

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL****RAE**

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar al título de especialista en intervención psicológica en situaciones de crisis.
2. **TITULO:** Diseño de un Protocolo de Atención Psicológica para Lesiones Autoinfligidas Intencionales en personas privadas de la libertad (PPL) en los establecimientos de reclusión del INPEC.
3. **AUTORES:** Ligia Becerra Pineda, Elisa Patricia Guerra Pulido y Sandra Katherine Hernández Palacios.
4. **LUGAR:** Bogotá, D.C.
5. **FECHA:** 25 de Enero del 2018
6. **PALABRAS CLAVE:** Lesiones autoinfligidas intencionales, Protocolo, Intervención psicológica, Prevención, Personas privadas de la libertad.
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El objetivo del presente estudio fue diseñar un protocolo de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad (PPL) de los establecimientos de reclusión del INPEC, el cual se enmarca en un enfoque cuantitativo de corte instrumental; para lo cual fue necesario establecer los componentes operativos del protocolo basado los pasos formulados por el *National Institute Clinical Excellence* (NICE), tales como ruta, población diana, personal que interviene, entre otros. Así mismo realizar la prueba piloto en el Complejo Carcelario y Penitenciario Metropolitano de Bogotá COMEB. Está diseñado para brindar respuesta inmediata ante conductas como ideación suicida, tentativa de suicidio, cutting o cortes con elementos cortantes o romos. Se espera aplicarlo en los Centros de Reclusión del INPEC y que contribuya a la prevención de las lesiones autoinfligidas intencionales en PPL.
8. **LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Medición y evaluación en psicología clínica.
9. **METODOLOGÍA:** Estudio cuantitativo de tipo instrumental.
10. **CONCLUSIONES:** Se realizó una revisión bibliográfica sobre lesiones autoinfligidas intencionales y conducta suicida, así como de diferentes metodologías para la elaboración de guías clínicas y protocolos de intervención para estas conductas en el contexto de la salud pública nacional e internacional; finalizando con el diseño de un protocolo de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad (PPL) de los establecimientos de reclusión del INPEC, siguiendo la metodología NICE. Se activó el piloto de aplicación del protocolo diseñado en un establecimiento de reclusión para observar su operatividad y ajustarlo en la práctica como un paso a paso a seguir por parte de los funcionarios del INPEC encargados de brindar la atención cuando se presentan estas conductas, el cual se puede observar en el flujograma.

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL****Diseño de un Protocolo de Atención Psicológica para Lesiones Autoinfligidas  
Intencionales en personas privadas de la libertad (PPL) en los establecimientos de  
reclusión del INPEC**

Jorge Oswaldo González Ortiz, Ph D

Director del trabajo de grado

Ligia Becerra Pineda\*

Elisa Patricia Guerra Pulido\*\*

Sandra Katherine Hernández Palacios\*\*

Estudiante de II semestre de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de San  
Buenaventura, sede Bogotá

\*\*Estudiantes de II semestre de la Especialización en Intervención Psicológica en  
Situaciones de Crisis de la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá

Bogotá, D.C., 01 de diciembre del 2017

## **Tabla de contenido**

Portada, 1
Tabla de Contenido, 2
Resumen, 3
Introducción, 4
Problema, 31
Objetivos, 31
Método, 32
Tipo de estudio, 32
Población, 32
Instrumentos, 32
Procedimiento, 33
Consideraciones éticas, 33
Referencias, 37
Apéndices, 41

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL****Resumen**

El objetivo del presente estudio fue diseñar un protocolo de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad (PPL) de los establecimientos de reclusión del INPEC, el cual se enmarca en un enfoque cuantitativo de corte instrumental; para lo cual fue necesario establecer los componentes operativos del protocolo basado los pasos formulados por el *National Institute Clinical Excellence* (NICE), tales como ruta, población diana, personal que interviene, entre otros. Así mismo realizar la prueba piloto en el Complejo Carcelario y Penitenciario Metropolitano de Bogotá COMEB. Está diseñado para brindar respuesta inmediata ante conductas como ideación suicida, tentativa de suicidio, cutting o cortes con elementos cortantes o romos. Se espera aplicarlo en los Centros de Reclusión del INPEC y que contribuya a la prevención de las lesiones autoinfligidas intencionales en PPL.

*Palabras clave:* Lesiones autoinfligidas intencionales, Protocolo, Intervención psicológica, Prevención, Personas privadas de la libertad.

**Abstract**

The aim of this study was to design a model protocol for psychological assistance for deliberate self-harm among persons deprived of liberty (PDL) in the prisons of the National Penitentiary and Prison Institute of Colombia (known as INPEC, from its Spanish initials). Since this model protocol was based on a quantitative research method that uses different research instruments, its components were established under the guidelines drawn up by the *National Institute Clinical Excellence* (NICE). This guidelines include elements such as care pathway, target population and staff involved, among others. The study also aims to conduct a pilot test in the Complejo Carcelario y Penitenciario Metropolitano de Bogotá (COMEB). It is designed to provide immediate response to certain behaviors, such as suicidal ideation, attempted suicide and *cutting* or cuts caused by sharp or blunt objects. It is expected to be applied in the prisons of the INPEC and to contribute to the prevention of deliberate self-harm among PDL.

*Key words:* Deliberate self-harm, Protocol, Psychological intervention, Prevention, Persons deprived of liberty (PDL).

**Diseño de un Protocolo de Atención Psicológica para Lesiones Autoinfligidas  
Intencionales en personas privadas de la libertad (PPL) en los establecimientos de  
reclusión del INPEC**

La conducta de lesiones autoinfligidas intencionales es un tema de interés para la salud pública y teniendo en cuenta que las personas privadas de la libertad -PPL- del sistema penitenciario y carcelario hacen parte de una de las poblaciones de mayor riesgo en este tema; se considera necesario establecer una ruta de atención psicológica que oriente las acciones que se deben tomar para detectar el riesgo y prevenir un desenlace fatal con el propósito de preservar la vida y tomar medidas de protección que contengan estas situaciones generando una aportación directa al bienestar y la salud mental de la población privada de la libertad en Colombia.

La presente investigación se propone diseñar y validar un protocolo de atención psicológica para la conducta de lesiones autoinfligidas intencionales, dirigido a personas privadas de la libertad en los establecimientos de reclusión del INPEC. Para lograr este objetivo el lector encontrará una revisión teórica y legal sobre el tema.

El diseño del instrumento se lleva a cabo por el interés de la Universidad de San Buenaventura sede Bogotá, en el marco del Convenio No 036 de 2010 con el INPEC, de seguir aportando desde la academia el conocimiento llevado a la práctica que redunde en una atención con calidad a las personas privadas de la libertad con reporte de conducta autolesiva y su inclusión en el programa de preservación de la vida. En el ámbito de la salud mental aporta elementos para el diseño de otras investigaciones frente a la conducta

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

mencionada, especialmente en el contexto penitenciario y carcelario, cuyos resultados serán publicados previa revisión del INPEC y con el consenso de las partes.

En el marco de la teoría de la investigación, la pregunta ¿cuáles son las características psicométricas de un protocolo de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad en los establecimientos de reclusión del INPEC, es el derrotero a seguir para el desarrollo del trabajo de investigación, el cual se realizará a partir de un estudio cuantitativo de tipo instrumental con la participación de jueces expertos y personas privadas de la libertad, servidores públicos del INPEC utilizando como instrumentos protocolo de atención, ficha para validación de jueces y aplicación de la prueba piloto.

El desarrollo temático se presenta a partir de cada uno de los objetivos específicos planteados para dar solución al problema, establecer los componentes operativos del protocolo de atención psicológica para la conducta de lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad en los establecimientos de reclusión del INPEC en Colombia en 2017, (ruta, población diana, personal que interviene, etc.); realizar la validación de contenido y constructo del protocolo de atención y aplicar la prueba piloto con la población diana.

El trabajo contiene un esbozo general de las consideraciones éticas a partir de la Constitución Política, el código deontológico, ley 1616 por la cual se expide la política nacional de salud mental de 2013; algunas sentencias de la Corte Constitucional Colombiana, ley 1164 de 2007, sobre talento humano de salud; ley 1564 de 2012, expide el Código General del Proceso; ley 906 del 2004 por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal; ley 1437 de 2011, por la cual se expide el Código de Procedimiento

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

Administrativo y de lo Contencioso Administrativo; ley 1090, reglamenta el ejercicio de la profesión de psicólogo y resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, reglamenta la investigación en áreas de la salud.

El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC, es un establecimiento público, adscrito al Ministerio de Justicia y del Derecho con autonomía administrativa y financiera, con personería jurídica; su misión es la de contribuir a la resocialización de las personas privadas de la libertad mediante el desarrollo de programas de atención social y tratamiento penitenciario; la prevención de la conducta de lesiones autoinfligidas intencionales hace parte de las acciones de atención social.

De acuerdo a las cifras reportadas por el Centro Estratégico de Información Penitenciaria – CEDIP del INPEC, entre los años 2011 y 2013 se presentaron más de 60 casos de suicidio. El número de suicidios se incrementó de 15 en el 2014 a 22, en el año 2015, hubo un aumento del 47% (CEDIP, 2016); se puede considerar el suicidio un problema de salud mental que recobra importancia dentro de los establecimientos carcelarios, siendo una población de alto riesgo frente a esta situación, tanto por el hecho del encierro en sí, como la influencia de otros factores como trastornos psicológicos previos, desesperanza, consumo de sustancias psicoactivas, acoso y abuso sexual, entre otros (Bedoya, Martínez, Humet, Leal & Lleopart, 2009; Fajardo, 2016; Negredo, Mellis & Herrero, 2010).

El reporte de conductas autolesivas intencionales no letales, no hace parte de la estadística nacional recopilada del Instituto; no obstante, en cada establecimiento de reclusión cada vez que se genera un caso se brinda la atención y se hace el informe o reporte a la Dirección del establecimiento.

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

Se requiere diseñar un protocolo como estrategia de intervención, basada en la evidencia y que desde los principios de la efectividad genere un mejor resultado sobre la problemática de las lesiones autoinfligidas intencionales que se presentan en los establecimientos de reclusión del INPEC (ver apéndice A).

Para comprender el fenómeno de las lesiones autoinfligidas intencionales se requiere evidenciar la revisión de definiciones y conceptos relacionados como cutting, conducta suicida, ideación, autolesión con ideación y tentativa de suicidio; entendiendo que la intención es aportar a la prevención de la conducta en el contexto ya mencionado, en el marco de la salud pública mental y en el área de la psicología clínica.

El estudio implica describir herramientas para la prevención primaria, secundaria y terciaria y proyectar su articulación con el programa de preservación de la vida cuyo propósito es contribuir a predecir, detectar y reducir casos con un desenlace fatal por medio de la identificación y prevención de factores de riesgo, promoción y fortalecimiento de factores de protección y el acompañamiento psicológico a las personas privadas de la libertad (Rocamora, 2013; Acero, 2015).

Se plantea el abordaje de estrategias para la intervención de lesiones autoinfligidas intencionales, como primeros auxilios emocionales, apoyo espiritual e intervención psicológica en crisis de primera y segunda instancia. Se pretende reducir la prevalencia de la conducta objeto de estudio contribuyendo a una atención oportuna y con calidad. A continuación, se evidencia la revisión conceptual.

La definición de autolesiones de Walsh (como se citó en Acero, 2015) dice que son lesiones auto – realizadas, de baja letalidad o poco daño corporal intencional de carácter socialmente inaceptable, llevadas a cabo para reducir angustia psicológica que se

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

constituyen en heridas hechas deliberadamente, como un intento de expresar sentimientos intolerables y encontrar un alivio inmediato, este acto claramente no es para cometer suicidio y se encuentra motivado psicológicamente. Es un comportamiento difícil y perturbador que pretende comunicar un dolor personal y autodestructivo, es una forma de violencia sobre el propio cuerpo, convirtiéndose en una declaración enfática de que el grado de estrés psicológico experimentados por el individuo ha alterado su capacidad individual para manejar y aliviar su dolor que da cuenta de un sentimiento de impotencia.

De acuerdo a lo propuesto por Conterio y Lader (como se citó en Acero, 2015) es “un lenguaje específico de dolor que comunica el sufrimiento del pasado y del trauma actual, que se expresa en voz alta mediante la repetición de lesiones infligidas en el propio cuerpo que representan las lesiones ocasionadas por la situación traumática original. “Mi cuerpo representa como me siento”.

En un estudio realizado por Favazza y Conterio (como se citó en Acero, 2015), las formas más comunes de autolesionarse son: cutting 72%, tallado corporal, quemaduras 35%, autogolpearse 30%, quitarse las costras 22%, tirar o halar el cabello 10%, morderse, descamarse capas de la piel, ingerir objetos cortantes; siendo el cutting el método más usado en la actualidad

Algunas de las consecuencias inmediatas de la conducta de autolesionarse son: el sentirse vivo, en funcionamiento dispuesto a actuar, aclara la mente, ayuda a concentrarse, a liberar endorfinas, reducir tensiones, aliviar estrés y emociones, a producir calma, relajarse e inducir sueño. Dentro de las consecuencias tardías se encuentran: sentimientos de culpa, vergüenza, estigma, sentimientos de aislamiento y abandono (Acero, 2015).

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

Respecto a las manifestaciones de las autolesiones, se observan las muñecas y los brazos como zonas más comunes para hacerse cortes, estudios revelan que las piernas, abdomen, cabeza, el pecho, los genitales son otras áreas comunes de corte. Las personas que se autolesionan informan que una vez que se cortan, experimentan poco o ningún dolor en comparación con su sufrimiento emocional. Los instrumentos utilizados varían entre tijeras, cuchillas de afeitar, cuchillos, escalpelos (bisturí), fragmentos de vidrio, pedazos de metal (Acero, 2015).

La emocionalidad negativa, es posiblemente la principal razón para autolesionarse, esta conducta puede aliviar temporalmente el estrés emocional; otras características que pueden observarse son el déficit en habilidades emocionales, mostrando dificultad en expresar emociones, periodos de disociación donde la experiencia de la emoción es alterada, a veces describen no tener emociones, ni tener conciencia de sus emociones; y la autocrítica, siendo personas que tienen experiencias intensas de ira, presentan tendencia al autocastigo y a la ira autodirigida encontrando motivaciones para las autoagresiones, son personas con alta emocionalidad (Acero, 2015).

La conducta de autolesionarse tiene funciones como la regulación de la emoción, el autocastigo, el comunicar el dolor, asegurar y afirmar el sentido de sí mismo, tratar de ejercer influencia sobre otros, estrategias de auto disociación, estrategias auto suicidas.

En el marco de las lesiones autoinfligidas intencionales encontramos la conducta suicida. Suicidio, vocablo que viene de dos raíces latinas: “sui” y “caedo”, matar a sí mismo, la investigación sugiere que las conductas suicidas están basadas en diferentes formas de intento y los actos instrumentales relacionados con el suicidio se asocian con dificultad para regular las emociones o intentar ganar la atención a través de estas

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

conductas (Robles, Acinas & Pérez-Iñigo, 2013; Larrotta, Luzardo, Vargas, & Rangel, 2014), de esta manera quizá cada caso sea único pues responde a un requerimiento emocional desatendido.

Para comprender la problemática de la conducta suicida se plantean algunos conceptos; es toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte, que pueden o no cristalizar en un acto autodestructivo (Rocamora, 2013). Baechler (como se citó en Martínez, 2007) sustenta que el suicidio es toda conducta que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de atentar contra la vida del sujeto. En un sentido amplio, Giner (como se citó en Rocamora, 2013) plantea la vivencia suicida como una conducta con matices muy diversos “de interés psicosociológico”, que sin producir la muerte puede marcar el posterior desarrollo de la existencia de la persona.

Así mismo, Durkheim (como se citó en Martínez, 2007) llama suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado. Stengel (como se citó en Martínez, 2007), plantea que suicidio significa el acto fatal o intento de suicidio no fatal de auto-perjuicio, llevada a cabo con consciente intento autodestructivo, no obstante vago y ambiguo.

Robles, Acinas y Pérez-Iñigo (2013) plantea una progresión relacionada con la conducta suicida, la cual atraviesa por tres fases bien definidas: (a) planteamiento e ideación suicida pura, cuando la persona se plantea la posibilidad de quitarse la vida al no encontrar salida a un problema; (b) ideación suicida ambivalente, la persona se plantea las consecuencias de suicidarse, reacción en corto circuito, si lo hace o no lo hace; (c) decisión firme de suicidarse, la persona ha decidido el suicidio, puede decirse que está más

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

tranquila, la intervención psicológica es más difícil. La vía a la consumación del suicidio puede interrumpirse por convicciones morales, encontrar soluciones a los problemas, el mecanismo para lograrlo falla, otra persona lo rescata; la tentativa de suicidio siempre es factor de riesgo para suicidio; la persona con intencionalidad clara de suicidio puede cambiar conductas habituales como presentación personal, aislamiento, trastorno de sueño y apetito, entre otras.

La Organización Mundial de la salud (OMS) en 1976 define el suicidio como “todo acto por el que un individuo se causa así mismo una lesión, o un daño con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”.

El suicidio es una de las causas de muerte con mayor frecuencia en las prisiones, por ende es un problema de salud pública y por esa razón las autoridades penitenciarias deben protección, atención y acciones de prevención para las personas privadas de la libertad (OMS, 2007). Los factores de riesgo pueden ser de orden sociocultural, condiciones psiquiátricas, biología, genética y estrés social; “los reclusos son un grupo de alto riesgo” y una combinación de factores individuales y ambientales puede ser la causa de que las tasas de suicidio sean más altas en los escenarios penitenciarios: como personas socialmente privadas de sus derechos y personas con problemas de uso de sustancias psicoactivas; el impacto psicológico del arresto y el encarcelamiento, los síntomas de abstinencia de los drogadictos, una larga sentencia de prisión esperada o el estrés diario relacionado con la vida en prisión; la falta de procedimientos para el manejo de reclusos con conducta suicida, no hay seguimiento adecuado de los niveles de aflicción de estas personas, pocas probabilidades de detectar un riesgo agudo; el personal de atención médica y de salud

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

mental de los centros penitenciarios que trabajan en exceso o no tienen el entrenamiento apropiado, pueden pasar por alto las señales de alerta temprana de un riesgo de suicidio; los centros penitenciarios pueden estar aislados de los programas de salud mental comunitarios de modo que tienen muy poco o ningún acceso a los profesionales o tratamientos de salud mental (OMS, 2007; Larrotta et al., 2014; OPS, 2016).

Existen otros factores de tipo situacional y psicosocial, los suicidios tienden a ocurrir por ahorcamiento, cuando las víctimas se mantienen aisladas o en celdas segregadas y durante el tiempo en que hay menos personal, en las noches o fines de semana, segregación del recluso u otras asignaciones similares de alojamiento especializadas a las que no es capaz de hacer frente (solo en una celda, por periodos prolongados), especialmente aislamiento cuando son jóvenes, falta de apoyo social y familiar, conducta suicida previa, especialmente en el último año o dos últimos años, historia de enfermedad psiquiátrica y problemas emocionales, problemas por intimidación o recientes conflictos entre un recluso y otro y/o infracciones disciplinarias o información adversa, expresión de sentimientos de desesperanza, limitación de sus perspectivas futuras y una pérdida de opciones para hacer frente a las adversidades (OMS, 2007; OPS, 2016).

A continuación se esbozan algunas estrategias de intervención en primera y segunda instancia dada la connotación emocional que la conducta genera; una de ellas es la intervención en crisis como componente de prevención, no sin antes definir la crisis como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo” (Slaikeu, 2000). El objetivo de la atención en crisis es

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

ofrecer estrategias para que disminuya la sintomatología que produce malestar psicológico o físico, reforzando sus fortalezas personales para recuperar la sensación de competencia.

El programa de preservación de la vida planteado por el INPEC en los lineamientos de la Subdirección de Atención Psicosocial, es otra estrategia para la prevención de la conducta suicida cuyo objetivo es predecir, detectar y reducir casos de autolesiones, tentativas de suicidio y suicidios por medio de la identificación y prevención de factores de riesgo, la promoción y el fortalecimiento de los factores de protección y acompañamiento terapéutico en la población privada de la libertad; hace parte de los procesos mentales para la adaptación al contexto de reclusión.

La OMS (2007) en el documento prevención del suicidio en cárceles y prisiones define unos componentes claves para el diseño de programas de prevención del suicidio como capacitación, evaluación inicial, observación posterior después de la admisión, manejo después de la evaluación, monitoreo, comunicación, intervención social, ambiente físico y arquitectura, tratamiento de salud mental, abordaje de intentos manipulativos, abordaje si hay intento suicida o si se consuma el hecho.

La intervención psicológica en conducta suicida para grupos específicos, en este caso personas privadas de la libertad en establecimientos de reclusión, requiere considerar características muy específicas generalmente no conocidas por quienes son ajenos a este grupo poblacional; es imprescindible poder conocer sus costumbres e ideas, es un grupo con algunos factores de riesgo distintos a lo “esperado” como el encierro, el tener acceso a armas o el tener acceso limitado a tratamiento médico y psicológico, distanciamiento familiar y social, implica que lo que puede ser adecuado para A no lo será necesariamente para B, (Valdivia, 2014). Identificar los posibles factores de riesgo antes de iniciar la

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

intervención y determinar el nivel de riesgo el cual puede ser bajo, moderado o alto y de acuerdo a cada nivel establecer su posible intervención.

Slaikeu (2000) refiere un modelo de intervención en crisis que se soporta en la bibliografía clínica, toma como base algunos principios como: (a) la atención con oportunidad, el tiempo es limitado en situaciones de crisis, la experiencia de crisis es un periodo de alto riesgo para el paciente y su familia, la ayuda que se preste ha de ser disponible, inmediata y de fácil acceso; (b) la principal meta de una intervención en crisis es ofrecer ayuda a la persona, para que recupere la funcionalidad que tenía antes del suceso que precipitó la crisis; siendo para el paciente de gran beneficio la oportunidad de la experiencia de crisis, para resolver conflictos personales no resueltos y reorganizar la vida después de haberse derrumbado; (c) la valoración de las fortalezas y las debilidades de cada uno de los sistemas (familia, trabajo, vecindario, comunidad) implicados en la crisis, conocer lo que está mal en la persona, lo que es funcional en el momento, las fuerzas y recursos sociales que en un momento dado le sirven para apoyarse en la aflicción de la crisis; determinar las variables precipitantes y mantenedoras de la crisis y aquellas que contribuyen a salir de ella; (d) el comportamiento del asistente en crisis es más activo y más directivo que en situaciones fuera de crisis; para fijar con precisión las necesidades inmediatas, movilizar recursos de ayuda y dar un consejo acerca de una ayuda básica e inmediata.

La intervención en crisis contempla la intervención de primera instancia o primeros auxilios psicológicos, se refiere a aquellas intervenciones cortas y que las puede realizar cualquier agente comunitario, con el objetivo principal de ayudar a la persona a dar pasos para restablecer el enfrentamiento inmediato con la crisis; incluye el control de los

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución de problemas (Lazarus, 2000). El propósito del Consejero o terapeuta se resume en proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y proporcionar enlace con fuentes de asistencia.

Slaikeu (2000) identifica cinco principales componentes de los primeros auxilios psicológicos en los que se halla en común un modelo de resolución de problemas en donde la persona en medio de su crisis va aprendiendo a solucionarlos, son: (a) realización del contacto psicológico, implica empatía o sintonización con los sentimientos de la persona, el objetivo es que el paciente se siente escuchado, comprendido, aceptado y apoyado, reducir la intensidad de la perturbación emocional y activar la capacidad para solucionar problemas; (b) conducta del asistente, invitar al paciente a hablar, se le escucha hechos y sentimientos y reflejarlos mostrando interés; efectuar declaraciones empáticas y tocar o abrazar para dar control calmante a la situación; (c) analizar las dimensiones del problema, identificar las necesidades inmediatas y las posteriores; indagar acerca del pasado inmediato (suceso precipitante de la crisis), el CASIC antes de la crisis y después de la crisis (fortalezas y debilidades), recursos personales y sociales, mortalidad y sobre el futuro inmediato sobre qué decisiones va a tomar para las próximas horas, días, semanas; (d) sondear posibles soluciones, identificar una o más para las necesidades inmediatas y próximas, examinar qué podría hacer ahora y proponer nuevas alternativas tanto comportamentales a nivel personal como del ambiente; (e) asistir a la ejecución de pasos concretos, con el fin de ejecutar soluciones inmediatas planteadas para satisfacer las necesidades prioritarias; (f) seguimientos para verificar el proceso, orientado a asegurar la

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

retroalimentación de las tres sub-metas de los primeros auxilios psicológicos, pasar a la siguiente, revisar si hubo solución de problemas, sino revisar nuevamente.

La intervención psicológica de segunda instancia, comienza a partir del momento que terminan los primeros auxilios psicológicos, con un proceso de translaboración del incidente “de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida”, requiere más tiempo y mayor entrenamiento del terapeuta (Slaikeu, 2000). Esta intervención busca ayudar al paciente a sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis, identificar y expresar sentimientos que acompañan a la crisis y realizar adaptaciones conductuales e interpersonales que requiera esta.

Se hace valoración a través del enfoque multimodal modificado de los sistemas de personalidad CASIC (Conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva), se requiere valorar éstas cinco áreas de funcionamiento, interrelacionadas entre si, se valoran tanto fortalezas como debilidades, se movilizan las primeras para contrarrestar las segundas; también se valora el entorno familiar, social y cultural; es importante además la medición de algunas variables de personalidad para evaluar el crecimiento y del funcionamiento del CASIC antes y después de la crisis para poder generar las estrategias de intervención (Lazarus, 2000).

El apoyo espiritual, es otro aspecto que involucra los valores y las creencias religiosas como una parte importante en el funcionamiento cognoscitivo, a pesar que son excluidos en el medio científico, sin embargo, ésta parte espiritual puede llegar a ofrecer una influencia poderosa sobre cualquier otra dimensión de la personalidad (Slaikeu, 2000).

Se han realizado diversos artículos e investigaciones sobre la conducta suicida en establecimientos de reclusión en Colombia y otros países, se citan algunos de esos estudios

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

por la pertinencia y aportes para el diseño del protocolo para la atención de la conducta de lesiones autoinfligidas intencionales en el contexto penitenciario y carcelario colombiano.

Larrotta et al. (2014), en su estudio sobre las características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia, se propuso establecer cuáles de las variables de tiempo, modo y lugar del contexto penitenciario y carcelario aparecen con mayor frecuencia en los internos involucrados con intento de suicidio y suicidio consumado. Una de las conclusiones orienta a que la etapa inicial del encarcelamiento es la de mayor riesgo, puede explicarse por el desajuste afectivo y emocional por el que pasan los internos.

En un estudio realizado por Ruiz et al. (2002) en cinco centros penales de Bogotá sobre riesgo de suicidio en prisión y factores asociados, se encontró que la tasa de suicidio en prisiones es más alta que la de la población general, puede ser más frecuentes en los más jóvenes, en hombres, con problemas de toxicomanía, psicopatología previa, complicaciones en el proceso judicial; se aplicó un cuestionario a 400 internos, el análisis de resultados indicó que el riesgo de suicidio se asociaba con una menor edad, mayor dificultad para ajustarse a las normas del centro penitenciario, antecedentes de enfermedad física y dificultades sexuales. El tema puede abordarse en prisiones en el marco de perspectiva del estrés psicosocial.

Jaramillo, Silva, Rojas & Medina (2015), encontraron que la conducta suicida muestra altas cifras en población carcelaria tal como lo indica el estudio ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia, cuyo objetivo fue identificar factores socio demográficos, familiares, personales y de reclusión asociados a la ideación suicida, se aplicó el inventario de ideación suicida ISO 30 y una encuesta a 154 reclusos. El porcentaje más alto de ideación suicida se encontró en aquellos

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

con conducta previa de intento, sigue aquellos con antecedentes de violencia intrafamiliar y en su orden aquellos sin escolaridad, antecedentes de suicidio en la familia y condena definida.

Rubio et al. (2014), en su estudio riesgo suicida en población carcelaria de Tolima, se propone caracterizar el riesgo suicida en población carcelaria masculina, donde se aplicaron pruebas como el ISO 30; se presenta riesgo suicida alto, se puede establecer que el nivel de riesgo disminuye cuando aumenta el nivel de escolaridad, al igual que los que tienen pareja e hijos; siendo factores protectores importantes para la prevención.

Bedoya, et al. (2009), en su investigación retrospectiva de casos de suicidio en las prisiones catalanas, analizan la incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña y encuentran que la tasa de suicidio es el doble comparada con la población no prisionalizada, el ingreso a la prisión es el evento desencadenante y la prevención del suicidio se impone entre los retos de la sanidad penitenciaria.

Un estudio sobre factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave llevada a cabo por Negro et al. (2010), describe el suicidio y factores de riesgo en la población general desde un enfoque teórico, presenta un estado de arte sobre conducta suicida y factores de riesgo en la población penitenciaria, justifica el estudio para prevenir la conducta suicida. Se aplicaron pruebas y entrevistas para un análisis correlacional, estudiaron variables como tipo de delito, dependencia de sustancias, diagnóstico psiquiátrico; al parecer el tipo de delito no es un factor representativo en la conducta suicida, si el género y el diagnóstico psiquiátrico. Se realiza con autorización de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias de España y pública Ministerio del Interior.

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud consideran que cada suicidio es una tragedia según lo documentado en el informe de 2014 sobre la prevención del suicidio. En el informe de 2016, proveen información para entender la conducta suicida y las principales estrategias para su abordaje, estudia factores asociados como la religión y espiritualidad, también comprende componentes metodológicos para los programas de prevención del suicidio.

La guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida en España documenta la variabilidad de la práctica clínica, analiza sus causas y adopta estrategias orientadas a eliminarla, procura la mejora en la práctica profesional, aprobada en 2013 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España.

La Guía de Atención Primaria de pacientes con ideación o intento suicida (2014) de la Universidad Industrial de Santander UIS, define, clasifica y presenta algunos indicadores de conducta suicida para que en el primer contacto con la persona, se evalúe el tipo de conducta asumiendo una actitud directiva, tratando de mantener a la persona con vida y evaluar el problema, el evento precipitante, el tipo de conducta suicida, intentos previos y riesgo, la intencionalidad, la letalidad, la premeditación y la accesibilidad a medios suicidas. Considera además evaluar síntomas y signos de trastorno mental y comorbilidades, establecer estresores psicosociales, factores protectores y estrategias de afrontamiento y finalmente asegurar la supervivencia del paciente con intervención en crisis.

Relacionado con el objetivo de la investigación, se citan a continuación algunos protocolos de atención realizados para problemas de salud mental, conducta suicida y en general lesiones autoinfligidas intencionales.

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2016), mediante el documento “Protocolos de Atención a los Problemas más frecuentes de Salud Mental” determina una estructura general para estos protocolos, con algunas variaciones para conducta suicida, a través de los pasos definición, valoración del riesgo suicida y pautas de actuación dentro de las cuales está escuchar a la persona, convencerla de que aplase su intención, valorar su riesgo, ofrecerle apoyo y hablar con la familia. Sugiere revisar el protocolo para depresión y otros trastornos asociados y si persisten los síntomas remitir a psiquiatra; si el riesgo es alto se sugiere remitir de manera pronta a un centro especializado.

El Centro de Psicología Aplicada (CPA) de la Universidad Autónoma de Madrid-UAM (2013) diseñó un protocolo para la detección y el manejo de la ideación suicida, el cual organiza primero los conceptos y definiciones sobre ideación suicida, propone la valoración del riesgo de suicidio incluyendo algunas listas de chequeo, instrumentos como la entrevista, cuestionarios y escalas estandarizadas; incluye un interesante árbol de decisiones de acuerdo al riesgo y un plan de tratamiento de acuerdo a lo evaluado.

El proyecto Programas de justicia e inclusión (2015), dentro del convenio DCI-ALA- 2011-22498, elaboró, por la Organización Mundial de la salud (OMS) y la organización Panamericana de Salud (OPS) en Uruguay, un protocolo de atención a la conducta suicida y al riesgo de autoeliminación en centros de privación de la libertad, dirigido tanto a adolescentes como adultos y cuyo objetivo es contribuir a la reducción de la magnitud de la conducta suicida mejorando la calidad y oportunidad de la atención a las personas privadas de la libertad mediante un abordaje preventivo y de promoción de la salud; enfocado hacia la promoción de la salud, manejo de factores de riesgo y detección precoz para toda la población privada de la libertad y hacia el tratamiento y seguimiento de

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

la conducta suicida y de intento de autoeliminación para quienes ya tenían estos diagnósticos. La OMS (2007), explica que el medio penitenciario es más propenso a los comportamientos suicidas por los factores de riesgo particulares que posee este ámbito y que a la vez se busca intervenir sobre éstos y sobre los factores protectores, involucrando también la salud mental como objeto de promoción.

Para la comprensión de este ejercicio investigativo se describen los aspectos que hacen parte de la metodología para la elaboración de un protocolo que se constituye en su objetivo central. En la revisión de este aspecto se pudo encontrar que la Caja Costarricense del Seguro Social (2013) en su publicación acerca de la metodología para realizar un protocolo de atención clínica define un protocolo como “un tipo de manual de procedimientos, circunscrito a la atención directa de aspectos clínicos, de consulta rápida, con una descripción detallada de la (secuencia lógica de actividades a desarrollar frente a un problema de salud o área a mejorar en un entorno determinado) actuación de los profesionales en salud ante determinada situación, que pueden o no resumir los contenidos de una guía de atención clínica. Contiene un formato que incluye portada, contraportada, presentación oficial del protocolo, índice de los contenidos, introducción, objetivos generales y específicos, definiciones, abreviaturas y términos, encabezado, referencias normativas, alcance y aplicación, objetivos, población diana, personal que interviene, contenido, herramientas de aplicabilidad, contacto para consultas, anexos y referencias bibliográficas.

La Guía para la elaboración de protocolos del Hospital Comarcal de la Axarquía elaborada por Sánchez-Ancha, González-Mesa, Molina-Mérida y Guil-García (2009) define el protocolo como el acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea; para la elaboración de un protocolo se tiene en cuenta el alcance de solución, si es necesario realizar un documento, la formación de un equipo de trabajo y el apoyo bibliográfico en el mejor soporte de evidencia posible, para normalizar la práctica. Sugiere los siguientes pasos para la elaboración de un protocolo: fecha de elaboración y fecha de revisión, autores, revisores, conflicto de intereses, introducción, definiciones, objetivos, ámbito de aplicación, población, personal que interviene, material, términos y definiciones, procedimiento, evaluación, bibliografía y anexos.

La clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud - CIE 10- vigente, adoptada en Colombia mediante resolución No. 1895 del 19 de noviembre de 2001, es la herramienta para codificar la morbilidad, su uso es obligatorio en el Sistema de Seguridad Social en Salud en consecuencia todos los diagnósticos de salud/enfermedad en Colombia se codifican con esta clasificación. La resolución No. 3374 del 2000, estableció el uso de los registros individuales de prestación de servicios –RIPS- de obligatoria utilización para todos los actores del sistema de salud. Los actos administrativos relacionados son expedidos por el Ministerio de Salud de Colombia (Gómez, 2015). La conducta de lesiones autoinfligidas intencionales está contenida en el capítulo 20 de la Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (2000) con los siguientes códigos: X60, X62, X64, X65, X68, X69, X70, X71, X74, X75, X76, X77, X78, X79, X80, X82 Y X84 (ver apéndice C).

Así mismo, la autolesión no suicida (NSSI, por sus siglas en inglés Non-Suicidal Self-Injury) fue incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014) como una afección definida como la destrucción tisular propositiva que el

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

individuo realiza a su propia piel o cuerpo sin la intención de morir. Las conductas de NSSI incluyen cortarse, quemarse o morderse, entre otras.

El protocolo NSH (2008) es una guía que permite identificar el paso a paso en la elaboración de una ruta de atención, facilitando la ejecución de acciones concretas ante la identificación de una conducta suicida, para el caso de esta investigación dirigida a personas privadas de la libertad y personal del sistema penitenciario, la revisión de la literatura realizada orienta para la consolidación del objetivo relacionado con la construcción de una herramienta que favorezca la intervención de la problemática de las lesiones autoinfligidas intencionales en la población privada de la libertad en los establecimientos de reclusión que hacen parte del INPEC.

La metodología NICE para la elaboración de protocolos de atención analiza aspectos importantes que contribuyen al propósito de esta investigación y se relacionan a continuación: seleccionar y priorizar un tema, conformar un equipo, involucrar a las personas privadas de la libertad y a quienes están en contacto con ellas; establecer objetivos, construir conciencia y compromiso frente a la importancia de generar acciones de intervención en el contexto; recopilar información desde la cual se soporte esta propuesta de intervención, evaluación de referencia, generar la producción del protocolo, la elaboración del piloto del protocolo, aplicar el protocolo, monitor de variación y generar la revisión del protocolo, serán aspectos desde los cuales se soporta la generación de esta propuesta que como se menciona anteriormente permitirá favorecer la intervención efectiva de la problemática.

El desarrollo de protocolos obedece a una serie de pasos que garantizan su adecuada implementación de acuerdo al tema seleccionado. Para el caso del presente trabajo se toma

## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

la metodología del Instituto Nacional de Clinical Excellence NICE (2008), a continuación, se describen los pasos a seguir:

### **1. Seleccionar y priorizar un tema**

Se selecciona un tema para el protocolo el cual consta de dos rutas principales revisar la publicación de las normas nacionales e identificar las prioridades de mejora del servicio local. El contexto donde se va a desarrollar el protocolo determina la base para su implementación, se constituye en un criterio de alta importancia. Las normas nacionales deben contar con estudios basados en evidencia científica que permita disponer de un marco para los grupos locales para desarrollar la atención basada en el protocolo. En cuanto a la identificación de mejora de las prioridades del servicio local; NICE, sugiere el desarrollo basado en el protocolo para revisar y mejorar los sistemas locales complejos y para agilizar la prestación de los servicios. Algunas consideraciones pueden ser tenidas en cuenta para seleccionar el área y elaborar los protocolos, priorizar enfermedades según su curso y la población afectada, costo, acceso en la zona, necesidad de mejorar el servicio.

### **2. Configurar un equipo**

Se requiere conformar un equipo multidisciplinar formado por personal clínico y no clínico que se involucre en la prestación del servicio para la aplicación del protocolo; para el desarrollo del protocolo también es importante que el personal involucrado participe. Es necesario definir funciones, los involucrados pueden tener más de una función, es más práctico un equipo pequeño con pocos integrantes, la creación del equipo hace parte del diseño del protocolo y desde ahí se considera quienes son los integrantes según el contexto. Por ejemplo, un líder clínico que facilite las discusiones, garantizar la integración con auditoría clínica, el trabajo de enlace que se requiera, mantener el proyecto, gestión de

## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

cambios, coadyuvar con el mantenimiento del grupo, analista de sistemas para la gestión de información, entre otros que puedan ser necesarios y que participen en el desarrollo e implementación del protocolo, de acuerdo al tema y contexto priorizados. El equipo debe tener acceso a los recursos identificados para el desarrollo y la implementación del protocolo. El equipo determina como se presta la atención según la priorización definida. Se determina plan de reuniones, encuentros, ajustes, duración del desarrollo y de la implementación, puesta en marcha, metas y objetivos. Se puede considerar de tres a seis meses según otras experiencias para el desarrollo del protocolo. Y su implementación será activada cuando se requiera.

### **3. Involucrar a los pacientes y usuarios**

La participación de los pacientes es esencial en la mejora de los servicios y es uno de los principios que sustentan el plan NHS. El punto de vista de pacientes, cuidadores, familiares y representantes es importante para informar la forma de la prestación de los servicios, de su participación pueden surgir sugerencias para pacientes y usuarios aplicables a la toma de decisiones.

### **4. Objetivos de acuerdo**

Los objetivos del protocolo deben ser claros específicos y medibles, orientados al rendimiento, alcanzables, pueden incluir criterios de auditoría. Los problemas o barreras relacionados con la prestación del servicio se pueden traducir en objetivos para la mejora en la prestación del servicio cada vez que se implemente el protocolo.

### **5. Construir conciencia y compromiso**

La atención basada en el protocolo sólo puede tener éxito cuando hay apoyo de alto nivel visible, apoyo de la organización, participación de todos los profesionales, se pueden

## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

implementar foros de pacientes para conocer y comprender el proceso. Los protocolos se hacen compatibles con la forma de trabajar en la organización para que sean efectivos. En caso de ser requerido el área financiera de la organización debe conocer el protocolo toda vez que puede ser susceptible de apoyo con recursos para la implementación del mismo. Para el proceso de sensibilización y adquirir el compromiso relacionado con los beneficios para el desarrollo del servicio, el protocolo se puede maximizar participando activamente con los pacientes, usuarios y cuidadores utilizando las guía NICE, NSF y requisitos de orientación DH como base para el desarrollo del protocolo, identificando las actividades propias de la organización, en el marco del protocolo; se pueden realizar seminarios, foros, procesos de inducción para dar a conocer a usuarios y personal vinculado los beneficios de la atención mediante la activación del protocolo.

### **6. Recopilar información**

La información para el protocolo se busca en la legislación nacional sobre el tema sobre la evidencia publicada de buenas prácticas, experiencias y protocolos de otras organizaciones, las opiniones de pacientes y usuarios de servicios relacionados, información local, encuestas nacionales. En el desarrollo del protocolo se deben incluir los acuerdos para la utilización de la guía NICE y las publicaciones de la NSF y socializarlos con las partes interesadas para su activación. Incluir las áreas prioritarias de la organización para el desarrollo del protocolo, por esta razón el equipo desarrollador debe tener una amplia comprensión de la dinámica organizacional. Para el caso de NICE hay un folleto informativo de la forma de acceder al servicio a través del protocolo, estos parámetros pueden ser adaptados a cada protocolo conforme al contexto donde se va a

## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

utilizar. De los aportes, modificaciones y mejoras se puede tener un archivo organizado símil a una biblioteca para consulta del equipo o equipos que lo requieran.

Los protocolos se construyen sobre una base de pruebas de lo que se requiere para la atención, se debe tener amplia información sobre la forma de prestación del servicio a protocolizar y en caso de no tenerla, se consulta e incluye; para esto es muy importante la información local antes mencionada. En esta etapa se identifican los resultados actuales del servicio, los indicadores nacionales, para concluir en la cobertura del protocolo presente y futuro.

### **7. Evaluación de referencia**

Determinar la línea base de los resultados actuales, es el siguiente paso, para analizar la actual forma de atención sobre el tema, donde se pueden hacer mayores evaluaciones de datos, identificar las deficiencias actuales y las posibles mejoras a incluir. El equipo de desarrollo tendrá en cuenta la atención proporcionada a pacientes seleccionados, puede proyectarse mapas de procesos para visualizar el paso a paso. El proceso es descriptivo desde la atención, el cuidado, calendario de intervenciones y toma de decisiones. Análisis de notas de casos, pueden ser también entrevistas a prestadores y pacientes para tener amplia perspectiva de la atención. En caso de requerir información de los pacientes es necesario tomar el consentimiento informado para su inclusión en el protocolo.

### **8. Producir el protocolo**

El equipo de desarrollo revisa y confirma los objetivos para el protocolo antes de redactar el documento, el protocolo exitoso es el que guía a los usuarios para la atención; no es un exhaustivo documento descriptivo. Los informes y la aplicación entran a hacer

## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

parte del protocolo como archivos, pueden ser en papel o registros sistematizados. El uso de protocolos puede ser un enlace o insumo para los registros de control de enfermedades y plantillas estandarizadas. Se deben acordar los formatos y probarlo para asegurar su uso. Se estandariza de esta forma la atención, cuando se utilizan varios protocolos correspondientes a cada una de las enfermedades del paciente facilita el acceso a la información, en cada uno debe estar el consentimiento informado.

El protocolo es una fuente de información cuyo nivel de acceso puede ser acordado con el paciente y cuidador. El ideal es que sea de pleno acceso para una mejor comunicación. Debe ser aprobado y firmado por la Universidad y la entidad antes de proceder a la fase de pilotaje, puede ser mediante validación o foros de pacientes y usuarios. El equipo de desarrollo participa en este proceso debe incluir un registro único que describa la atención y tratamiento brindada al paciente, con un diseño sencillo, conciso, fácil de usar, breve, con secuencia lógica, objetivos realistas, plazos y resultados medibles, que las acciones tomadas, las variaciones resultantes y razones de las mismas sean de fácil registro, determine las responsabilidades en el desarrollo de cada parte del protocolo, la confidencialidad, las políticas de seguridad y control de la información los cuales pueden ser probados contra metas y objetivos planteados. El protocolo incluye la versión o número, la fecha de revisión.

### **9. Piloto del protocolo**

La implementación debe iniciar con una fase piloto, de esta manera genera seguridad su aplicación, puede ser modificado y asegurar que ofrece los beneficios esperados. El equipo debe asegurarse que el personal que va a utilizar el protocolo lo comprende y ha recibido la formación que requieren para activarlo. Es necesario acordar

## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

cómo se evalúa la fase piloto y cuanto tiempo va a durar. Se asigna a una persona para recoger la información necesaria para la evaluación. Al finalizar la fase piloto, se evaluará para su facilidad de uso y eficacia en los pacientes. Se debe auditar en contra de los objetivos acordados, antes y después, depende de la duración de la fase piloto. Terminada la fase piloto, se hacen los ajustes a que haya lugar y se aprueba y firma. La guía NICE presenta algunas sugerencias a tener en cuenta para la fase piloto, ejemplo, cuándo inicia y cuándo termina, que parte del servicio se incluye, cuántos pacientes se utilizan, cómo se define la muestra, cómo hacer seguimiento, cómo se va a entrenar el personal para activar el protocolo, cómo será el cumplimiento del protocolo, cómo participan usuarios y pacientes, cómo se obtiene la retroalimentación y quien la recoge, cómo se sabe lo que sucede durante la fase piloto, entre otros aspectos que se consideren relevantes.

### **10. Aplicar el protocolo**

La fase piloto debe eliminar la mayoría de los problemas encontrados para la atención y la evaluación debe proporcionar una clara evidencia de su efectividad, cuando esto suceda y los resultados sean los esperados, se procede a su aplicación. El personal encargado de aplicar el protocolo debe ser preparado por el equipo desarrollador, se puede hacer de manera escrita para conservar esta información cada vez que se requiera para los mismos o nuevos aplicadores.

### **11. Monitor de variación**

Los documentos de las variaciones del protocolo ayudan a establecer lo que sucede en la práctica, se fortalece con las opiniones de pacientes y usuarios. También se hace más fácil su curso y en caso que algo salga mal durante la atención, se puede explicar que el curso de acción tomado fue con base en el protocolo aprobado. Se deben registrar detalles

de la variación como fecha y hora, acción tomada y firma de la persona que completa la información.

## **12. Revisar el protocolo**

Es importante que los protocolos se mantengan bajo medición, revisión y para cuantificar los beneficios para los pacientes y el personal de la organización, asegurar que los objetivos se siguen cumpliendo y siguen siendo apropiados para la atención, que los nuevos usuarios se siguen formando para la activación del protocolo, también estar atento a los cambios en la práctica clínica, aplicar y apoyar la aplicación de las normas nacionales, actualizar los archivos y documentos para contribuir a actualizar información, estandarizar tratamientos, tener indicadores de rendimiento para mejorar la atención y blindar la calidad.

Para el diseño del protocolo de atención Psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad en los establecimientos de reclusión del INPEC se revisará la teoría de validación de construcción y contenido. La validez se refiere a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de manera significativa y adecuada los rasgos del instrumento o componentes del diseño. Es válido el instrumento o diseño en la medida que se confirme su correcta aplicación.

La validez de contenido permite inferir que el diseño realizado si da respuesta al propósito de la investigación porque la muestra seleccionada efectivamente comprendió todos o la mayoría de los ítems o componentes. La validez de construcción, se refiere a la recolección de evidencias empíricas; se trata de comprobar que los componentes operativos del protocolo efectivamente son aplicables para la atención oportuna de la conducta suicida a las personas privadas de la libertad.

**Problema**

¿Cuáles son las características de un protocolo de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad en establecimientos de reclusión del INPEC en Colombia?

**Objetivo General**

Diseñar un protocolo de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad en los establecimientos de reclusión del INPEC.

**Objetivos Específicos**

1. Establecer los componentes operativos del protocolo para la atención psicológica de lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad en los establecimientos de reclusión del INPEC.
2. Establecer la ruta de atención en caso de autolesión autoinfligida intencional.
3. Identificar la población diana, el personal de guardia y el personal profesional que intervienen en una lesión autoinfligida intencional.
4. Aplicar la prueba piloto del protocolo de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en un centro de reclusión del INPEC.

## **Método**

### **Tipo de estudio**

Para cumplir el propósito de la presente investigación se realizará un estudio cuantitativo de tipo instrumental. Este tipo de estudios engloba aquellos trabajos encaminados a desarrollar algún tipo de material, ya sean pruebas o instrumentos; puede implicar el diseño, adaptación o estudio de las propiedades psicométricas de éstos (Montero & León, 2007).

### **Población para la prueba piloto**

Psicólogo, Psiquiatra, enfermera, dragoneante, persona privada de la libertad.

### **Instrumentos**

Registro de información requerida en libro minuta de pabellón.

Protocolo de atención, elaborado con los pasos establecidos por el National Institute Clinical Excellence (NICE).

Consentimiento informado.

Prueba de tamizaje Características psicológicas y penitenciarias en población privada de libertad adaptada por González, J.O., Giancane, V., López, V., y Torres, L.A.

**Procedimiento**

Establecer y describir los componentes del protocolo (ruta de atención, población diana y población participante).

Elaborar la ficha de datos sociodemográficos y penitenciarios con base en la cartilla biográfica.

Organizar los formatos de validación y diseñar flujograma de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad.

Someter el diseño del protocolo y sus contenidos a discusión y crítica de los profesionales y usuarios que vayan a hacer uso del protocolo.

Difundir el protocolo al personal penitenciario que participa en los diferentes pasos del protocolo para la atención psicológica en casos de lesiones autoinfligidas intencionales.

Aplicación de prueba piloto.

**Consideraciones Éticas**

Mediante resolución No. 8430 expedida por el Ministerio de Salud, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. El artículo 11 clasifica las investigaciones en categorías; la presente investigación hace parte de la categoría sin riesgo, teniendo en cuenta que para el diseño del protocolo de atención de la conducta suicida en personas privadas de la libertad en los centros de reclusión a cargo del INPEC, sólo se emplearán “técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio...” Sin embargo, como es una investigación en la cual pueden participar las

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

personas privadas de la libertad y personal del complejo penitenciario se tendrá en cuenta el consentimiento informado y todo lo contemplado en investigaciones a grupos subordinados según la resolución ya mencionada. Esta clasificación aplica para el estudio que se adelanta en la fase de diseño de un protocolo de atención para lesiones autoinfligidas intencionales de las personas privadas de la libertad en los establecimientos de reclusión a cargo del INPEC.

Todas las actuaciones se basan en principios éticos de respeto y dignidad, en el marco de los derechos humanos; y salvaguardando el bienestar y derecho de los participantes; con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales con responsabilidad en los temas de estudio, la metodología usada, los materiales empleados, los análisis de conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización; teniendo en cuenta lo contemplado en la Ley 1090 de 2006 del Ministerio de Salud, Título II Disposiciones Generales numeral 9 y Cap. VII sobre la Investigación Científica, la Propiedad Intelectual y las Publicaciones.

**Consentimiento informado.**

Al psicólogo le es permitido en este caso revelar la información protegida por el secreto profesional, contando con herramientas éticas para resolver dilemas éticos ateniéndose a la doctrina del mal menor para evitar un mal mayor, es decir actuar conforme al menor daño causado evitando transgredir el derecho a la integridad. Ateniéndose al no absolutismo de los derechos fundamentales también puede desatender la prohibición de revelar el secreto profesional. Las actuaciones relacionadas con la práctica de psicología

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

forense son reveladas en estrados judiciales, pero el usuario debe tener conocimiento claro de este proceso y dejarlo constado en el consentimiento informado.

El consentimiento informado es un equilibrio entre la discreción y la información que solo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. Sentencia C-264 de 1996. Es la oportunidad de escoger entre diversas opciones. Es una libertad de opción. Y se puede estudiar conexas al libre desarrollo de la personalidad.

Cuando se active el protocolo en un establecimiento de reclusión del INPEC, se informará sobre este proceso si las condiciones de salud del paciente lo permiten y si no se dejará constancia en la minuta de guardia del área correspondiente. Luego de brindar primeros auxilios psicológicos se genera un consentimiento informado con el paciente y se firma por éste y el profesional que le brindó atención. El formato es el utilizado por el INPEC actualmente (ver apéndice E).

### **Agradecimientos**

Los autores agradecen de manera especial a Myriam Silva Beltrán, Coordinadora del Grupo de Atención Social de la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC, por realizar la gestión necesaria para el desarrollo de la investigación en contexto penitenciario y carcelario.

Al personal del cuerpo de custodia y vigilancia, administrativo; y a las personas privadas de la libertad del comité de salud y un voluntario del Complejo Carcelario y Penitenciario Metropolitano de Bogotá, que facilitaron y participaron en la activación del protocolo durante la prueba piloto.

A Niyided Daniela Martínez Muñoz y Jeison Camilo Parra Cruz, del semillero de investigación de la Universidad San Buenaventura sede Bogotá, por su aporte y colaboración en el desarrollo del trabajo.

El ejercicio académico contribuye al mejoramiento de la calidad humana y profesional de los autores, sea el momento de agradecer la oportunidad para pensar en la preservación de la vida de las personas privadas de la libertad a cargo del INPEC.

### Referencias

- Acero-Rodríguez, P. D. (2015). La autolesión: posibles causas y consecuencias y su manejo exitoso. Cátedra Mercedes Rodrigo, UPTC. Recuperado de:  
[http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf\\_paulo\\_a\\_cero.pdf](http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_a_cero.pdf)
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª. Ed. España: Editorial Médica Panamericana.
- Bedoya, A., Martínez, P.A., Humet, V., Leal, M. J. & Lleopart, N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Esp Sanid Penit*, 11, 37-41. Recuperado de:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202009000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000200002)
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2013). Manual metodológico para la Construcción de un Protocolo de Atención clínica en la DDSS. *Gerencia Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud*. San José-Costa Rica. Recuperado de:  
[http://fs20.formsite.com/mtristan/images/Manual\\_Met\\_Protocolo\\_de\\_Atencion\\_Clinica\\_M.GM.DDSS.007.pdf](http://fs20.formsite.com/mtristan/images/Manual_Met_Protocolo_de_Atencion_Clinica_M.GM.DDSS.007.pdf)
- Centro Estratégico de Información Penitenciaria-CEDIP. (2016). Oficina de sistemas de información. Recuperado de:  
<http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Directivas/Oficina%20Sistemas%20de%20Informaci%F3n>

- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España. (2013). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Edición 2011)*. Recuperado de:  
[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf)
- Fajardo, L. (2016). *Técnicas penitenciarias con enfoque derechos humanos y DIH*. Colombia: TSV Comunicación Gráfica S.A.S.
- Gómez, A. (2015). Clasificación internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE -10 y esperando la CIE 11. *Monitor estratégico*, 7. Recuperado de:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>
- Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. (2000). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Jaramillo, M., Silva, C., Rojas, B. & Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(2), 100-105. doi:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.01.006>.
- Larrotta, R., Vargas, S., Luzardo, M. & Rangel, K. (2014). Características del Comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista criminalidad*, 56(1), 83-95. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>
- Lazarus, A. (2000). El enfoque multimodal: Una psicoterapia breve pero completa. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER.

- Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidiología: Teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A Cartilla.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2006). Protocolos de Atención a los Problemas más Frecuentes de Salud Mental. *Programa nacional de salud mental*, 1-57. Recuperado de:  
[http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=581-protocolos-de-atencion-a-los-problemas-mas-frecuentes-de-sm-1&category\\_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=581-protocolos-de-atencion-a-los-problemas-mas-frecuentes-de-sm-1&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518).
- Montero, I. & León, O. (2007). *A guide for naming research studies in Psychology*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862. ISSN 1697-2600. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>
- Negredo, L., Melis, F. & Herrero, O. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. España: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Recuperado de: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Segund\\_Accxsit\\_2010.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Segund_Accxsit_2010.pdf).
- NSH (2008) Agencia de modernization: Institute National de Clinical Excellence A Step-by-Step Guide to Developing Protocols. Recuperado de:  
<https://www.qualitasconsortium.com/index.cfm/reference-material/service-transformation/step-guide-to-protocol-based-care/>
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (1976). *El suicidio y los intentos de suicidio*. Ginebra. Recuperado de:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO\\_PHP\\_58\\_\(part1\)\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO_PHP_58_(part1)_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud-OMS. (2007). *Prevención del Suicidio en Cárceles y*

*Prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra.*

Recuperado de:

[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_jails\\_prisons\\_update\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf)

Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2016). *Protocolo de Atención a la conducta suicida y al riesgo de autoeliminación en centros de privación de libertad.*

*Montevideo.* Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/319857442 OPS-OMS\\_Protocolo\\_de\\_Atencion\\_a\\_la\\_conducta\\_suicida\\_y\\_al\\_riesgo\\_de\\_autoeliminacion\\_en centros\\_de\\_privacion\\_de\\_libertad\\_Montevideo\\_Coautores\\_Canetti\\_A\\_Larrobla\\_C\\_Dogmanas\\_D\\_Pelaez\\_S\\_Rossi\\_M\\_Ginares\\_M](https://www.researchgate.net/publication/319857442 OPS-OMS_Protocolo_de_Atencion_a_la_conducta_suicida_y_al_riesgo_de_autoeliminacion_en centros_de_privacion_de_libertad_Montevideo_Coautores_Canetti_A_Larrobla_C_Dogmanas_D_Pelaez_S_Rossi_M_Ginares_M)

Robles, J. I., Acinas, M. P. & Pérez-Iñigo, J. L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida.* España: Editorial Síntesis S.A.

Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas.* (2a. Ed.). España:

DESCLÉE DE BROUWER, S.A. Recuperado de:

<https://mariaceciliaurrutiaocampo.files.wordpress.com/2016/03/intervencion-en-crisis-en-las-conductas-suicidas-alejandro-rocamora.pdf>

Rubio, L. A., Cardona, D.V., Medina, O. A., Garzón-Olivera, L. F., Garzón-Borray, H. A., & Rodríguez, N. S. (2014). Riesgo suicida en población carcelaria de Tolima.

*Revista de la facultad de medicina*, 62(1), 33-39. doi:

<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n1.43672>


## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

- Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazábal, M. L., Morales, S., Sánchez, V. & Páez, D. (2002)  
Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista colombiana de psicología*, 11, 99-114.  
Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1201>
- Sánchez-Ancha, Y., González-Mesa, F. J., Molina-Mérida, O. & Guil-García, M. (2009).  
Guía para la elaboración de protocolos. *Biblioteca las casas*, 7(1). Recuperado de:  
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.pdf>
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Editorial Manual Moderno.
- Universidad Autónoma de Madrid (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Centro de Psicología Aplicada (CPA). Recuperado de:  
[https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/ripcion/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/ripcion/protocolo_ideacion_suicida.pdf)
- Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía para la Atención Primaria de pacientes con Ideación o Intento Suicida*. Proceso bienestar estudiantil subproceso atención en salud. Recuperado de:  
[https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.81.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf)
- Valdivia, P. A. (2014). *Suicidiología: Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Perú: Ediciones de la U.

### **Apéndice A**

En la página siguiente aparece un modelo impreso del protocolo de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad - PPL- en los establecimientos de reclusión del INPEC.


## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD-PPL- EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC**


<b>Código Identificación</b>	<b>CIE 10-CODIGO X60-X84 Lesiones autoinfligidas intencionales</b>
<b>Número Edición</b>	<b>Primera</b>
<b>Fecha Elaboración</b>	15/11/2017
<b>Fecha Revisión</b>	
<b>Vº Bueno OFICYSP</b>	

<p><b>Elaborado Por:</b> <b>Equipo de Trabajo</b></p> <p><b>Ligia Becerra Pineda</b> <b>Elisa Patricia Guerra Pulido</b> <b>Sandra Katherine Hernández</b> <b>Palacios</b></p>	<p><b>Revisado Por:</b></p> <p><b>Jorge Oswaldo González</b> Director de Posgrados de Psicología Clínica Universidad San Buenaventura sede Bogotá y Director de la Investigación</p>	<p><b>Aprobado Por:</b> <b>Comité de Investigaciones</b> <b>de USBBOG</b> <b>Dirección de Atención y</b> <b>Tratamiento - Psicosocial -</b> <b>INPEC</b></p>
<p><b>Protocolo de atención psicológica para lesiones autoinfligidas intencionales en personas privadas de la libertad del INPEC</b></p>	<p><b>Departamento Red Asistencial</b></p>	
<p><b>Fecha: 15 de noviembre de 2017</b></p>	<p><b>Fecha: 15 de noviembre de 2017</b></p>	<p><b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b></p>

 UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES          AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS          DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE          RECLUSIÓN DEL INPEC</b>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

## Índice

<b>Portada.....</b>	<b>Pág. 1</b>
<b>Índice.....</b>	<b>Pág. 2</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>Objetivo.....</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>Alcance.....</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>Responsable de Ejecución.....</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>Documentación de Referencia.....</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>Definiciones o Glosario.....</b>	<b>Pág. 4</b>
<b>Desarrollo.....</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>Distribución.....</b>	<b>Pág. 8</b>
<b>Responsabilidad del Encargado.....</b>	<b>Pág. 9</b>
<b>Registro.....</b>	<b>Pág. 10</b>
<b>Flujograma.....</b>	<b>Pág. 11</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>Pág. 12</b>

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

## **PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE CON LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONAL**

### **1.- INTRODUCCION**

Las lesiones autoinfligidas intencionales son un problema de salud pública que deben ser abordadas conforme a los estándares nacionales e internacionales para su prevención en aras de la preservación de la integridad y la vida de las personas en situaciones de mayor riesgo; por esa razón la Universidad San Buenaventura sede Bogotá y el INPEC, han elaborado un protocolo para su atención con prioridad en el marco de las lesiones autoinfligidas intencionales (CIE 10), para las personas privadas de la libertad las cuales incluyen la conducta suicida; el cutting equivalente a Lesión autoinfligida intencional por objeto cortante código X78; Lesión autoinfligida intencional por objeto romo o sin filo código X79; así mismo, la autolesión no suicida (NSSI, por sus siglas en inglés Non-Suicidal Self-Injury) fue incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014) como una afección definida como la destrucción tisular propositiva que el individuo realiza a su propia piel o cuerpo sin la intención de morir. Las conductas de NSSI incluyen cortarse, quemarse o morderse, entre otras.

### **2.- OBJETIVO:**


Elaborar el protocolo de atención psicológica para autoinfligidas lesiones intencionalmente en personas privadas de la libertad en los establecimientos de reclusión del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario INPEC.

### **3.- ALCANCE:**

El protocolo incluye la atención psicológica en crisis mediante primeros auxilios emocionales para cutting, ideación suicida, tentativa de suicidio, lesiones autoinfligidas intencionales según CIE 10, aplicables en establecimiento penitenciario y carcelario como institución.

### **4.- RESPONSABLES DE APLICAR:**

Personal del cuerpo de custodia y vigilancia (dragoneantes, distinguidos, suboficiales, oficiales); enfermera auxiliar del área de salud, médico, psicólogo del Inpec funcionario del área psicosocial o director del establecimiento; en todo caso se remite a profesionales del consorcio prestador de servicios de salud a PPL.

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

### 5.- DOCUMENTO DE REFERENCIA:

OMS (2007). Prevención del Suicidio en Cárceles y Prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

Clasificación Internacional de Enfermedades- CIE10 (2000) Guía de bolsillo de la Clasificación CIE 10. Clasificación de autoinfligidas lesiones intencionalmente, capítulo XX.

NSH (2008) Agencia de modernization Institute Nacional de Clinical Excellence A Step-by-Step Guide to Developing Protocols.


Uspec (2016). Manual técnico administrativo para la atención e intervención en salud pública a la población privada de la libertad a cargo del Inpec. Código: M4-S2-MA-02 Versión: 01 Vigencia: 18/02/2016

**6.- DEFINICIONES:** Protocolo de manejo del paciente con riesgo suicida (2011). Gobierno de Chile – Ministerio de salud: Edición primera.

**Suicidio:** Toda muerte que resulta inmediatamente de una acto positivo o negativo realizado por la víctima, sabiendo ella que debía producirse ese resultado, (Durkheim, como se citó en Martínez, 2007).

**Conducta suicida:** Es toda conducta que resulte en un daño (o en un intento de daño) físico, auto provocado. La conducta suicida abarca gestos suicidas, intentos suicidas y suicidios consumados. Cualquier conducta suicida debe ser considerada como de riesgo a la integridad física y emocional de la persona, y mientras no se descarte el paciente continúa con riesgo suicida (Rocamora, 2013).

**Ideación suicida:** Se define cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, mediante tres fases: planteamiento e ideación suicida pura, ideación suicida ambivalente y decisión firme de suicidarse (Robles, 2013).

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD -PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

**Parasuicidio:** Conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de terminar con su vida. Ej.: auto laceraciones (cortes superficiales en muñecas), intoxicaciones por fármacos y auto quemaduras. NOTA: considerar siempre letalidad de método empleado.

**Lesiones autoinfligidas:** La definición de autolesiones de Walsh (como se citó en Acero, 2015) dice que son lesiones auto – realizadas, de baja letalidad o poco daño corporal intencional de carácter socialmente inaceptable, llevadas a cabo para reducir angustia psicológica que se constituyen en heridas hechas deliberadamente, como un intento de expresar sentimientos intolerables y encontrar un alivio inmediato, este acto claramente no es para cometer suicidio y se encuentra motivado psicológicamente.

**Intencionalidad:** Se refiere a la real intención de suicidio del paciente, ya que un intento puede no ser letal en sí mismo, pero el paciente si haber creído que iba a serlo, ya que puede desconocer el verdadero potencial destructivo de un determinado método.

**Letalidad:** El método usado depende de factores culturales, del género y la disponibilidad. El método empleado habla por sí mismo de la severidad del intento. La planificación y la letalidad son comúnmente usados para determinar la seriedad de un intento suicidio.


## 7.-DESARROLLO

**Factores de riesgo suicida:** OMS (2007); Larrotta C., R, et al (2014).


### A) Relacionados con la persona

1. Sexo masculino.
2. El carácter de recluso por si solo es un riesgo.

## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

3. Impacto psicológico del arresto y encarcelamiento.
4. Estrés diario relacionado con la vida en prisión.
5. La cuantía de la sentencia o condena, especialmente si ésta es alta.
6. Encontrarse en situación de sindicado o imputado.
7. La falta de procedimientos para el manejo de los reclusos con conducta suicida.
8. No hacer seguimiento adecuado de los niveles de aflicción de estas personas.
9. Pocas probabilidades de detectar riesgo agudo.
10. Poco entrenamiento del personal de salud de los centros penitenciarios, exceso de trabajo o ausencia de éste personal.
11. Aislamiento de los establecimientos de reclusión de los programas comunitarios de salud mental.
12. Edad mayor de 45 años.
13. No asignación de programas ocupacionales.
14. Aislamiento en celdas segregadas como unidades de tratamiento especial o de medidas especiales.
15. Problemas por intimidación o conflictos entre reclusos.
16. Aislamiento especialmente para los más jóvenes
17. Infracciones disciplinarias y la consecuente sanción.
18. Expresión de sentimientos de desesperanza.
19. Pérdida de opciones para hacer frente a la vida y sus cotidianidades.
20. Aislamiento social (falta de soporte familiar, escasa red social).
21. Separación reciente, divorcio o viudez.
22. Fechas significativas (Navidad, Año Nuevo, aniversarios y otros)
23. Experiencia de estrés vital reciente.

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

24. Relación familiar conflictiva o no existente.
25. Historia de intentos suicidas previos (suicidalidad).
26. Historia de suicidio o trastornos del ánimo en la familia.
27. Presencia de psicopatología (depresión, culpa, desesperanza, psicosis, delirio, esquizofrenia).
28. Personalidad impulsiva, agresividad.
29. Abuso o dependencia de alcohol y/o drogas.
30. Presencia de enfermedad médica (crónica, terminal, dolor crónico, incapacidad).


*B) Relacionados con el intento:*

1. La repetición de intentos.
2. La intencionalidad.
3. La letalidad del método (real o percibida).
4. Planeamiento detallado (notas suicidas implican premeditación).
5. Ideación suicida persistente.
6. Decepción por no haber muerto y/o falta de arrepentimiento.
7. Pérdida de familiares de la red de apoyo (especialmente la mamá o los hijos).

**Factores protectores de suicidio:**

1. Contar con los hijos como red de apoyo familiar.
2. Embarazo.
3. Ser responsable de otros, quienes pueden quedar desamparados al momento de la privación de la libertad.
4. Espiritualidad y ejercicio de la misma.
5. Percepción de apoyo social.
6. Recibir visitas de familiares o amigos.


**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p align="center"><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

7. Alianza terapéutica con el médico o profesional de ayuda.
8. Participación en programas de trabajo, estudio y enseñanza, deporte, recreación, cultura, asistencia espiritual y actividades transversales durante el tiempo en reclusión.
9. Desarrollo de habilidades musicales, culturales o deportivas u otras.
10. Atención y seguimiento psicosocial.

**ACTIVIDADES DEL PROCEDIMIENTO:**

1. Las PPL que son reportadas por lesión intencional autoinfligida, ideación suicida, tentativa de suicidio, deben ser remitidos por el funcionario de primer contacto que tiene conocimiento del hecho; generalmente será el miembro del cuerpo de custodia y vigilancia encargado del patio, pabellón o área ocupacional donde se encuentre la PPL. En este paso es fundamental la participación de las personas privadas de la libertad especialmente los integrantes de los comités de salud, derechos humanos y monitores de salud quienes en primera instancia pueden ser quienes reportan la noticia al comandante de pabellón o área. La evaluación deberá realizarse con el paciente vigilado por el personal de salud, ya que es posible que el riesgo de suicidio aun permanezca.
2. Cuando haya lesión intencional autoinfligida la PPL será conducida al área de sanidad para que el médico de turno realice la intervención médica que el paciente requiera e informará al personal de salud del INPEC quienes a su vez informarán a la familia acerca del estado del paciente.
3. Según el resultado de la valoración el médico ordena el traslado al Hospital según la red de prestadores para interconsulta con psiquiatría o nivel avanzado requerido.

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

4. En el caso que la conducta sea de ideación suicida o tentativa de suicidio, el médico de turno decidirá el ingreso y/o derivación del paciente para atención psicológica, atención en crisis mediante la técnica de primeros auxilios psicológicos de primera instancia (Slaikeu, 2000).


5. Mientras el paciente no haya ingresado a una cama de especialidad psiquiátrica debe permanecer con cuidador las 24 horas. Para dar cumplimiento a este paso se informará por escrito al Comando de Vigilancia del establecimiento de reclusión para custodiar con especial cuidado al paciente bien sea en el patio o área de observación donde el médico haya determinado. El personal del Consorcio prestador de servicios de salud estará atento a la evolución.

6. El médico de turno debe considerar las medidas médicas, de enfermería y atención psicológica que el paciente requiera.

7. Una vez estabilizado el paciente desde el punto de vista médico-quirúrgico o, en caso de que no requiera estabilización médica o quirúrgica, deberá ser evaluado por Médico Psiquiatra quien determinará la conducta a seguir. Se solicitará una Interconsulta a Psiquiatría y dependiendo del riesgo, se hará por el conducto del personal de salud del establecimiento de reclusión médico o enfermera auxiliar disponible. En este punto cuando el paciente no es remitido a red prestadora externa, y el evento sucede de lunes a viernes, un psicólogo del establecimiento, delegado por el médico del consorcio, le brindará la atención requerida.

8. En ausencia de psicólogo en el establecimiento de reclusión y personal de salud se debe considerar la derivación a red prestadora externa de mayor complejidad. El principio es la preservación de la vida.

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p align="center"><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

9. En cada establecimiento de reclusión del orden nacional (ERON) a cargo del INPEC, se aplica este protocolo de acuerdo a la disponibilidad de personal bien sea de salud y del área psicosocial. El personal del cuerpo de custodia y vigilancia una vez informado del evento procederá a notificar al oficial de servicio y director del establecimiento para continuar con el siguiente paso, es decir la derivación a entidad hospitalaria.


10. Por regla general, todos los pacientes con conducta suicida deberán ser derivados, posterior al alta, a algún dispositivo de Salud Mental para su evaluación y seguimiento.

11. Los familiares deberán ser informados de esta norma. La trabajadora social o quien haga sus veces informará a la familia de la PPL su estado de salud actual. El personal del área de salud hará seguimiento a los pacientes dejando los registros a que haya lugar en la historia clínica.

12. Los funcionarios del área psicosocial incluirán a los pacientes reportados con la conducta objeto de este protocolo en el Programa de Preservación de la Vida (Lineamientos 2017 Subdirección Atención Psicosocial INPEC) institucionalizado por la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC para PPL con estas características; mediante sesiones con profesionales en práctica profesional de los posgrados en Psicología Clínica. El programa se complementa con otras actividades de inclusión como lúdica, deportiva, cultural y de recreación.

## **8.- DISTRIBUCION**

Establecimientos de reclusión del orden nacional –ERON- área psicosocial y salud del establecimiento.


 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

## 9.- RESPONSABILIDADES DEL ENCARGADO.

- El funcionario del cuerpo de custodia y vigilancia encargado del patio o pabellón donde se produce el evento informa al oficial de servicio mediante el radio de comunicaciones o citófono, solicita apoyo a personal de salud cuando hay lesión autoinfligida, autoriza salida a sanidad de la persona privada de la libertad con otras PPL de los comités de salud, derechos humanos o monitor de salud.
- En caso de no haber lesión autoinfligida sino plan reportado para suicidio, señales instrumentales como un lazo u otro objeto, utilizando el mismo procedimiento se informará a funcionarios del área psicosocial bien sea uniformados o administrativos, autorizando el desplazamiento de la PPL al área correspondiente.
- Cuando el evento sucede el fin de semana en ausencia de funcionarios de atención psicosocial y de salud, se informará al oficial de servicio para continuar trámite de remisión a centro hospitalario conforme a la red prestadora.

## RESPONSABILIDADES DEL EQUIPO MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO DE RECLUSIÓN:


1. Estabilizar al paciente (salvar la vida).
2. Aplicación del protocolo MhGAP para conducta suicida (equipo básico de salud)
3. Evaluar el estado psiquiátrico general:
  - Nivel de conciencia
  - Antecedentes psiquiátricos
  - Estado mental actual
  - Situación social y eventos vitales estresantes

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

- Uso de alcohol y drogas (SPA)
  - Nivel de riesgo
4. Evaluar el riesgo suicida inmediato:
- Gravedad del intento (real o percibida por el paciente)
  - Estado psiquiátrico
  - Desencadenantes de la conducta suicida y posibilidad de resolución
  - Soporte social
  - Factores de riesgo epidemiológico
  - Evaluar si persiste el deseo de morir.
  - Confeccionar un plan individualizado de manejo que incluye cuidado estricto, hospitalización, solicitud de evaluación psiquiátrica, información a la familia, al paciente y al personal involucrado.

**Del equipo de Enlace Psiquiátrico (médico) del establecimiento de reclusión con la red prestadora y equipo del área psicosocial de atención y tratamiento del establecimiento de reclusión,**


1. Realizar un diagnóstico psiquiátrico.
2. Evaluar el riesgo de suicidio actual y futuro.
3. Iniciar tratamiento psiquiátrico y psicológico.
4. Elaborar un plan personalizado de manejo para el paciente que incluye hospitalización en un centro especializado, derivación a un programa de tratamiento e intervención en crisis.
5. Informar a la familia y al paciente de sus conclusiones y proposiciones de manejo.
6. Conocer e informar de aspectos medico legales (hospitalización forzada, responsabilidad médica).

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

## 10. REGISTRO

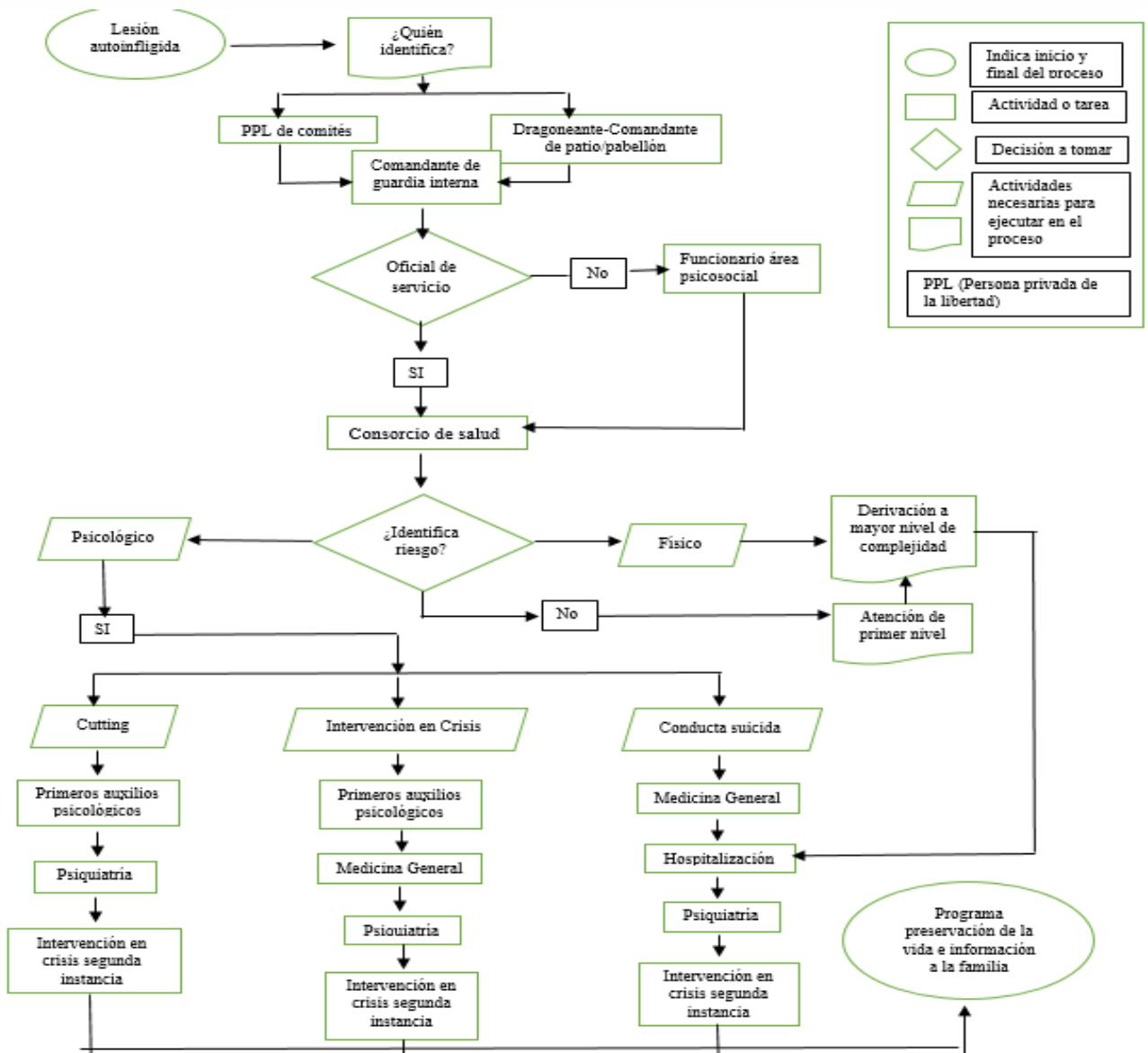
- Minuta de guardia del patio o pabellón al cual pertenece la persona privada de la libertad, donde el dragoneante encargado registra el reporte y salida de la persona al área de salud. Cuando se produzca el evento se realiza el registro. No se adjunta.
- Hoja de Interconsulta del área salud del establecimiento de reclusión (ANEXO 2)
- Registro en el sistema de información SISIPPEC a cargo del psicólogo o funcionario del área psicosocial que atendió la persona privada de la libertad (ANEXO 3).
- Informe al Comando de Vigilancia del establecimiento de reclusión donde se registra el estado actual de salud del paciente con las indicaciones de custodia permanente en caso que se requiera.


PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

**11.-FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN:**

**Figura 1.** Diagrama de flujo del Protocolo de atención para lesiones autoinfligidas intencionales de PPL - USBBOG-INPEC



 UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES          AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS          DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE          RECLUSIÓN DEL INPEC</b>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

## APLICACIÓN DE TAMIZAJE PARA DETECTAR RIESGO DE LESIONES AUTOINFLIGIDAS

Se aplica la siguiente escala adaptada validada en establecimientos de reclusión de Inpec:

### UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, BOGOTÁ – INPEC CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y PENITENCIARIAS EN POBLACIÓN PRIVADA DE LIBERTAD

González, J.O., Giancane, V., López, V., y Torres, L.A.

NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN (NUID): \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
 NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
 LUGAR DE PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_  
 TIEMPO DE RECLUSIÓN (meses): \_\_\_\_\_  
 SITUACIÓN JURÍDICA: \_\_\_\_\_


A continuación, encontrará una serie de preguntas relacionadas con algunas características psicológicas, para lo cual le solicitamos responder con la mayor sinceridad y de acuerdo a su situación personal. Tenga en cuenta que esta información será confidencial.

Marque con una (X) SI O NO según la opción que considere se ajusta a su situación.

PREGUNTAS	RESPUESTAS	
	SI	NO
1. ¿Durante mi infancia vivía en un hogar conflictivo?		
2. ¿Me siento decepcionado (a) y/o infeliz con mi vida actual?		
3. ¿Tengo una relación de pareja que me hace feliz?		


**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

4. ¿Usted ha pensado que otros estarían mejor si no existiera?		
5. ¿Usted ha causado daño físico intencional a otros o a usted mismo?		
6. ¿En los últimos tres meses he estado muy enfermo o con malestares físicos?		
7. ¿Anteriormente he estado privado de la libertad por otro proceso?		
8. ¿En los últimos 6 meses o menos he sentido que pierdo el control y no sé lo que hago?		
9. ¿He buscado ayuda psicológica o psiquiátrica cumpliendo las indicaciones, recomendaciones y tratamientos de los especialistas?		
10. ¿Pienso que los demás estarían mejor sin mí?		
11. ¿Pienso que yo soy digno de tener amigos?		
12. ¿Tengo algún amigo o familiar de mi absoluta confianza?		
13. ¿He tenido problemas de mala conducta, peleas o riñas en la cárcel?		
14. ¿Si me muero nadie estaría triste?		
15. ¿En el último mes he usado alcohol o drogas para sentirme mejor o no pensar en mis problemas?		
16. ¿He estado en la Unidad de Tratamiento Especial – UTE?		
17. ¿Siento que me han atacado física, verbal o sexualmente?		
18. ¿Mi familia me ha visitado en los últimos 3 meses?		
19. ¿Mi pareja me ha visitado en los últimos 3 meses?		
20. ¿Participo en alguna actividad de trabajo, estudio o enseñanza que me permite redimir pena?		
21. ¿Alguna vez he intentado suicidarme?		
22. ¿He pensado en el día y la forma de mi muerte?		

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<p><b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b></p>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

## 12. Referencias:

- Acero-Rodríguez, P. D. (2015). La autolesión: posibles causas y consecuencias y su manejo exitoso. Cátedra Mercedes Rodrigo, UPTC. Recuperado de: [http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf\\_paulo\\_a\\_cero.pdf](http://www.uptc.edu.co/export/sites/default/eventos/2015/cf/ccp/doc/conf_paulo_a_cero.pdf)
- Bedoya, A., Martínez, P.A., Humet, V., Leal, M. J. & Lleopart, N. (2009). Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Esp Sanid Penit*, 11, 37-41. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-06202009000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202009000200002)
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2013). Manual metodológico para la Construcción de un Protocolo de Atención clínica en la DDSS. *Gerencia Médica Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud*. San José-Costa Rica. Recuperado de: [http://fs20.formsite.com/mtristan/images/Manual\\_Met\\_Protocolo\\_de\\_Atencion\\_Clinica\\_M.GM.DDSS.007.pdf](http://fs20.formsite.com/mtristan/images/Manual_Met_Protocolo_de_Atencion_Clinica_M.GM.DDSS.007.pdf)
- Centro Estratégico de Información Penitenciaria-CEDIP. (2016). Oficina de sistemas de información. Recuperado de: <http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Directivas/Oficina%20Sistemas%20de%20Informaci%F3n>
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España. (2013). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Edición 2011)*. Recuperado de: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf)
- Fajardo, L. (2016). Técnicas penitenciarias con enfoque derechos humanos y DIH. Colombia: TSV Comunicación Gráfica S.A.S.
- Gómez, A. (2015). Clasificación internacional de Enfermedades (CIE): Descifrando la CIE -10 y esperando la CIE 11. *Monitor estratégico*, 7. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/cie10-cie11.pdf>

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. (2000). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.

Jaramillo, M., Silva, C., Rojas, B. & Medina, O. (2015). Ideación suicida y factores asociados en internos de un establecimiento penitenciario de Antioquia (Colombia). *Revista colombiana de psiquiatría*, 44(2), 100-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.01.006>.

Larrotta, R., Vargas, S., Luzardo, M. & Rangel, K. (2014). Características del Comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista criminalidad*, 56(1), 83-95. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>

Lazarus, A. (2000). El enfoque multimodal: Una psicoterapia breve pero completa. Bilbao: DESCLÉE DE BROUWER.

Martínez, C. (2007). *Introducción a la Suicidiología: Teoría, investigación e intervenciones*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A Cartilla.


Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2006). Protocolos de Atención a los Problemas más Frecuentes de Salud Mental. *Programa nacional de salud mental*, 1-57. Recuperado de: [http://www.paho.org/gut/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=581-protocolos-de-atencion-a-los-problemas-mas-frecuentes-de-sm-1&category\\_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518](http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=581-protocolos-de-atencion-a-los-problemas-mas-frecuentes-de-sm-1&category_slug=sfc-salud-mental-alcohol-y-drogas-nacional&Itemid=518).

Montero, I. & León, O. (2007). *A guide for naming research studies in Psychology*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862. ISSN 1697-2600. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>

Negredo, L., Melis, F. & Herrero, O. (2010). Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. España: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica. Recuperado de: [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Segund\\_Accxsit\\_2010.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Segund_Accxsit_2010.pdf).


NSH (2008) Agencia de modernization: Institute Nacional de Clinical Excellence A Step-by-Step Guide to Developing Protocols. Recuperado de: <https://www.qualitasconsortium.com/index.cfm/reference-material/service-transformation/step-guide-to-protocol-based-care/>

## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

 UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLOGICA PARA LESIONES          AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS          DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE          RECLUSIÓN DEL INPEC</b>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

- Organización Mundial de la Salud-OMS. (1976). *El suicidio y los intentos de suicidio*. Ginebra. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO\\_PHP\\_58\\_\(part1\)\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37846/1/WHO_PHP_58_(part1)_spa.pdf)
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (2007). *Prevención del Suicidio en Cárceles y Prisiones. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias*. Ginebra. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/resource\\_jails\\_prisons\\_update\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_jails_prisons_update_spanish.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2016). *Protocolo de Atención a la conducta suicida y al riesgo de autoeliminación en centros de privación de libertad*. Montevideo. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/319857442 OPS-OMS\\_Protocolo\\_de\\_Atencion\\_a\\_la\\_conducta\\_suicida\\_y\\_al\\_riesgo\\_de\\_autoeliminacion\\_en\\_centros\\_de\\_privacion\\_de\\_libertad\\_Montevideo\\_Co-autores\\_Canetti\\_A\\_Larrobla\\_C\\_Dogmanas\\_D\\_Pelaez\\_S\\_Rossi\\_M\\_Ginares\\_M](https://www.researchgate.net/publication/319857442 OPS-OMS_Protocolo_de_Atencion_a_la_conducta_suicida_y_al_riesgo_de_autoeliminacion_en_centros_de_privacion_de_libertad_Montevideo_Co-autores_Canetti_A_Larrobla_C_Dogmanas_D_Pelaez_S_Rossi_M_Ginares_M)
- Robles, J. I., Acinas, M. P. & Pérez-Iñigo, J. L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. España: Editorial Síntesis S.A.
- Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. (2a. Ed.). España: DESCLÉE DE BROUWER, S.A. Recuperado de: <https://mariaceciliaurrutiaocampo.files.wordpress.com/2016/03/intervencion-en-crisis-en-las-conductas-suicidas-alejandro-rocamora.pdf>
- Rubio, L. A., Cardona, D.V., Medina, O. A., Garzón-Olivera, L. F., Garzón-Borray, H. A., & Rodríguez, N. S. (2014). Riesgo suicida en población carcelaria de Tolima. *Revista de la facultad de medicina*, 62(1), 33-39. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v62n1.43672>
- Ruiz, J. I., Gómez, I., Landazábal, M. L., Morales, S., Sánchez, V. & Páez, D. (2002) Riesgo de suicidio en prisión y factores asociados: un estudio exploratorio en cinco centros penales de Bogotá. *Revista colombiana de psicología*, 11, 99-114. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1201>

## PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

 <p>UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA SEDE BOGOTÁ</p>	<b>PROTOCOLO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA LESIONES AUTOINFLIGIDAS INTENCIONALES EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD –PPL- DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL INPEC</b>	<b>Código:</b>
		<b>Edición: Primera</b>
		<b>Fecha: 1 de diciembre de 2017</b>
		<b>Página :</b>
		<b>Vigencia:</b>

- Sánchez-Ancha, Y., González-Mesa, F. J., Molina-Mérida, O. & Guil-García, M. (2009). Guía para la elaboración de protocolos. *Biblioteca las casas*, 7(1). Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.pdf>
- Slaikou, K. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Editorial Manual Moderno.
- Universidad Autónoma de Madrid (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Centro de Psicología Aplicada (CPA). Recuperado de: [https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo\\_ideacion\\_suicida.pdf](https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf)
- Universidad Industrial de Santander. (2014). *Guía para la Atención Primaria de pacientes con Ideación o Intento Suicida*. Proceso bienestar estudiantil subproceso atención en salud. Recuperado de: [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/guias/GBE.81.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.81.pdf)
- Uspec (2016). Manual técnico administrativo para la atención e intervención en salud pública a la población privada de la libertad a cargo del Inpec. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/uspec-manual-tecnico-atencion-salud-publica.pdf>
- Valdivia, P. A. (2014). *Suicidología: Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Perú: Ediciones de la U.

PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL

**Apéndice C**

En la página siguiente aparece una tabla obtenida de la Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 (2000) con los códigos correspondientes para las conductas de lesiones autoinfligidas intencionales.

Tabla. 1

*Lesiones autoinfligidas intencionales (X60-X84)*

Código	Descripción
X60	Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por analgésicos no opiáceos, antipiréticos o antirreumáticos.
X62	Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por narcóticos y psiodislépticos (alucinógenos) no clasificados en otro lugar.
X64	Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otras drogas, fármacos o productos biológicos.
X65	Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por alcohol.
X68	Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por pesticidas.
X69	Envenenamiento intencionalmente autoinfligido por otras sustancias químicas o nocivas no especificadas.
X70	Daño intencionalmente autoinfligido por ahorcamiento, estrangulación o sofocación.
X71	Daño intencionalmente autoinfligido por ahogamiento e inmersión.
X74	Daño intencionalmente autoinfligido por otras armas de fuego.
X75	Daño intencionalmente autoinfligido por material explosivo.
X76	Daño intencionalmente autoinfligido por fuego y llamas.
X77	Daño intencionalmente autoinfligido por vapor de agua, vapores u objetos calientes.
X78	Daño intencionalmente autoinfligido por un objeto cortante.
X79	Daño intencionalmente autoinfligido por objetos romos o sin filo.
X80	Daño intencionalmente autoinfligido por salto desde un lugar elevado.
X82	Daño intencionalmente autoinfligido por choque con vehículo de motor.
X84	Daño intencionalmente autoinfligido por medios no especificados.

## **Apéndice D**

En la página siguiente aparece un modelo impreso del informe de la prueba piloto llevado a cabo en uno de los establecimientos del INPEC.

### **Informe prueba piloto del protocolo de atención para lesiones autoinfligidas intencionales**

El 23 de noviembre de 2017 se realizó la prueba piloto de activación del protocolo de Atención de lesiones autoinfligidas intencionales, en el Complejo Carcelario y Penitenciario Metropolitano de Bogotá (COMEB) a partir de las 9:40, en la estructura dos, pabellón para exfuncionarios, explicando al comandante del pabellón –dragoneante- persona privada de la libertad del comité de salud y PPL que voluntariamente aceptó participar en el simulacro para una crisis psicológica.

A las 9:50 am se inició la prueba, el representante del comité de salud, reporta al dragoneante que una de las PPL requiere atención médica por estar en crisis. A las 9:57 am, informa al comandante de guardia interna, (caminando), no hubo citófono y radio de comunicaciones). De guardia interna comunican a persona del área de salud del consorcio, entre tanto se aísla a la PPL en crisis en un aula externa, mientras llega algún médico u otro personal de salud.

Siendo las 10:20 am, se registra que no ha llegado nadie del área de salud, decide comunicar a funcionarios de atención y tratamiento (psicosocial); hace presencia el psicólogo del INPEC, interviene a través de la reja, el objetivo es brindar primeros auxilios psicológicos, busca la seguridad del paciente y le indaga acerca del soporte familiar y si

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

está medicado para tomar una decisión y poder remitir. La prueba del protocolo finaliza a las 10: 30 am.

Durante la aplicación del protocolo se evidencio la colaboración de dos personas privadas de la libertad quienes a través de su disposición favorecen el análisis de lo que se constituiría en la ruta o paso a paso a seguir ante la identificación de un conducta de lesión autoinfligida , así como la colaboración del oficial de servicio y el comandante de patio, quien a su vez reflexiona que este tipo de protocolos de conducta autoinfligida se podría aplicar en la UTE unidad de tratamiento especial, de acuerdo a lo que refiere estas conductas se presentan más allí, a lo que se menciona que la idea del protocolo es estandarizar la actuación respecto a la conducta autoinfligida, para lo que consideramos importante la capacitación a servidores relacionados.

Para la iniciación y en el patio en el cual se desarrolló la prueba piloto y de acuerdo a lo propuesto en el flujograma planteado en el momento que la persona líder o de comité de salud que es una persona también privada de la libertad llama al comandante de patio para avisar al área de sanidad debe correr ya que no cuenta con citófono ni con radio, lo que nos lleva a considerar la necesidad de ajustar dicho aspecto para no tener que pensar en construir un flujograma distinto para cada patio o para cada centro de reclusión.

Se analiza que mientras la PPL es custodiada por el comandante de pabellón quien lo vigila desde la rejas, en ese cuarto hay elementos que podrían constituir peligro para la reincidencia de conducta de autolesión como palos o elementos a través de los cuales puede auto-agredirse, por lo que es importante incluir la anotación que al momento de retirar a la PPL bien sea para hacer la intervención o aislarla mientras llega el personal encargado, debe quedar en un sitio seguro, sin elementos que puede emplear para dar curso a la

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

conducta, frente a esto el dragoneante de servicio indica que al momento de ingresar al patio las PPL son requisadas con el fin de verificar que no sea ingresado ningún tipo de objeto corto punzante a través del cual puedan presentarse conductas de este tipo.

En el momento de la aplicación y ante el llamado a sanidad se les presenta una urgencia en otro pabellón por lo que no pueden acudir la médica de turno, se toma como opción solicitar apoyo por parte de un psicólogo del área de psicosocial quien acude de inmediato y se acerca a través de las rejas a intervenir, informa que por tratarse de ser uniformado en otra circunstancias se hubiese colocado bata de consultorio.

De esto surgen reflexiones importantes como el hecho de que a pesar de la existencia de psicólogos por ejemplo en psicosocial, los internos muestran resistencia por el uniforme ya que los asocian más con la custodia y vigilancia y no como profesional de apoyo en crisis, ante este tipo de eventos se puede considerar la atención por practicantes de psicología o profesional no uniformado. Se genera indicación de que al presentarse esta conducta por parte de alguno de las PPL que este medicado y su crisis sobre venga a una falta de medicamento el protocolo seria que sanidad acude y suministra medicamento.

De acuerdo al ejercicio elaborado surge la necesidad de sugerir la presencia de psicólogos que logren generar intervenciones enmarcadas en la prevención de ocurrencia de lesiones autoinfligidas intencionales que en la actualidad pueden no estar siendo atendidas de forma eficiente y oportuna, todo en aras de la preservación de la vida.

Ante la ausencia de profesionales entrenados en lo relacionado, se evidencia la necesidad que el consorcio asigne los profesionales de psicología clínica para la atención requerida y el INPEC verifique el cumplimiento del modelo de prestación del servicio. Por ello se debería tener en cuenta: (a) asegurar que el paciente en crisis no tenga o no

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

reciba elementos con los cuales se pueda lastimar; (b) las PPL de los comités y monitores de salud, podrían brindar primeros auxilios psicológicos, mientras llega el apoyo psicosocial, y/o de salud; y (c) es necesario tener en cuenta las particularidades de cada patio o pabellón. Se finaliza la aplicación del protocolo agradeciendo a las personas que colaboraron para la ejecución del mismo.

**PROTOCOLO ATENCION LESIONES AUTOINFLIGIDAS PPL**

**Apéndice E**

En la página siguiente aparece un modelo impreso del consentimiento informado



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo \_\_\_\_\_ identificado con C.C  
No.

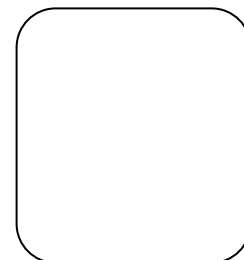
\_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ y No. de TD \_\_\_\_\_,  
ubicado actualmente en el pabellón \_\_\_\_\_ del establecimiento de reclusión  
\_\_\_\_\_.

Hago constar que tengo pleno conocimiento y acepto que el procedimiento sea atendido por la profesional \_\_\_\_\_ y cuentan con el aval del establecimiento de reclusión. De igual forma la profesional en formación me retroalimentara cuando la evaluación requerida esté finalizada con el fin de conocer los resultados.

He sido informado con anticipación que la información suministrada es absolutamente confidencial, y no tendrá ninguna repercusión para mi situación legal actual y en ningún momento será revelada mi identidad. Teniendo en cuenta los casos especiales estipulados en la ley 1090 del 2006 código deontológico y bioético (ley del psicólogo) para revelar el secreto profesional.

En forma expresa manifiesto a usted que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven.

Nombre completo \_\_\_\_\_  
No. Cedula \_\_\_\_\_  
No. TD \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_



HUELLA