectores

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio menciona la existencia de factores protectores que reducen la conducta suicida, mencionando entre otros: “el apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes, las creencias religiosas culturales y étnicas, la participación sana y activa en la nueva comunidad, llevar una vida social satisfactoria a través de la integración social, el uso constructivo del tiempo libre, habilidades efectivas para resolver problemas” (Larrotta-Castillo, R; 2014:87).

3. JUSTIFICACIÓN

Uruguay presenta una tasa de prisionización próxima a 300 personas privadas de libertad cada 100.000 habitantes. Ya en 2008 era de 260 cada 100 mil habitantes, que lo ubicaba en el cuarto país de América Latina con más personas presas con relación a su población, luego de Chile (290 en 2008) (Villagra, 2008). El Salvador y Panamá. Latinoamérica, de acuerdo al *International Centre for Prison Studies*, cuenta con una tasa media de prisionización de 224 presos por cada 100.000 habitantes (Morales, 2013). Este promedio excede las tasas medias observadas en Europa o Asia, donde las cifras se ubican entre 150 y 155 presos por cada 100.000 habitantes.

La magnitud de la población privada de libertad en Uruguay asciende a unas 10.100 personas. La mayor proporción de adultos está bajo la responsabilidad del INR y los adolescentes en la órbita del INISA. La cobertura sanitaria se distribuye entre ASSE y DNSP. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Población de PPL según institución responsable de la atención de salud en las Unidades de Internación

Institución responsable de la atención sanitaria	Población
INISA	531
INR con cobertura asistencial de ASSE	5410
INR y cobertura asistencial de DNSP	4218
Total	10159

Nota: datos a diciembre 2014

La población privada de libertad, muy joven promedialmente y proveniente de los sectores sociales más desprotegidos, exige enormes desafíos para abordar en forma creativa, específica y con sustento científico, las estrategias para una mejor atención a la salud integral. Las UIPPL pueden generar condiciones que potencien el impacto de los factores de riesgo para las conductas suicidas y los intentos de autoeliminación (AIE) presentes en la sociedad, aumentando la probabilidad de aparición de las mismas en las PPL o acelerando su evolución hacia complicaciones.

El diseño de protocolos de intervención de salud que tiendan a homogeneizar las intervenciones en las distintas instituciones, pueden contribuir fuertemente a la mejora de la calidad de la atención. Sobre todo si incluyen en las estrategias de intervención, la formación en salud y prevención de enfermedades recurrentes en estos ámbitos, orientada a las personas privadas de libertad, para una llegada más eficaz en los mensajes de salud entre pares.

En particular, vale señalar la contribución a la función rehabilitadora que puede y debe tener el cuidado de la salud, desde un diagnóstico adecuado integral al ingreso del sistema penitenciario, hasta la continuidad de los controles en salud y la asistencia a los quebrantos de salud. Explicitar ante una PPL una propuesta de cuidado de salud por parte del sistema penitenciario, promoviendo su compromiso en el autocuidado, contribuye a la comprensión del concepto de derechos e inclusión social, así como a la necesaria autoestima para enfocarse en un proyecto de vida alternativo.

4. ALCANCE

4.1. Ámbito de aplicación

Este protocolo debe ser aplicado por todos los integrantes de los equipos de salud, que se encuentran trabajando en los UIPPL para adultos y los centros de adolescentes de ambos sexos. Algunos aspectos también son relevantes para ser tenidos en cuenta para los equipos de gestión y los operadores de las UIPPL.

4.2. Población destinataria

Personas privadas de libertad, adultos y adolescentes, de ambos sexos que se encuentren en centros de privación de libertad.

Criterios de inclusión

- Los aspectos vinculados a la promoción de salud, manejo de factores de riesgo y detección precoz están dirigidos a toda las PPL.
- Los aspectos vinculados al tratamiento y seguimiento de IAE y conducta suicida están dirigidos a PPL con diagnóstico positivo de las mismas.

Criterios de exclusión

- Situaciones de prisión domiciliaria

5. OBJETIVOS

5.1. *Objetivo General*

Contribuir a reducir la magnitud de la conducta suicida mejorando la calidad y oportunidad de la atención a las personas privadas de libertad mediante un abordaje preventivo y de promoción de salud.

5.2. *Objetivos Específicos*

- Propiciar las condiciones de privación de libertad y las acciones dirigidas al conjunto de las PPL que disminuyen el riesgo de conducta suicida
- Identificar e implementar las intervenciones preventivas y asistenciales específicas para los grupos de población con perfiles diferenciales vinculados a su condición de varones, mujeres o adolescentes.
- Detectar precozmente a las PPL que están en condición de riesgo
- Asegurar la atención oportuna con calidad homogénea y el seguimiento en la UIPPL cuando se detectan casos de conducta suicida.
- Brindar herramientas para el abordaje de salud integral con enfoque preventivo de la conducta suicida, por parte de los equipos de salud y demás personal de las UIPPL.

6. INTERVENCIONES SOBRE FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCIÓN

Se sugiere que las intervenciones de prevención deben procurar:

- a) promover y atender problemas actuales de salud mental,
- b) reducir el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas y otros problemas asociados a la conducta suicida,
- c) evitar ubicar a las personas vulnerables en situación de aislamiento,
- d) realizar tamizajes para detectar comportamientos suicidas actuales o pasados y
- e) proporcionar condiciones ambientales e institucionales protectoras.

La prevención primaria se produce a través de los cambios de ambiente, la promoción del trabajo con el personal penitenciario y la psicoeducación sobre la conducta suicida.

Es importante tomar en cuenta y sensibilizar sobre el impacto en las PPL de la organización del establecimiento, las condiciones de encierro y realizar propuestas rehabilitadoras, que deben incrementarse progresivamente.

Desde una perspectiva institucional, un aspecto relevante es el ámbito general de la prisión (niveles de actividad, seguridad, cultura y relaciones entre el personal y los presos). La calidad del clima social de las PPL ayuda a reducir las conductas suicidas.

Se destaca la importancia del rol de referentes (por ejemplo delegados de sectores) que recojan y transmitan la opinión de las PPL a la autoridades competentes y al personal de salud, con el fin de mejorar condiciones de encierro y calidad de vida.

La OMS señala que el componente esencial en cualquier programa de prevención del suicidio es contar con personal penitenciario bien capacitado ya que constituyen la columna vertebral de cualquier centro de privación de libertad de adolescentes. La capacitación en prevención del suicidio debe incluir como mínimo, pero no estar limitada a lo siguiente: las razones por las cuáles los ambientes penitenciarios favorecen la conducta suicida, las actitudes del personal acerca del suicidio, los factores potenciales de predisposición al suicidio, los períodos de alto riesgo de suicidio, señales y síntomas de advertencia, suicidios y/o serios intentos de suicidio recientes dentro del establecimiento/institución y los componentes de la política de prevención del suicidio del establecimiento/institución. Además, todo el personal que tiene contacto de rutina con los reclusos debe recibir capacitación estándar en primeros auxilios y reanimación.

El contacto social, por ejemplo con la familia, es también un aspecto protector. Las visitas familiares se pueden usar como una forma de fomentar el apoyo social, así como también como una fuente de información acerca del riesgo de suicidio de un recluso. Es conveniente generar los espacios para informar a los familiares y hacerles ver que la UIPPL puede constituir una oportunidad de recibir atención sanitaria que le será útil de por vida.

La prevención secundaria busca detectar quiénes han cometido intentos previos, o han manifestado expresiones concretas de efectuarlos. El estigma relacionado con el suicidio sigue siendo un gran obstáculo para los esfuerzos de prevención. Asociado a los altos niveles de estigma se encuentran mitos (falsas creencias) sobre la conducta suicida que es necesario revertir.

7. ASPECTOS ASISTENCIALES

7.1. Detección precoz y recomendaciones de intervención

Se recomienda una primera evaluación, tipo tamizaje, de riesgo suicida al ingreso y con cierta periodicidad, ya que algunos de los factores son dinámicos y pueden cambiar a lo largo del tiempo.

Las guías clínicas de valoración del riesgo son útiles para establecer el riesgo que presenta una persona de llevar a cabo una conducta suicida, pero no pueden predecir exactamente si alguien va a intentar suicidarse, a lo que se agrega que las herramientas podrían presentar falsos positivos. De la misma forma, una valoración de riesgo bajo no permite afirmar que una persona no se encuentre en situación de riesgo. Por este motivo, el profesional es el que finalmente debe valorar y tomar la decisión respecto al riesgo presentado por la persona evaluada.

CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN/ENTREVISTA.

El contacto con personas con riesgo suicida.

A continuación se presentan algunas consideraciones importantes en el contacto y la comunicación durante la entrevista con una PPL con riesgo suicida.

1. **Buscar un lugar adecuado**, donde se pueda mantener una conversación tranquila con razonable privacidad.
2. **Dedicar el tiempo necesario**, las personas con riesgo suicida generalmente necesitan más tiempo para desahogarse y se debe estar mentalmente preparado para brindárselo.
3. **Escucharlos con atención**, esto junto con los puntos anteriores es de por sí un paso importante en la reducción del nivel de desesperación que un suicida siente.

Meta: Cerrar la brecha creada por la falta de confianza, la desesperación y la pérdida de la esperanza (OMS, 2000).

Cuadro 2. Características de la comunicación

Qué hacer	Qué no hacer
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar atentamente, permaneciendo calmado; • Entender los sentimientos de la persona (empatía con el otro); • Transmitir mensajes no verbales de aceptación y respeto; • Expresar respeto por las opiniones y valores de la persona; • Hablar honesta y genuinamente; • Demostrar interés, preocupación y calidez; • Centrarse en los sentimientos de la persona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interrumpir con demasiada frecuencia; • Escandalizarse o emocionarse; • Manifestar que está ocupado; • Ser condescendiente; • Hacer comentarios indiscretos o poco claros; • Hacer preguntas tendenciosas. Pregunta tendenciosa es aquella que conduce o dirige a una determinada respuesta. que no siempre refleja su postura. Ej: ¿No pensaste en quitarte la vida?, induce a que la respuesta sea NO.
<p>Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación.</p>	

En los últimos años se han desarrollado una serie de **listas de verificación** que forman una parte importante de un programa integral de prevención del suicidio. Las respuestas afirmativas a uno o más de los siguientes elementos pudieran usarse para indicar un mayor riesgo de suicidio y la necesidad de mayor intervención

Lista de verificación (basado en OMS, 2007)

La persona:

- expresa desesperanza o temor sobre el futuro, o muestra señales de depresión, tales como llanto, falta de emociones, falta de expresión verbal.
- expresa altos e inusuales niveles de vergüenza, culpa y preocupación durante el arresto y la privación de libertad.
- admite tener ideas actuales relacionadas con el suicidio (es un error creer que es malo preguntarle a una persona si está actualmente pensando en el suicidio, para no dar lugar a una “idea tonta”).
- padece actualmente un trastorno mental o presenta sintomatología psiquiátrica (por ejemplo, depresiva, elementos psicóticos, alteraciones conductuales, cambios inusuales en el comportamiento).
- ha tenido uno o más intentos suicidas previos y/o admite que el suicidio es actualmente una opción aceptable.
- admite que tiene planes actuales de suicidarse (también se debe tener en consideración contactar a la familia y reclusos vecinos).

Otros indicadores

- El funcionario que lo detiene /transporta tiene la percepción que la PPL está en riesgo de suicidio
- Los registros del centro penitenciario indican que la PPL estuvo en riesgo de suicidio durante una internación penitenciaria anterior

Frente a la presencia de estos indicadores, o si posteriormente presenta comportamiento suicida o aumento de la ideación, debe hacerse una completa valoración y manejo del riesgo suicida. Para esto se proponen las recomendaciones de la guía Valoración del Riesgo Suicida: 5 pasos para Evaluación y Triage, Guía para profesionales, desarrollada por el MSP (2013), adaptada para el presente protocolo a la situación de PPL.

Se basa en 5 pasos para la evaluación y manejo en los que se recomienda lo siguiente:

1. **Identifique factores de riesgo**
2. **Identifique factores protectores**
3. **Indague conducta suicida**
4. **Determine el nivel de riesgo/intervención**
5. **Registre**

1. **Identifique factores de riesgo**

Tome en cuenta aquellos que pueden ser modificados para reducir el riesgo:

a) Comportamiento suicida: historia de intentos previos, intentos de suicidio frustrados o comportamiento autolesivo reiterado (lesiones autoinfligidas, amputación de partes del cuerpo, ingesta de psicofármacos no indicados).

Conductas que tienen como fin obtener beneficios secundarios (traslados, salidas del centro, estar en contacto con otros agentes de la institución, etc.) pero cuyo acto reviste un alto nivel de gravedad por sus características.

Rechazo a continuar y/o iniciar tratamientos en enfermedades que implican riesgo de vida (por ejemplo tratamientos de HIV y tuberculosis).

Exposición a situaciones de riesgo constantes: enfrentamientos con la policía, conflictos con pares, heteroagresividad, etc.

En los adolescentes es importante atender a señales verbales y no verbales que expresan indirectamente una intencionalidad suicida, las que se listan en el siguiente cuadro. Algunas de estas señales también se presentan en los adultos.

Cuadro 3. Señales de riesgo de conducta suicida

Señales	
Manifestaciones verbales y/o no verbales que nos alertan acerca de la posibilidad de autoeliminación.	
Verbales	No verbales
“Estarían mejor sin mí” “Estoy de más” “La vida no vale la pena” “Si esto sigue así... me mato” “Quisiera terminar con todo” “Quisiera dormirme y no despertar” “Voy a matarme” “Cuando yo no esté se van a arrepentir” “Fulano hizo bien en matarse... la tenía clara”	<ul style="list-style-type: none"> - Automutilaciones (cortes) - Regalar cosas significativas sin motivo aparente. - Abandono de actividades que producían placer. - Aislamiento/abandono personal.

b) Presencia o antecedentes de trastornos psiquiátricos: especialmente Trastornos del Humor, Trastornos Psicóticos, Abuso de alcohol/sustancias, Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad, Traumatismo intracraneal, Trastorno por Estrés Post Traumático, Trastornos de Personalidad del Grupo B (antisocial, borderline, narcisista, histriónico), trastornos de conducta (conductas antisociales, agresividad, impulsividad). La comorbilidad y el reciente comienzo de la enfermedad aumentan el riesgo.

c) Síntomas clave: anhedonia, impulsividad, desesperanza, sensación de pérdida del sentido de vida, ansiedad/pánico, insomnio, comando alucinatorio.

d) Antecedentes Familiares: de suicidio, intentos o trastornos psiquiátricos que hayan requerido hospitalización.

e) Factores precipitantes/estresores/vínculos: factores estresores vinculados a la situación de encierro, pérdida de referentes (familiares y sociales), problemáticas a nivel de relaciones interpersonales generadas dentro de los establecimientos, problemáticas familiares (ej. duelos, carencias económicas, situaciones de vulnerabilidad familiar), falta de información sobre las penas. Otros eventos desencadenantes humillantes, vergonzosos, o desesperanzadores (por ej.: pérdida de estatus social-económico o de salud, real o anticipado). Enfermedad médica en curso (especialmente trastornos del SNC, dolor). Disturbios familiares /caos. Historia de abuso físico o sexual. Aislamiento social extremo.

2. Identifique factores protectores

Tome en cuenta aquellos que puedan ser potenciados para reducir el riesgo

Los factores protectores, aún presentes, pueden no contrarrestar el riesgo agudo.

Los factores protectores de riesgo suicida pueden clasificarse en: a) aquellos que son propios del individuo y b) aquellos que pertenecen al entorno.

a) Factores propios del individuo se relacionan con aquellos donde el sujeto le otorga valor a su propia vida. Poseer habilidades sociales y posibilidades de inserción laboral, acceso a actividades educativas formales y no formales (espacios educativos, lúdicos, trabajo voluntario, participación en grupos de Salud Mental, etc). Capacidad para manejar situaciones de conflicto y la ira, habilidades efectivas para resolver problemas y tener un propósito general de vida.

Cuidado de su propia Salud Mental (pedido de ayuda) y cuidado de su cuerpo (temor al dolor). Creencias religiosas y/o espirituales (ideas que desapruében el suicidio), participando en los espacios existentes

Características personales: motivación esperanzadora, autocontrol, elevada autoestima, utilización de estrategias de afrontamiento. Capacidad de resiliencia.

b) Factores ambientales entre los cuáles se destacan: la existencia de una red social y familiar adecuada. Estar en contacto con su pareja e hijos; el embarazo.

Que el sujeto se comprometa y genere responsabilidades para con los demás.

Acceso a servicios de salud. Crear un ambiente favorable y estable en su entorno.

La integración social, el uso constructivo del tiempo libre.

3. Indague conducta suicida

Pensamientos suicidas, planes, comportamientos e intentos.

Se debe llevar a cabo un interrogatorio específico sobre los pensamientos, planes, comportamientos e intencionalidad (ver Cuadro y Anexo 6).

Ideación: pregunte sobre la frecuencia, intensidad, duración: en las últimas 48 hs., el último mes y en el peor momento.

Plan: momento, lugar, letalidad, disponibilidad, actos preparatorios.

Comportamientos: intentos anteriores, intentos frustrados, ensayos (ej: probar nudos) versus conductas auto lesivas, no suicidas.

Intencionalidad: grado en que la persona: 1) espera llevar a cabo el plan y 2) cree en la potencia del método: letalidad versus daño. Explorar ambivalencia: razones para morir versus razones para vivir.

En jóvenes: preguntar a los padres/cuidadores sobre evidencias o señales de pensamientos suicidas, planes o conductas, o cambios en el humor, comportamiento o disposición.

Indagar ideas homicidas: cuando esté indicado, especialmente en trastornos del carácter u hombres paranoides lidiando con pérdidas o humillación. Indague en las 4 áreas listadas arriba.

Cuadro 4. Qué preguntar ante la presencia de Ideación Suicida

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	
Estado emocional actual y pensamientos actuales sobre la muerte y el suicidio. Ideación Suicida.	¿Se/te siente/s infeliz o desvalido/a? ¿Se/te siente/s desesperado/a? ¿Siente/s que nadie se preocupa por Ud./ti o que no le interesa/s a nadie? ¿Se/te siente/s incapaz de enfrentar cada día? ¿Siente/s la vida como una carga?	¿Le/te parece o tienes la sensación que la vida no tiene sentido? ¿Siente/s que no merece la pena vivir la vida? ¿Siente/s o ha/s sentido deseos de matarte? ¿Alguna vez pensaste en quitarte la vida? ¿Alguna vez intentó/aste quitarte la vida?
Plan suicida actual. Qué tan preparada está la persona, qué tan pronto lo realizará y si ha pensado la forma (método).	¿Ha/s hecho planes para terminar con tu vida? ¿Tiene/s idea de cómo vas a hacerlo? o ¿Pensaste una forma para hacerlo? ¿Ha/s pensado o decidido cuándo hacerlo? ¿Ha/s pensado la forma de hacerlo? ¿Ha/s decidido cómo hacerlo?	
Acceso a medios letales. El método seleccionado indica el nivel de gravedad y letalidad del mismo.	¿La persona tiene píldoras, revólver, insecticida, sogas, cortes carcelarios u otros medios? ¿Están a su entera disposición?	
El sistema de apoyo de la persona.	Familia, amigos, operadores, sanitario, redes sociales, etc.	
El diálogo debe ser creado para, y adaptado a cada situación. El diálogo implica, primero y ante todo, el reconocimiento de la identidad de las personas y también su necesidad de ayuda.		

(Adaptado de Guía de Prevención, 2014)

4. Determine el nivel de riesgo/intervención

La Evaluación del Nivel de Riesgo está basada en el juicio clínico, una vez completados los pasos 1 a 3

A continuación se presenta un cuadro que representa un rango de niveles de riesgo e intervenciones posibles para reducir el riesgo. Cabe destacar que el cuadro no sustituye el juicio clínico para tomar determinaciones específicas.

Cuadro 5. Niveles de riesgo e intervenciones pertinentes.

NIVEL DE RIESGO	FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES	SUICIDALIDAD	POSIBLES INTERVENCIONES
Alto	Trastornos Psiquiátricos con síntomas severos, o eventos agudos precipitantes; factores protectores no relevantes	Intento de suicidio potencialmente letal, o ideación persistente, con firme intención o ensayo suicida	Traslado a Servicio de Urgencia de la UIPPL: Estabilizar y realizar valoración de la situación clínica. Asegurar derivación y consulta con psiquiatra De no requerir ingreso en una Unidad de Internación psiquiátrica, se establece un seguimiento periódico con el Equipo de Salud Mental. Coordinar con autoridades de la UIPPL en pro de mejorar sus condiciones ambientales.
Moderado	Múltiples factores de riesgo, pocos factores protectores	Ideación suicida con plan, pero no intento o comportamiento	Derivación al equipo de Salud Mental para coordinar la intervención y posible derivación a Unidad de Internación psiquiátrica, dependiendo de los factores de riesgo. Coordinar con autoridades de la UIPPL para generar condiciones que potencien los factores protectores,
Bajo	Factores de riesgo modificables y fuertes factores protectores	Pensamientos de muerte, sin plan, intención o comportamiento	Intervención acotada del Equipo de Salud mental, iniciando un proceso de seguimiento y realizar intervenciones para aumentar los factores protectores.

Revaloración en la medida que las circunstancias ambientales o del paciente cambien.

5. Registre

Se debe llenar la “Ficha de Registro Obligatorio” de IAE (FRO) y notificar según Ordenanzas Ministeriales N° 801 del 26 de Diciembre de 2012 y N° 765 del 27 de setiembre de 2013. En Historia clínica consignar el nivel de riesgo y justificación, plan de tratamiento a implementar/reducción del riesgo actual (ej. lugar de atención, medicación, psicoterapia, contacto con referentes familiares, consulta).

7.2. Tratamiento

Se recomienda abordar la conducta suicida desde una perspectiva amplia, en la que se valoren de forma integral las intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales, de las que el paciente pueda beneficiarse y contar con la implicación de los profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.

Es recomendable promover la formación de una alianza terapéutica sólida entre el paciente y el profesional, así como contar con el apoyo del entorno del paciente, de los operadores (que deben ser especialmente capacitados e involucrados en el acompañamiento de casos), de compañeros entre las PPL y de la institución, como parte fundamental del proceso terapéutico.

7.2.1. Tratamiento no farmacológico

Intervenciones psicoterapéuticas

La psicoterapia a cargo de los profesionales de los equipos de salud disponibles, desarrollaran una modalidad de intervención en crisis. Entre 3 y 8 sesiones podrían dar un soporte hasta que disminuya francamente la probabilidad de suicidio.

Sería deseable que estos profesionales cuenten con formación suicidológica y entrenamiento adecuado.

El trabajo con las familias y los operadores penitenciarios debe orientarse a fortalecer la comprensión de la oportunidad de tratamiento que está teniendo la PPL.

Postvención

Postvención es un concepto de la Suicidología que se usa para enmarcar las intervenciones posteriores a un evento autodestructivo, también llamadas post-intervenciones (Moron, 1992) *“La muerte de una persona no es solamente un final, es al mismo tiempo un comienzo, para los que sobreviven”*.

La **postvención** configura el conjunto de las actuaciones adecuadas y de ayuda que vienen después del evento suicida. Son dirigidas a los sobrevivientes de suicidio, definidos como aquellas personas que han perdido por suicidio a alguien significativo o con quien podrían identificarse como un compañero celda o de actividades en el ámbito penitenciario.

Se considera a los sobrevivientes como grupo de riesgo, y los sentimientos más frecuentes encontrados en la práctica son: angustia, tristeza, dolor, pena, ira, enojo, abandono, idealización, confusión, renegación, sorpresa. En su mayoría

están presentes en todos los procesos de duelo. Sin embargo, el duelo por muerte violenta se presenta teñido de fuertes colores: la ira, la vergüenza, la culpa, el enojo, la confusión, la despersonalización; es una crisis traumática que condena a sus víctimas a un proceso de duelo eterno e insoluble, imposible de ser resuelto sin una estrategia a medida, de esa intransferible e interminable vivencia que condenaría a los sobrevivientes a una crisis de identidad. Aumenta el riesgo de suicidio en las PPL por imitación si hay un terreno proclive, y por los sentimientos que el suicidio de un par provoca.

¿Cómo encarar la ayuda a los sobrevivientes de suicidio en un medio penitenciario?

Entre otros puntos debemos tener presente que una muerte por suicidio siempre genera la búsqueda de un culpable. Una hipótesis es que dicha responsabilidad se deposite exclusivamente en el sistema penitenciario y en su respuesta sanitaria.

Cuando se cuente con recursos humanos que lo hagan posible es conveniente una propuesta de reunir grupalmente, coordinados por dos profesionales, a los afectados por el suicidio ocurrido recientemente. En una primera reunión se sugiere realizar un taller acerca del suicidio en general y en centros penitenciarios, dónde se promueva la expresión de sentimientos y opiniones acerca del suceso.

Cuando no hayan disponibles recursos humanos de la propia institución para estas actividades, se buscará a nivel local – territorial, la implementación de coordinaciones que hagan factibles estas actividades grupales.

En adolescentes, el plan de tratamiento debe incluir rol de los padres/cuidadores.

7.2.2. Tratamiento farmacológico

Se deberá asegurar consulta con psiquiatra que será quien defina, en función del terreno particular del paciente, la medicación a administrar.

7.3. Entrega de medicación. Gestión de la medicación.

Se ve conveniente una estrategia de administración supervisada de la medicación, indicando a la PPL que debe ingerir los fármacos en presencia de un técnico o un operador penitenciario, que se lo administran.

8. SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS PPL CON CONDUCTA SUICIDA O IAE

Una vez detectado, iniciada las intervenciones y reintegrada la persona a la UIPPL, el objetivo del seguimiento es extremar y ordenar las medidas de seguridad y protección, ayudar al reconocimiento de nuevos signos y síntomas de riesgo, organizar la planificación de intervenciones y toma de decisiones.

El monitoreo adecuado de las PPL con conductas suicida es crucial, especialmente durante el turno nocturno (cuando hay menos personal) y en establecimientos donde el personal no siempre está asignado a un área.

El nivel de monitoreo debe concordar con el nivel de riesgo.

Las PPL que presentaron alto riesgo suicida requieren supervisión constante hasta que se considere que el nivel de riesgo se haya reducido drásticamente.

Las personas en riesgo no deben ser dejadas solas, sino que se deben mantener en observación y proporcionar acompañamiento.

Dado que las PPL con frecuencia cometen suicidio mediante ahorcamiento, el monitoreo debe proporcionar un ambiente seguro en el que se han eliminado o minimizado los elementos con los que se pueden ahorcar y el acceso no supervisado a materiales letales.

Es importante que el equipo de salud pueda comunicarse e intercambiar opiniones con profesionales con experiencia en prevención, tratamiento y seguimiento de personas en riesgo de suicidio. Una opción son las LINEAS DE ATENCION EN CRISIS como las que ofrece la ONG Último Recurso:

0800 8483 (gratis, de 19 a 23 horas)

2400 8383 (de 19 a 23 horas)

095 738483 (24 horas)

***8483** (24 horas, gratis, por Movistar y ANCEL)

9. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION (INR)

UNIDADES DE REGÍMENES DE MÁXIMA Y MEDIA SEGURIDAD:
UIPPL Nº 3 "LIBERTAD"
UIPPL Nº 4 "SANTIAGO VÁZQUEZ"
UIPPL Nº 5 "FEMENINO"
UIPPL Nº 6 "PUNTA DE RIELES"
UIPPL Nº 7 "CANELONES"
UIPPL Nº 8 "DOMINGO ARENA"
UIPPL Nº 9 "EL MOLINO"
UIPPL Nº 12 "CERRO CARANCHO" (RIVERA)
UIPPL Nº 13 "LAS ROSAS"(MALDONADO)
UIPPL Nº 24 "PENSE" (SORIANO)
UNIDADES DE REGÍMENES DE MÍNIMA SEGURIDAD Y CONFIANZA:
UIPPL Nº 10 "JUAN SOLER"
UIPPL Nº 11 "TACUABÉ"
UIPPL Nº 14 "PIEDRA DE LOS INDIOS"
UIPPL Nº 15 "CONVENTOS" (CERRO LARGO)
UIPPL Nº 16 " PAYSANDÚ
UIPPL Nº 17 "CAMPANERO" (LAVALLEJA)
UIPPL Nº 18 DURAZNO
UIPPL Nº 19 "LAS CAÑITAS" (RÍO NEGRO)
UIPPL Nº20 SALTO
UIPPL Nº 21 ARTIGAS
UIPPL Nº 22 ROCHA
UIPPL Nº 23 TREINTA Y TRES
UIPPL Nº 25 FLORES
UIPPL Nº 26 TACUAREMBÓ
UIPPL Nº 27 "PINTADO GRANDE" (ARTIGAS)
UIPPL Nº 28 "PASO ATAQUE" (RIVERA)
UIPPL Nº 29 FLORIDA
UNIDADES QUE DEPENDEN DIRECTAMENTE DEL DIRECTOR NACIONAL
UIPPL Nº2 "CENTRO 2" CHACRA DE LIBERTAD Y DE CANELONES.

Actualizado a diciembre 2015

INSTITUTO NACIONAL DE INCLUSIÓN SOCIAL ADOLESCENTE (INISA)

CENTROS DE INGRESO
C.I.A.F. (Centro de Ingreso Adolescentes Femenino)
C.I.T. II (Centro de Ingreso Transitorio)
CENTROS DE MONTEVIDEO
C.I.E.D. (Centro de Ingreso, Estudio y Derivación)
COLIBRI
C.M.C. -Centro Máxima Seguridad (Ex CEPRIIL)
Ce.D.D. BURGUES (Centro de Diagnóstico y Derivación)
PASO A PASO
DESAFIO
RIFLEROS
CENTRO DETENCIÓN FEMENINO
REGIMEN DE SEMI-LIBERTAD
CIMARRONES
CENTROS EN ESCUELA DR. ROBERTO BERRO
M.D.1 (EX.-S.E.R.BERRO)
LAS PIEDRAS
SARANDI
ITUZAINGO
ARIEL
CERRITO
GRANJA
EL HORNERO
Actualizado a abril 2016

10. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

N° Versión <i>Número de versión cambiada</i>	Fecha <i>Fecha de la versión anterior</i>	Cambios <i>Incluir descripción de los cambios</i>

11. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R. & Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, 48:229-233.
2. Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Phillips MR, Botega NJ, Vijayakumar L, De Silva D, Schlebusch L, Nguyen VT, Sisask M, Bolhari J, Wasserman D. Repetition of suicide attempts: data from emergency care settings in five culturally different low- and middle-income countries participating in the WHO SUPRE-MISS Study. *Crisis*. (Toronto) 2010;31(4):194-201
3. Botega, N. J; Marín-León, L; Bosco de Oliveira, H; Berti de Azevedo Barros, M; Franco da Silva, V; Dalgalarondo, P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.25 no.12 Rio de Janeiro Dec. 2009
4. Chachamovich, E.; Stefanello, S.; Botega, N. J.; Turecki, G. Which are the recent clinical findings regarding the association between depression and suicide?. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (São Paulo. 1999. Impresso), v. S31, p. S18-S25, 2009.
5. Coyle, Andrew. La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Centro Internacional de Estudios Penitenciarios. Londres. Reino Unido. 2009. Disponible en: <http://www2.scjn.gob.mx/seminario/docs/La-administracion-penitenciaria-en-el-contexto-de-los-derechos-humanos.pdf>
6. Douglas, K.; Lilienfeld, S.O.; Skeem, J.L.; Poythress, N.G.; Edens, J.F.; Patrick, C.J. Relation of antisocial and psychopathic traits to suiciderelated behaviour among offenders. *Law and Human Behavior*, 32, 511-525. 2008
7. Fleischman, A., Bertolote, J., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 703–709. 2008
8. Flechner, S. (2000) - Psicoanálisis y Cultura: La clínica actual de pacientes adolescents em riesgo. Un nuevo desafío? *Revista Latino-Americana de Psicanálise* (4), 467-482.
9. González Ramírez S, Sánchez Garduño M, Vargas Reyes Y, Zenteno Contreras M. Riesgo suicida en población penitenciaria. 2013. Universidad Autónoma del Estado de México Cu Uaem Ecatepec, México. 2013
10. Hawton, K., Saunders, K., O'Connor, R. Self-harm and suicide in adolescents, www.thelancet.com Vol 379. June 23. 2012
11. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IA, Sokero TP, Isometsa ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *Am J Psychiatry*; 167: 801–808. 2010

12. Jenkins, R., Bhugra, D., Meltzer, H., Singleton, N., Bebbington, P., Brugha, T. et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. *Psychological Medicine*, 35, (257–269). 2005
13. Konrad N. et al.: Preventing Suicide in Prisons, Part I. *Crisis* 2007; Vol. 28(3):113–121. Disponible en: http://www.antonioacasella.eu/salute/Konrad_Anasseril_preventing_suicide_prisons_2007.pdf
14. López A; Palummo J. Internados. Las prácticas judiciales de institucionalización por protección de niños, niñas y adolescentes en la ciudad de Montevideo. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF. Fundación Justicia y Derecho. Uruguay. 2013
15. Larrobla, C; Canetti, A; Hein, P; Novoa, G; Durán, M. Prevención de la Conducta Suicida en adolescentes. Guía para los sectores educación y Salud. Art.2 Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General, Comisión Sectorial de Investigación Científica, CSIC-UdelaR. 2014
16. Larrotta C., R., Luzardo B., M., Vargas C., S. & Rangel N., K. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56 (1): 83-95. En: http://www.policia.gov.co/imagenes_ponal/dijin/revista_criminalidad/vol56_1/5.pdf
17. Maldonado Fuentes “Prevalencia de patologías de salud mental en la población adolescente privada de libertad: experiencias nacionales y comparadas” *Revista Ius et Praxis*, Año 19, Nº 1, 2013, pp. 329 - 362 ISSN 0717 – 2877
18. Medina Pérez Ó, Medina Pérez D, Cardona Duque S, López A. Riesgo suicida y depresión en un grupo de internos de una cárcel del Quindío (Colombia) *Investigaciones Andina*. 2011, No. 23 Vol. 13 - 122 p
19. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Uruguay. 2008.
20. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Líneas estratégicas para la prevención del suicidio. Uruguay. 2010.
21. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. MSP. MEC. Ministerio del Interior. MIDES. Montevideo. 2011. Disponible en: http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_prevenccion_del_suicidio.pdf
22. Mojica, C., Sáenz, D., Rey-Anacona, C. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Psiquiat*, 38, 681-692. 2009
23. Morales AM, Muñoz N. La seguridad ciudadana en América Latina. Observatorio Social. Publicación trimestral de la Asociación Civil Observatorio Social Número 39. Septiembre de 2013. Buenos Aires. República Argentina. En: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/11/la-seguridad-ciudadana-en-america-latina_am.pdf
24. Negredo, L., Melis, F. & Herrero, O. Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. España: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. 2010

25. Nizama, M. Suicidio. Artículo de Revisión. Revista peruana de epidemiología. Volumen N° 15. Perú. 2011
26. Normas Técnicas y administrativas de Atención de Salud para la Población Adolescente y Adulta Privada de Libertad. Ministerio de Salud. Panamá. 2009
27. Oficina de las Naciones Unidas Contra La Droga y el Delito. Viena. Medidas privativas y no privativas de la libertad. El sistema penitenciario. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal. Naciones unidas. Nueva York, 2010
28. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: A resource for prison officers. 2000. En: http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf
29. Organización Mundial de la Salud. Suicide prevention - Supre multisite intervention study on suicidal behaviours - Supre-miss: components and instruments Management of Mental and Brain Disorders, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Geneva 2000. Disponible en URL: http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/SUPRE-MISS.pdf
30. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio en cárceles y prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 2007. En: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf
31. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Declaración Promoción de Salud. OPS/OMS. Canadá, 1986.
32. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. "Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe". Serie PALTEX, N° 41. Canadá.1999.
33. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf
34. Rioseco S.; Vicente P., Benjamín, Saldivia B., Sandra; Cova S., Félix, Melipillán A., Roberto; Rubi G., Patricia: "Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control", Revista Chilena de Neurología y Psiquiatría, 2009, Vol. 47 (3), pp. 190-200.
35. Roca, X; Guardia, J; Jarne, A. Las conductas autolesivas en el Ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte. Papeles del Psicólogo, 2012. Vol. 33(2), pp. 116-128. Barcelona. España. 2008
36. Ruiz, J; Gómez, I; Landazábal, M; Morales, S; Sánchez, V; Páez, D. Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. Revista Colombiana de Psicología, 2002, No. 11, 99-114
37. Ruiz, J; Rodríguez, L. Estado del arte en Psicología: aportes desde la psicología jurídica y clínica al contexto penitenciario. Psicología Jurídica Penitenciaria. 2008.

Disponible en: <http://extension.upbbga.edu.co/inpec2009/Estudiosprimeraparte/areasdisciplinarias/psicologia.pdf>

38. Snow, L., Paton, J., Oram, C. y Teers, R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *The British Journal of Forensic Practice*, 4(4): 317. 2002
39. Vicente, B; Saldivia, S; Rioseco, P; De La Barra, F; Valdivia, M; Melipillan, R; Zúñiga, M; Escobar, B, Pihan, R. "Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín", *Revista Médica de Chile*, N° 138 (8), agosto de 2010, pp. 965-973
40. Villagra Pincheira C. Hacia una política postpenitenciaria en Chile: desafíos para la reintegración de quienes salen de la cárcel *Debates Penitenciarios* N° 7. Área de Estudios Penitenciarios. Julio 2008. Centro de Estudios de Seguridad ciudadana. Universidad de Chile. En: http://www.cesc.uchile.cl/publicaciones/debates_penitenciarios_07.pdf
41. Villarroel, J; Jerez, S; Montenegro, A; Montes, C; Mirko Igor, M; Silva, H. Conductas auto lesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* vol.51 no.1 Santiago Mar. 2013 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000100006>
42. Zoltan, R. Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion*, in: *Psychiatry*, 20:17-22. 2007

12. ANEXOS

Anexo 1. Glosario

Suicidio. Según el informe OMS 2014, se entiende por suicidio el acto de matarse deliberadamente. El suicidio implica el acto de matarse a sí mismo.

No hay una explicación única de por qué se suicidan las personas. El suicidio es un fenómeno multicausal. La investigación ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas.

El suicidio impacta en el plano individual, familiar y social, a través de varias generaciones.

Intento de Autoeliminación. Es todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo. En el informe de la OMS 2014, se entiende por **intento de suicidio** “todo comportamiento suicida que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal”.

Se reconoce en este documento que es complejo incluir la lesión autoinfligida en la definición de “intento de suicidio”. Significa que este término abarca la lesión autoinfligida no mortal sin intención suicida, lo cual es problemático debido a las variaciones posibles de estas situaciones. Sin embargo, la intención suicida puede ser difícil de evaluar porque puede estar rodeada de ambivalencia o incluso encubrimiento.

Comportamiento suicida. Se define como una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho. La inclusión de la ideación entre los comportamientos suicidas es un problema complejo acerca del cual hay un diálogo académico significativo.

Sobreviviente de suicidio (SB). Se denomina así a los familiares de un suicida, o sea los que viven después de la muerte del otro, para algunos autores no se refiere solamente a los parientes sino también a los amigos y médicos tratantes, quienes pueden manifestar síntomas similares de duelo ante la pérdida de los familiares del occiso.

Anexo 2. Población privada de libertad. Uruguay. 2015.

Tabla 1. Población de adolescentes (INISA) según Centros. Enero 2015

Establecimiento relevado	N° PPL	Dependencia	Cobertura de salud
Centro Berro	269	INISA	INISA
Centro Burgues	19	INISA	INISA
Centro CEPRI LI	32	INISA	INISA
Centro Colibrí	28	INISA	INISA
Centro Cimarrones	16	INISA	INISA
Centro Paso a paso	32	INISA	INISA
Centro Desafío	29	INISA	INISA
Centro CIAF	30	INISA	INISA
CIEDD Centro de Ingreso, Estudio, Diagnóstico y Derivación	76	INISA	INISA

Tabla 2. Población de PPL adultas según sexo y centro penitenciario, por prestador a cargo de la cobertura de salud. Enero 2015

SERVICIOS DE SALUD DE CENTROS PENITENCIARIOS ATENDIDOS POR SAI- PPL/ASSE				SERVICIOS DE SALUD DE CENTROS PENITENCIARIOS ATENDIDOS POR DNSP			
CENTRO	N° de PPL			CENTRO	N° de PPL		
	mujeres	hombres	TOTAL		mujeres	hombres	TOTAL
Unidad N°3 Libertad	0	1.272	1.272	Unidad N° 2 Ch. Libertad	0	71	71
Unidad N° 4 Sgo. Vázquez	0	3.174	3.174	Unidad N° 7 Canelones	0	1.079	1.079
Unidad N° 5 Femenino	357	0	357	Unidad N° 10 J. Soler	0	115	115
Unidad N° 6 Punta Rieles	0	564	564	Unidad N° 13 Maldonado	22	535	557
Unidad N° 9 El Molino	26	0	26	Unidad N° 14 Colonia	8	129	137
Unidad N° 12 Rivera	24	422	446	Unidad N° 15 Cerro Largo	7	141	148
TOTAL	407	5.432	5.839	Unidad N° 16 Paysandú	18	253	271
	7%	93%	100%	Unidad N° 17 Lavalleja	15	155	170
				Unidad N° 18 Durazno	4	79	83
				Unidad N° 19 Rio Negro	9	98	107
				Unidad N° 20 Salto	32	259	291
				Unidad N° 22 Rocha	8	98	106
				Unidad N° 23 Treinta y Tres	6	76	82
				Unidad N° 24 Soriano	19	139	158
				TOTAL	148	3.227	3.375
Niños: 26 en el Molino 11 en el Femenino					4 %	96 %	100 %

9.214 PPL (94 % varones y 6% mujeres)

Anexo 3. Recursos humanos

RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCION DE POBLACION DE PPL. Uruguay, 2015

Recursos humanos asignados a la atención directa a las PPL adultas

TIPO DE RECURSO	ASSE	DNSP	Sub total
Médico general	54	55	109
Psiquiatra	2	1	3
Infectólogo	2	1	3
Pediatra	1	-	1
Ginecólogo	1	-	1
Odontólogo	9	3	12
Psicólogo	13	-	13
Operador Salud mental	8	-	8
Licenciada de Enfermería	4	2	6
Auxiliar de enfermería	72	97	169
Lic en Trabajo Social	-	-	-
Lic en Nutrición	-	1	1
Administrativos	6	4	10
Aux. de servicio	12	-	12
TOTAL	184	164	348

Recursos humanos asignados a la atención directa a las PPL adolescentes. Programa de Medidas Curativas – INISA. 2015

TIPO DE RECURSO	Cantidad	OBSERVACIONES
Médico general / médicos de familia	14	Guardia semanal en Berro, en el resto de servicios horario de policlínica variable, de 1 a 5 días semanales
Psiquiatra	8	Carga horaria variable según los centros. Desde 30 hs en CIEDD y Berro a 4 hs en Desafío y otros.
Infectólogo	-	
Pediatra	-	
Ginecólogo	-	
Odontólogo	9	En CIEDD , 7 en Berro cubriendo amplio horario, y 1 en Desafío y 1 en CIAF con 2 o 3 turnos semanales
Psicólogo	6	No en Berro. 3 en Ceprili, 1 en Cimarrones, Colibrí y Paso a Paso.
	3	Otros 3 son integrantes del equipo que trabaja en el tema adicciones y se trasladan de centro en centro.
Psicomotricista	1	Apoyo a niños en CIAF

Lic. de Enfermería	6	
Auxiliar de enfermería	36	En todos los servicios salvo en Cimarrones Guardia de 24 hs en Berro, resto 30 hs/sem
Lic en Trabajo Social	3	En Cimarrones, Ceprili y Paso a Paso.
Lic en Nutrición	4	Concurren a 8 de los 9 centros. En Berro, CIAF y Desafío 30 hs/sem, en el resto una vez x semana
Administrativos	12	Concurrencia alguna hora por semana
Aux. de servicio	-	Concurren auxiliares de servicio del centro penitenciario
TOTAL	108	

*A estas cifras hay que sumar los equipos centrales de gestión de dirección, proveeduría y transporte.

Fuente. Relevamiento Proyecto Justicia e Inclusión. OPS/OMS-OPP-CND-UE. 2015.

Anexo 4. El enfoque de derechos

El enfoque de derechos para el abordaje de la conducta suicida

Desde el MSP se adoptó como una de sus prioridades la incorporación de la perspectiva de derechos para orientar las acciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), para poder dar respuestas a las responsabilidades contraídas por el Estado uruguayo en la esfera internacional, y además cumplir con el contenido de la ley 18211 de creación del SNIS. En ella “se establece que la protección a la salud es un derecho de todos los habitantes residentes en el país” (Clavell, 2012 citado en IDISU² 2012:11).

A continuación se detallan textualmente algunos aspectos imprescindibles para el abordaje de la temática. La Guía: *Los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes en el área de salud* (IDISU, 2012) propone que:

*“El efectivo ejercicio de los derechos del niño en el ámbito de la salud requiere que **la interacción entre los profesionales de la salud, los padres o responsables y los niños se estructure de acuerdo con el nuevo paradigma jurídico**³, lo que exige la implementación de dispositivos que garanticen sus derechos de acceso a los servicios de atención, de recibir información, de expresar su voluntad y de que esta sea debidamente atendida en un marco de confidencialidad.” (IDISU, 2012:23).*

*Estos derechos tienen como **contrapartida los correlativos deberes de los profesionales de la salud**, quienes deben brindar a los niños y adolescentes una **atención de calidad que asegure el respeto de sus derechos**. A su vez, los servicios de salud deberán garantizarles el efectivo acceso a una atención de calidad mediante servicios adecuados que atiendan sus particularidades.” (IDISU, 2012:24).*

*La consagración en el ámbito normativo del nuevo paradigma respecto de la condición jurídica de las personas menores de edad trajo aparejado el reconocimiento de su **autonomía progresiva** para ejercer sus derechos, lo que importó una reformulación del estatuto que regula la relación de los niños y adolescentes con sus padres o responsables, quienes dejaron de ser las personas a las que el ordenamiento jurídico les atribuía la facultad de ejercer legítimamente los derechos de que eran titulares sus hijos, para pasar a ser las personas primariamente obligadas a orientar y guiar a su hijos en el ejercicio de sus derechos (IDISU, 2012:24).*

2. Iniciativa de los Derechos del Niño y Salud. Uruguay.

3. Los destacados en negritas son de los autores de la mencionada Guía.

*Con la aprobación de la CDN quedó claramente establecido, en el ámbito normativo, que **las facultades que se les atribuye a los padres y responsables están fundadas en el cumplimiento de la función de orientación y guía. Cuando dichas facultades son utilizadas con una finalidad diferente a la referida se configura un abuso de derecho, en tanto se hace un uso indebido de este (IDISU, 2012:24).***

Son estas las premisas a partir de las cuales se debe abordar la formulación de las orientaciones generales que han de guiar la praxis cotidiana de los operadores de la salud (IDISU, 2012:24).

Principios generales del derecho en el Uruguay.

A los efectos del presente Protocolo, es importante considerar 2 de los principios generales del derecho reconocidos por la normativa uruguaya, a saber:

***Principio del interés superior del niño:** Este principio conlleva una consideración primordial de los derechos del niño, en todas las acciones y decisiones de los adultos que afecten a los niños, niñas y adolescentes. Dicho de otro modo: entre el conjunto de intereses involucrados en una situación particular, debe primar el interés del niño, de manera tal que la resolución esté orientada a garantizarle el pleno ejercicio de sus derechos en el presente y en el futuro. Esta preeminencia se deriva de la necesidad de asegurar a los niños las condiciones que posibiliten el más pleno desarrollo de su personalidad desde su más temprana edad. La conculcación o vulneración de un derecho básico durante la infancia de un niño puede afectar el resto de su vida. En el ámbito de la salud, cobra especial importancia el mencionado principio en términos de oportunidad para el pleno desarrollo de sus capacidades.*

***Principio de la autonomía progresiva:** Este principio está inspirado en la nueva condición jurídica del niño y del adolescente, por tanto reconoce la calidad de sujeto de derecho, que significa que cada niño o adolescente tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo. Esto se traduce en la definición de una esfera de autonomía personal que se va ampliando a medida que el niño va creciendo, en tanto va desarrollando sus capacidades de discernir y determinarse por sí mismo. Esto significa que dicha esfera de autonomía resulta mucho más amplia en la adolescencia que en las primeras etapas de la niñez (IDISU, 2012: 29-31). Este reconocimiento de validez y eficacia de las manifestaciones de voluntad de las personas menores de edad importa también el respeto al derecho a la privacidad; derecho que es una de las más trascendentes manifestaciones del principio de la libertad personal.*

Hay que destacar que el principio de la autonomía progresiva y de la libertad personal, tienen su límite si hay riesgo de vida.

Decreto 274/010 Ministerio de Salud Pública, reglamentario de la ley 18335,

Artículo 31: Los adolescentes tienen derecho a que se guarde confidencialidad también respecto de sus familiares, incluyendo a sus padres, tutores u otros responsables, de los datos relativos a su salud que contenga su historia clínica, salvo que a juicio del profesional actuante o de la Dirección Técnica del servicio de salud exista riesgo grave para la salud del usuario, paciente o terceros.

(Guía Prevención, 2014)

Definición normativa de las categorías etarias de niño y adolescente

Para tener en cuenta:

“El CNA en su artículo primero define como «niño» a toda persona comprendida entre los 0 y los doce años de edad inclusive, y como «adolescente» a toda persona mayor de 13 y menor de 18 años de edad (Pág.48). Para la CDN es niño toda persona menor de 18 años.

“ (...) las instituciones deberán desarrollar una praxis respetuosa del ámbito creciente de autonomía personal que el ordenamiento jurídico les reconoce a las personas menores de edad conforme estas van creciendo, lo que deberá tenerse debidamente en cuenta en el momento de analizar cada una de las situaciones que se presenten...

(...) “El único criterio que puede servir de parámetro objetivo para la determinación del grado de madurez que resulta aceptable en términos axiológicos racionales es el etario. (...) Es el único criterio objetivo que tiende a prevenir las intervenciones discrecionales que lesionan el principio de igualdad de las personas. Establecer que a partir de determinada edad y respecto de ciertos asuntos la opinión de los adolescentes tenga carácter vinculante* no significa que se desconozca la condición de sujetos de derecho de los niños, ni que estos sean considerados incapaces de expresar su voluntad y deseos; su opinión deberá ser ponderada en el marco de la situación planteada” (Pág: 49).

(Guía Prevención, 2014)

* Vinculante: plenamente eficaz en términos jurídicos y, por ende, determinante para la resolución de la situación.

Anexo 5. Patología mental en adolescentes privados de libertad

El siguiente cuadro resume los hallazgos de estudios sobre frecuencia problemas de salud mental en población adolescentes privada de libertad.

Autor/es	Patologías más frecuentes
Fazel, 2008	Desórdenes psicóticos (3,7%), desórdenes depresivos mayores (entre un 11% y un 29%); déficit atencional con hiperactividad (entre un décimo de hombres y un quinto de mujeres)
Teplin et al, 2002	Trastornos asociados al abuso de sustancias (50%), trastornos disruptivos de comportamiento (40%), trastornos afectivos (especialmente en mujeres) (20% a 25%)
Shufelt y Coccozza,2006	Trastornos disruptivos (46,5%), consumo de sustancias (46,2%), desordenes ansiosos (34,4%) y trastornos de ánimo (18,3%).
Roberts et al 1998 (Comité de la Adolescencia de la American Academy of Pediatrics)	85% de la población reclusa presenta serios problemas asociados al uso y abuso de drogas (contrastada con un 40% de prevalencia en la población adolescente en general), 74% de la población recluida hace uso de alcohol (frente al 56% que presenta la población en general).
Desai et al.,2006	Desórdenes asociados a abuso de sustancias (47% al 50%); comportamientos disruptivos (28% al 41%), desórdenes ansiosos (21% a 31%), desórdenes afectivos (19% - 28%) y stress post traumático (asociado a la prisionización) (11% al 14%).
Robertson et al., 2001	Trastornos de conducta (43% en hombres y 32% en mujeres), patologías disruptivas (39%) y trastornos asociados al abuso de sustancias (20% a 32%), síndrome depresivo (22%), trastornos de ansiedad (19%), déficit atencional con hiperactividad (10%) y, finalmente, los desórdenes psicóticos (1% a 2%).
Gunn et. Al Inglaterra y Gales, 1991	2% de prevalencia en psicosis, 6% en neurosis, 10% en desordenes de personalidad, y 23% en desórdenes asociados a abuso de sustancias que presentan la mayor cifra porcentual.
<i>Centro de Salud Mental,</i>	Los trastornos de personalidad alcanzan a un 66%, dependencia de drogas y trastornos depresivos y ansiosos presentan 45% de prevalencia; dependencia del alcohol (30%), psicosis en un 8% de casos.
Sawyer et al Australia, 2010	24,5% presenta sintomatología asociada a comportamientos agresivos. Le siguen los problemas asociados a déficit atencional (24,1%) y los trastornos depresivos o ansiosos, (19,5%).

- Fazel, Seena; Doll, Helen; Långstro, Niklas, "Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities: A Systematic Review and Meta-regression Analysis of 25 Surveys", *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, Vol. 47, No 9, septiembre, 2008, p. 1012.
- Teplin , Linda A.; Abram, Karen M.; McClelland, Gary M.; Dulcan, Mina K.; Mericle, Amy A., "Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention", *Archives of General Psychiatry*, Vol. 59, diciembre 2002,
- Shufelt, Jennie; Coccozza, Joseph, "Youth with mental health disorders in the Juvenile Justice System: results from a Multi-State Prevalence study", *Research and Program Brief del National Center for Mental Health and Juvenile Justice*, 2006, p. 1. En: <http://www.ncmhjj.com/pdfs/publications/PrevalenceRPB.pdf> [visitado el 9/03/2013].
- Roberts RE, Attkisson Ce, Rosenblatt A., "Prevalence of psychopathology among children and adolescents". *Am J Psychiatry*, 1998
- Desai RA1, Goulet JL, et al Mental health care in juvenile detention facilities: a review. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34(2):204-14.
- Robertson, Angela; Husain, Jonelle: "Prevalence of mental illness and substance among incarcerated juvenile offenders", *Social Science Research Center de la Universidad estatal de Mississippi*, 2001, p. 3
- Gunn , John; Maden , Anthony; Swinton , Mark ("Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders", *British Medical Journal*, Vol. 303, agosto 1991
- Sawyer, Michael G.; Guidolin , Matthew; Schulz, Karen L.; Mccinnes, Bernie; Zubrick, Stephen; Bachurst, Peter A., "The Mental Health and Wellbeing of Adolescents on Remand in Australia", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 44, 2010, p. 55
- Revista Ius et Praxis, Año 19, N° 1 2013, pp. 329 - 362

Anexo 6. Valoración de ideación suicida o IAE.

Valoración de la ideación suicida	
Características de los pensamientos/deseos de suicidio	Duración: Breve, prolongada, continua
	Frecuencia: Rara, ocasional, intermitente, continua
	Actitud hacia los pensamientos/deseos: rechazo, ambivalencia, aceptación
	Control: sobre la acción/deseo de suicidio.
	Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar): existencia de razones o ninguna
	Razones para pensar/desear el intento suicida: llamada atención, venganza, escapar, acabar, salir de problemas
Características del intento	Método
	Especificidad/oportunidad de pensar el intento: “sin considerar”, a “considerado con detalles” . Disponibilidad/ oportunidad de pensar el intento: “no disponible”, a “disponibilidad y oportunidad”
	Sensación de “capacidad”: “falta de valor”, a “seguro”
	Expectativa/anticipación de un intento real
Actualización del intento	Preparación real: “ninguna” a “completa”
	Nota Suicida: “ninguna” a “realizada”
	Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos). “Ninguno” a “realizado”
	Intento de suicidio anteriores: No/ SI
	Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida No/ SI

(Beck, 2000)

Cómo valorar el Intento de Suicidio o Autoeliminación (IAE)

Peligrosidad del método
¿Creía el paciente que iba a funcionar?
¿Se sintió aliviado al ser salvado o fallar?
¿Intentaba transmitir un mensaje o quería morir?
¿Fue impulsivo o planeado?

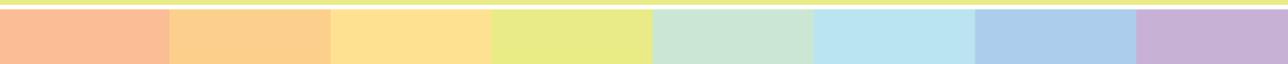
¿Han cambiado las circunstancias?
Evaluar factores sociodemográficos que implican riesgo: edad avanzada, no casado, varón, viviendo solo
Comprobar síndromes clínicos y síntomas específicos (alucinaciones, desesperanza)
Antecedentes familiares
Antecedentes de intentos previos
Respuestas a tratamientos y cómo se han resuelto intentos previo

(Vázquez Barquero, 2000)

Anexo 7. Mitos desmentidos por la ciencia.

Mito y significado	Criterio científico
<p>El que se quiere matar no lo dice. Conduce a no prestar atención a las personas con riesgo y sus comportamientos.</p>	De cada 10 personas que se suicidan 9 manifestaron claramente sus intenciones.
<p>El que lo dice no lo hace. Minimiza las amenazas suicidas y se las confunde con chantaje, manipulación, alarde, etc.</p>	Todo el que se suicida expresó lo que le pasaba de diferentes formas (palabras, amenazas, gestos o cambios de comportamiento)
<p>Los que realizan un IAE no desean morir, solo hacen alarde. Favorece a tomar una actitud de rechazo hacia quienes realizan el acto y dificulta el ayudar y ser empático con el otro.</p>	Aunque no todos los que realizan un IAE desean morir es un error subestimarlos ya que les han fallado los mecanismos adaptativos sin encontrar otras alternativas posibles.
<p>Si se hubiera querido matar lo hubiera hecho. Refleja el rechazo que generan estas personas en los otros.</p>	Todo posible suicida pasa por momentos de ambivalencia (deseos de morir y vivir). El método no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza.
<p>Quien se repone de una crisis suicida no corre peligro de recaer. Induce a disminuir las medidas de observación estricta de la evolución sistematizada del riesgo.</p>	Casi la mitad de los que pasaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo realizaron luego de los 3 primeros meses después de la crisis emocional.
<p>Todo el que intenta suicidarse estará en peligro siempre. Forma de justificar, en algunos casos, sobreprotección y estigma o rechazo por temor a la repetición.</p>	Entre el 1 y 2% de los que intentan suicidarse lo logran durante el 1er. año luego del último IAE. Entre el 10 y 20% lo consumarán a lo largo de su vida. La crisis suicida dura HORAS; DÍAS , raramente semanas.
<p>Todo el que se suicida está deprimido. El suicidio y la depresión NO son SINÓNIMOS.</p>	A pesar que toda persona deprimida puede realizar un IAE, no todos los que lo realizan sufren depresión.
<p>Todo el que se suicida es un enfermo mental. El suicidio y la enfermedad mental NO son SINÓNIMOS.</p>	Las personas con problemas psiquiátricos se suicidan con más frecuencia que la población general. No hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Todo suicida SUFRE .
<p>El suicidio es hereditario. Lleva a pensar que lo que se hereda es imposible modificarlo.</p>	No está demostrado que sea hereditario. Lo heredado es la predisposición a sufrir determinada enfermedad mental en la que el suicidio es un síntoma principal, por ejemplo: esquizofrenia.
<p>El suicidio no puede prevenirse porque se hace por impulso. Limita las acciones preventivas e incentiva la inercia terapéutica.</p>	Toda persona antes de intentar suicidarse evidencia síntomas que se definen como SÍNDROME PRE-SUICIDAL lo que se puede detectar y evitar el acto.
<p>Hablar de suicidio incita a que se cometa o imite. Infunde temor para abordar la temática en quienes están en riesgo de hacerlo.</p>	Hablar sobre suicidio reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca la persona para la evaluación de sus propósitos.

Mito y significado	Criterio científico
<p>Acercarse a una persona en crisis suicida sin la preparación para ello es perjudicial. Limita la participación de voluntarios en la prevención.</p>	<p>El sentido común hace que otros puedan asumir una postura empática y escucha atenta, con reales deseos de ayudar a encontrar soluciones favoreciendo la prevención.</p>
<p>Solo los psiquiatras y psicólogos pueden prevenir el suicidio. Limita la participación de otros actores en la prevención.</p>	<p>Los psiquiatras y psicólogos son profesionales entrenados y experimentados en la detección del riesgo suicida y su manejo pero no son los únicos que pueden prevenirlo.</p>
<p>El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona. Limita las investigaciones y el abordaje preventivo.</p>	<p>El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otra causa de muerte, sin sensacionalismos y manejos que provoquen la imitación de la conducta.</p>
<p>El que intenta suicidarse es: a. cobarde. Forma de evitación del suicidio a través de equiparlo con una cualidad negativa de la personalidad. b. valiente. Forma de equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad. Ambas entorpecen la prevención.</p>	<p>La valentía o cobardía son atributos de la personalidad que no se miden por la cantidad de veces que una persona intenta quitarse la vida. Eso no hace que la persona sea más o menos respetada.</p>
<p>Solo las personas de condición socioeconómica más pobre se suicidan o las de condiciones más favorecidas.</p>	<p>El suicidio es una causa de muerte que se observa en todas las clases sociales. Los más pobres son más vulnerables o se encuentran más expuestos a FR.</p>
<p>Solo las personas mayores se suicidan. Evade al suicidio como causa de muerte en niños y adolescentes.</p>	<p>Los adolescentes y personas de tercera edad son las poblaciones de mayor riesgo.</p>
<p>Los niños no se suicidan. Negación de una realidad que cobra relevancia a nivel mundial.</p>	<p>Luego que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y algunos toman estas decisiones a edades cada vez más tempranas.</p>
<p>Cuando una depresión grave mejora no hay riesgo de suicidio. Forma de desconocer que el componente “motor” (conducta) mejora antes que el “ideático” (ideas).</p>	<p>Casi la mitad de las personas que atravesaron una crisis suicida y consumaron el suicidio lo hicieron durante los 3 primeros meses luego de la crisis emocional cuando todos creían que había pasado el peligro.</p>
<p>Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. Tendencia a mantener la emisión de noticias sensacionalistas con el objetivo de vender, sin considerar las consecuencias del mensaje emitido.</p>	<p>Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si la noticia es correctamente enfocada y dada de forma responsable, cautelosa y con una base científica que la respalde. Cuando se aborda el tema: a. divulgar signos de alarma, b. grupos de riesgo, c. medidas sencillas de QUÉ hacer y qué NO hacer d. fuentes de salud mental a las que se puede acudir (Instituciones, organizaciones y/o diferentes recursos comunitarios existentes) para recibir ayuda.</p>



"La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica."

**Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento
de los Reclusos (Reglas Mandela). Regla 24.1.
Naciones Unidas. Mayo 2015**