



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL
SANTA FE, ARGENTINA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Trabajo Final Integrador para la Obtención de la Especialidad en Medicina
Legal

GRUPO D

**“CARACTERIZACIÓN DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN UNA
POBLACIÓN CARCELARIA DURANTE EL PERIODO 2012 – 2017”.**

Autor: **LOPEZ SACO, Manuel Alberto.**

Director del Trabajo: **DR. AMUT, Sebastián.**

Santa Fe, Argentina.

- Año 2019 -

DEDICATORIA

A Dios nuestro señor, que me enseña que la vida es maravillosa, que la meta está al final del camino, que no importa cuántas veces cambies los objetivos o los medios para llegar, lo importante es llegar y lograr lo que uno quiere en la vida con fe, dedicación y voluntad.

A mi padre, principal ejemplo, maestro y guía Dr. Lopez Saco Pedro.

A mi madre y hermana, quienes generosamente me permiten lograr cada proyecto, por su soporte constante, cariño incondicional y ejemplo.

Al Dr. Jullier Ricardo, colegas y amigos, que son el sostén para el mejor desempeño.

A todas aquellas personas, que de alguna y otra manera, supieron brindarme su apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios primero que me permitió la vida hasta este momento.

Al Dr. Pimpinella Pascual, que me oriento en la idea inicial de este trabajo.

Al director de mi trabajo, el Dr. Amut Sebastián, de quien recibí motivación, estímulo y apoyo en este proyecto.

A mi profesora, Elena Fernandez de Carreras por su colaboración constante.

A todos los que hicieron posible este trabajo.

Al laboratorio Roemmers, quien me brindo apoyo en esta formación.

A mis compañeros de trabajo.

1. RESUMEN

La autoagresión constituye una conducta poco estudiada que se observa con frecuencia entre los internos privados de la libertad en las unidades penitenciarias. El objetivo de la investigación fue desarrollar las características clínicas y epidemiológicas de los diferentes tipos de autolesiones. Cuando se habla de caracterizar, me refiero a los atributos peculiares de cada autolesión. Se realizó una revisión documentada acerca de la caracterización de autolesión no suicida en internos de una población penal en la Unidad Penitenciaria N° 11 de la Ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina; durante el periodo 2012-2017.

La autolesión (AL), se define como aquella acción lesiva que el sujeto se produce a sí mismo de forma deliberada. Es un comportamiento frecuente en ciertos grupos de reclusos ⁽¹⁾. Se las observa con frecuencia en los internos de una prisión. Se presentan como un conjunto heterogéneo de conductas, donde el privado de su libertad de forma voluntaria e intencional se produce un daño físico. Su consecuencia es el dolor, y su objetivo dañar la apariencia física o función/es del organismo, sin la intención aparente de matarse ⁽²⁾; siendo la norma que todas estas heridas autoproducidas estén bien calculadas, aunque dependiendo del tipo de lesión y de la zona de producción, raramente se pueden complicar y acabar en la muerte. También, se presentan como formas de protesta, conductas imitativas, o con la finalidad de obtener algún tipo de beneficio secundario. Las AL más frecuentes son las heridas incisas. Suelen localizarse en cara anterior del antebrazo contralateral a la mano dominante, en sentido transversal al eje corporal, y todas ellas en trayecto paralelo entre sí. Le siguen en frecuencia las contusiones, heridas punzantes y quemaduras, ingestión de cuerpos extraños y, en menor porcentaje los intentos de ahorcamiento.

PALABRAS CLAVES: autolesiones, internos, cárcel.

2. ÍNDICE GENERAL

IV

Página

1. RESUMEN	IV
2. ÍNDICE GENERAL	V
3. INTRODUCCIÓN	1
4. OBJETIVOS	3
4.1 GENERALES	3
4.2 ESPECÍFICOS	3
5. JUSTIFICACIÓN	4
6. ANTECEDENTES	5
7. MARCO TEÓRICO	5
A. DEFINICIÓN DE LESIÓN	5
B. DEFINICIÓN DE AUTOLESIÓN	6

C. LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN CÁRCELES	8
D. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LAS AUTOLESIONES	10
E. CLASIFICACIÓN DE LAS AUTOLESIONES	12
E.1. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA FORMA DE PRESENTACIÓN	12
E.2. CLASIFICACIÓN SEGÚN LA GRAVEDAD	14
E.3. CLASIFICACIÓN SEGÚN EL AGENTE PRODUCTOR	15
F. EVALUACIÓN DE LAS AUTOLESIONES	18
G. ESTABILIZACIÓN	22
8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
9. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
10. EPIDEMIOLOGÍA	24
11. DISEÑO METODOLÓGICO	25
12. MATERIALES Y MÉTODOS	25
12.1. CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	25

12.2. POBLACIÓN Y LUGAR	26
12.3. MUESTREO	26
12.4. DELIMITACIÓN TEMPORAL	26
• 12.5.A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
• 12.5.B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	26
12.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN	26
12.6 TAMAÑO MUESTRAL	27
13. ANÁLISIS DE DATOS	28
14. INSTRUMENTO DE COLECCIÓN DE DATOS	28
15. ASPECTOS ÉTICOS	28
16. RESULTADOS	29
16.1. DESCRIPCIÓN DEL NÚMERO TOTAL DE INTERNOS CON AUTOLESIONES EN EL CENTRO PENITENCIARIO N.º 11 DE LA PROVINCIA DE SANTA FE	2
16.3. IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO MÁS FRECUENTE EN INTERNOS CON AUTOLESIONES	31

16.4. DE LA DETERMINACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN DE LOS INTERNOS CON AUTOLESIONES. <u>PROCEDENCIA.</u>	31
16.5. DETERMINACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN DE LOS INTERNOS CON AUTOLESIONES. <u>ESTADO CIVIL.</u>	32
16.6. DESCRIPCIÓN DE TIPOS Y FRECUENCIA DE AUTOLESIONES. NÚMERO DE VECES.	33
16.7. DESCRIPCIÓN DE LA FRECUENCIA DE AUTOLESIONES.	34
16.8. DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS ANATÓMICAS AFECTADAS EN LESIONES AUTOINFLINGIDAS.	35
16.9. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PENAL EN INTERNOS CON AUTOLESIONES.	36
16.10. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS EN INTERNOS CON AUTOLESIONES.	37
17. DISCUSIÓN	38
18. CONCLUSIÓN	39
19. BIBLIOGRAFÍA	41
20. ANEXO	44

3. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final aborda el estudio de las autolesiones (AL) más frecuentes sin intención suicida, determinando las características de las mismas en internos privados de la libertad en una población carcelaria de la localidad de Piñero, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Al caracterizar las AL, se determinarán los atributos peculiares de cada una, clasificándolas en distintos grupos y diferenciándolas entre sí. Se las clasificará según su forma de presentación clínica, según la gravedad y según el agente productor.

Se llevo a cabo un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo; seleccionándose internos con lesiones autoinflingidas durante en el período comprendido 2012-2017. En todos los casos, el interno refirió autolesionarse y se constataron las lesiones. No obstante, las conductas autolesivas pueden ser manifestadas por el interno o por terceros, o inferidas por el profesional del equipo de salud y/o personal penitenciario ⁽³⁾.

El interés médico, clínico y social sobre este tema ha ido en aumento, pues resulta vital entender por qué los individuos privados de la libertad, empiezan a autolesionarse, dado el aumento de la frecuencia de esta conducta en los últimos tiempos.

La incidencia de este tipo de conductas en reclusos no está bien documentada en nuestro medio, existiendo escasa evidencia respecto a los motivos que inducen a los presos a autolesionarse.

Los datos de este trabajo, se han obtenido de las historias clínicas, libros médicos y diferentes registros encontrados. No obstante, estos no son buenos estimadores del número real de internos que realizan este tipo de conducta, ya que muchos de ellos no acuden al servicio médico para su correcta atención. Además, los datos obtenidos de esta forma dependen en gran medida de los distintos registros, y la validez de los mismos es cuestionable.

La experiencia de los galenos de turnos en centros penitenciarios nos dice que los registros existentes son escasos, insuficientes y hasta mal confeccionados en algunos casos.

Las AL más frecuentes son las heridas incisas, poco profundas, que raramente afectan el tejido celular subcutáneo. Suelen localizarse en cara anterior del antebrazo contralateral a la mano dominante, en sentido transversal al eje corporal, y todas ellas en trayecto paralelo entre sí. Son poco frecuentes las que afectan otras zonas del cuerpo (*tórax, abdomen, cuello, etc*). Le siguen en frecuencia en este estudio las contusiones, heridas punzantes y quemaduras. Los cuerpos extraños son de lo más variado, desde hojas de máquinas de afeitar hasta pilas. También, pero en menor presentación se incluye dentro de las AL a los intentos de ahorcamiento e ingestión de cuerpos extraños.

4. OBJETIVOS

4.1 GENERALES: Describir las características de las lesiones autoinflingidas más frecuentes en internos de una población penal rosarina, durante el período 2012 – 2017.

4.2 ESPECÍFICOS:

- Conocer el número de internos autolesionados en el período estudiado.
- Determinar y evaluar los tipos y frecuencia de las lesiones autoinflingidas.
- Identificar la edad y género más frecuente de los involucrados en lesiones autoinflingidas.
- Conocer cuál es la presentación más frecuente de AL en esta población.
- Determinar algunas características sociodemográficas de los autolesionados (*procedencia y estado civil*).
- Registrar cuáles son las áreas anatómicas más frecuentemente afectadas en casos de lesiones autoinflingidas.

5. JUSTIFICACIÓN

Los episodios de autolesiones dentro de un centro penitenciario, pueden considerarse como una epidemia de grandes proporciones y aún no se sabe con certeza el por qué ocurre, cómo se puede tratar y prevenir. Este trabajo, pretende dar una visión social e integradora de todos los factores que pueden rodear a las lesiones autoinflingidas. Cabe destacar la necesidad de conocer las características de las mismas en el medio penitenciario, así como su abordaje médico legal.

En el caso de internos que recurren a las AL en reiteradas oportunidades, se pretende realizar un abordaje más profundo. Es necesario la elaboración de un protocolo de actuación para todo el equipo sanitario (*médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, educadores, etc*) ante estas situaciones.

Con los resultados obtenidos, se pueden identificar los principales factores de riesgo relacionados a internos con conductas autodestructivas. Además, con el conocimientos de estos, se favorecería la creación de políticas y estrategias de prevención para realizar una intervención oportuna y evitar mayores riesgos.

6. ANTECEDENTES

Si bien existe en Argentina un Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEPP) con informes de cada provincia que aporta información valiosa y necesaria, el mismo no contempla estadísticas sobre episodios de autolesiones y su caracterización. No se encuentran investigaciones científicas en nuestra provincia que hayan reportado las diferentes características de AL en una población de reclusos. La importancia de presentar estadísticas reales y confiables para la aplicación en el ámbito médico legal, así como conocer los factores de riesgo en esta temática; es de suma importancia para la creación de protocolos de actuación, al tiempo que den lugar a cuestiones acerca de su intervención oportuna.

7. MARCO TEÓRICO

A. DEFINICIÓN DE LESIÓN

Desde el punto de vista médico una lesión es "el producto de un traumatismo o la secuela orgánica o fisiopatológica que un organismo experimenta como consecuencia de una noxa externa" ⁽⁴⁾. Desde el punto de vista jurídico, se define como lesión a: *"todo daño en el cuerpo o en la salud"* ⁽⁴⁾.

B. DEFINICIÓN DE AUTOLESIÓN

En la literatura científica la autolesión, es un término aceptado y elegido por la mayoría de los autores, nombrado y usado con muchos sinónimos de referencia como automutilación, autoflagelación, daño autoinfringido, autoagresión, autoinjuria, y autoabuso. De cualquier modo, la autolesión puede ser única o realizada en varias partes del cuerpo, cortes, quemaduras, arañazos, mordeduras, golpes, traumatismos, esguinces, fracturas, raspase en exceso, arrancar los pelos, amputación (senos, dedos, genitales y extremidades), así como ingerir objetos o incluso la autoincrustación que consiste en introducir cuerpos extraños en la piel.

Una conducta autolesiva se define como “toda conducta deliberada destinada a producirse daño físico directo en el cuerpo, sin la intención de provocar la muerte”⁽²⁴⁾. Es un acto deliberado, no se trata de algo accidental, sino que es intencional y directo, es decir, que busca tener un impacto inmediato sobre el cuerpo⁽⁵⁾. Esta definición excluye los rituales y prácticas culturales. En estas últimas, las AL son repetidas por muchas generaciones; en general son de la misma naturaleza, enmarcadas en un contexto de creencias y tradiciones compartidas por todos sus miembros. En consecuencia constituyen un acto de pertenencia a una cultura. El concepto también excluye el beber, fumar y comer en exceso pues si bien generan un daño, la principal motivación de estas conductas es la búsqueda de placer, por lo que no son consideradas autoinjurias, aunque indudablemente provocan daño a largo plazo.

Existen diferentes formas de AL entre los reclusos: heridas cortantes y contusiones en miembros, quemaduras, ingestión de cuerpos extraños de lo más variado, amputaciones parciales y/o totales de diferentes partes del cuerpo, intentos de ahorcamiento, huelga de hambre llevadas al extremo de coserse los labios. Por otro lado, cuando se habla de AL, se refiere a lesiones no mortales. Son todas aquellas que no producen la muerte, sino que sin complicaciones o con ellas evolucionan hacia curación que puede tener lugar con una *retitutio ad integrum*

anatómica y/o funcional, o con secuelas. Son siempre lesiones incisivas, lineales de escasa profundidad, paralelas, que hallan su ubicación en regiones de fácil acceso.

Por otro lado, las AL constituyen las principales herramientas de visibilización de los reclamos de toda índole, en tanto la situación extrema de vulneración de derechos en contexto de encierro hace que el detenido sólo disponga del propio cuerpo para negociar ⁽²³⁾. La ingestión de elementos no consumibles como trozos de hojas de afeitar, vidrio, entre otros objetos se lleva a cabo con la misma finalidad de las autolesiones, es decir, para impedir la realización de ciertos actos percibidos como perjudiciales por el interno. En menor medida, los intentos de ahorcamiento y sutura de labios (*huelga de hambre*), etc, son utilizadas como formas de obstruir la concreción de decisiones penitenciarias (*traslados, impedimentos de ingreso de visitantes, aplicación de sanciones, etc*) ⁽⁶⁾.

Las conductas autolesivas no deben minimizarse. Exponen a este grupo a situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que padece un individuo. La intervención del equipo de salud del penal posibilitaría el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de las mismas.

Desde hace unos 20 años aproximadamente, la autolesión comienza a tener un impacto social importante en los adolescentes y mujeres, pasando de ser un tabú a tener una alerta social considerable. Este gran aumento de las AL en estos dos grupos mencionados, dio lugar a un aumento en el número de trabajos realizados centrados en estudiar esta problemática para identificar la comorbilidad y diseñar protocolos de actuación pertinentes. No se estudiaron estas conductas autolesivas en individuos privados de la libertad. Ante la falta de estudios en profundidad, este trabajo pretende dar una visión integradora de todos los factores que pueden rodear e influir a las lesiones autoinflingidas que ocurren en los centros de detención. Cabe enfatizar la necesidad de conocer todas las características de las AL, debida a la poca información existente en esta población, así como su abordaje médico legal,

implementando el manejo de guías y/o protocolos de actuación para el correcto abordaje de de las mismas.

C. LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN CENTROS DE DETENCIÓN PENITENCIARIA

Desde su nacimiento como institución, las cárceles argentinas poco han cambiado. Los individuos privados de la libertad en el Sistema Penal Argentino, se encuentran internados en los centros penitenciarios que se conciben arquitectónicamente con tipología modular. Estos centros, se rigen por la Ley 24.660 (Ley de ejecución de la pena privativa de la libertad), y son espacios destinados a la educación y reinserción social de los internos, al mismo tiempo que garantizan seguridad y custodia de los mismos durante su proceso y/o condena.

Los orígenes de la autolesión como finalidad reivindicativa en el medio penitenciario argentino si bien datan de larga data, no existe hoy en día un registro fidedigno de las mismas ya que en la mayoría de los casos no se registran las AL como corresponde. Las AL en las cárceles argentinas, empiezan a aparecer masivamente consistentes en heridas incisas en diferentes partes del cuerpo. Los internos, las practican como un medio de protesta con fines reivindicativos, como arma de coacción y de presión ante el Poder Judicial y las autoridades penitenciarias, demandando mejores medidas de reinserción o con el fin de obtener algún beneficio.

En nuestro imaginario social, tiene poca importancia el hecho de que un interno o recluso se autolesione. Por ello, no se les presta la atención adecuada y necesaria.

En reclusión, los individuos no pueden descargar la tensión al igual que lo hacían en libertad, partiendo del hecho de que algunos, con tendencias antisociales, antes de acabar detenidos, encontraban distracciones y estímulos de distintas maneras no permitidas en el medio penitenciario ⁽²⁰⁾. Al ingresar en prisión se les restringe la libertad de elección y se reducen de manera considerable sus fuentes de estímulo externo, apareciendo la autolesión también como un medio de descarga emocional ⁽⁷⁾. Otra utilidad de las autolesiones es su uso como una herramienta de supervivencia. Un interno que presenta una autolesión puede ser trasladado al servicio médico del penal o a un centro de mayor complejidad (Hospital), sacándolo de un lugar considerado peligroso por la presencia de otros presos. Algunos lo hacen como forma de desahogo ante situaciones estresantes o problemas conductuales que provocan cortes o heridas de las que el servicio médico no llega a tener conocimiento. A veces las resuelven ellos mismos como pueden, eludiendo el parte de lesiones que se emite en estas situaciones. Los internos desean tener control sobre sus vidas, necesitan sentir que hay ciertos aspectos de su existencia que nadie más puede dictarle. En el medio penitenciario argentino, la mayoría de las autolesiones son de pronóstico leve, ya que su fin no es el suicidio, pero puede llegar a tener graves consecuencias. En ciertas ocasiones, la autolesión aparece como consecuencia de alguna deuda que no es posible pagar, o como “contagio”, así tras la AL de un interno, otros copian su conducta con la intención de obtener algún beneficio o psicofármaco ⁽⁸⁾.

Como cualquier enfermedad, muchas veces, la mayoría de los médicos se preocupan exclusivamente de la lesión física, sin indagar en profundidad en las condiciones y entorno que han generado la situación para que esta se produzca, y estudiar la etología de estas manifestaciones, ya que no sólo es importante “*el cómo*”, sino también “*el por qué*”. Ante un primer intento, sería necesario un estudio profundo a fin de evitar su reiteración, aunque la experiencia es clara, y nos dice que quien se ha autolesionado una vez, vuelve a repetir. La reincidencia autolesional es la regla en la mayoría de los casos ^(7,9).

El uso de distintas técnicas de autolesión varía en función de la disponibilidad de los elementos necesarios para producirla y de la recompensa/beneficio obtenido por la consecución de la autolesión y de la gravedad de la misma ⁽¹⁹⁾.

D. CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LAS AUTOLESIONES

No existe una definición de autolesión que englobe y enumere todos y cada uno de los tipos de AL. Hay autores que incluyen como conductas autolesivas desde las más leves hasta la ideación suicida, y otros, más restrictivos, excluyen aquellas conductas cuyo objetivo principal sea el suicidio ⁽²¹⁾. En este trabajo, no se considerará a los intentos de suicidios dentro de la AL. Los mismos, presentan otros mecanismos fisiopatológicos que escapan al objeto de estudio de este trabajo.

Antes de clasificar la autolesión, es necesario abordar una serie de elementos que permitirán una mejor comprensión de cada tipo, identificaron tres componentes en los actos de autolesión: dirección, letalidad y repetición. El primer componente de la autolesión, la dirección, se refiere a que tan intencional fue la conducta. Un acto con intención es aquel que se logra en un lapso de tiempo corto, se está consciente de los efectos dañinos que tiene y se busca lograrlos. De no ser así, se considera un acto indirecto de autolesión. El segundo componente de la autolesión, la letalidad, se refiere a la posibilidad de que el acto resulte en la muerte, ya sea de inmediato o en un futuro próximo. En un acto letal casi siempre la intención es la muerte. Si no se quiere o se piensa en la posibilidad de morir, el acto no tiene el componente de letalidad. El tercer componente de la autolesión, la repetición, hace referencia a si el acto se hace una vez o se repite con frecuencia por un período de tiempo.

Podemos enumerar las siguientes características de las lesiones autoinflingidas ⁽⁵⁾ en prisiones argentinas:

- 1. Daño físico**, que incluyen diferentes tipos de autolesiones.
- 2. Intencionalidad**, no se tratan de accidentes.
- 3. Baja letalidad**. El interno que se autolesiona no busca conscientemente terminar con su vida.
- 4. Socialmente inaceptable**. En cárceles, se puede llevar a cabo por solidaridad de modo “contagioso” y algunas veces para demostrar la pertenencia a un grupo o para seguir a un líder/jefe ⁽⁸⁾.
- 5. No hay causa física ni enfermedad mental**. La AL no es debida a una causa física, una enfermedad o deficiencia mental. Existe la intencionalidad consciente ⁽¹²⁾.
- 6. Mecanismo de enfrentamiento**. Para reducir las tensiones emocionales del encierro ⁽¹³⁾.

E. CLASIFICACIÓN DE LAS AUTOLESIONES

Se clasificarán las AL según ⁽²²⁾.

E.1 Formas de presentación clínica.

E.2 Gravedad.

E.3 Agente Productor.

Se hará mas hincapié en estas últimas, ya que esta clasificación, caracteriza cada tipo de AL.

E.1. CLASIFICACIÓN DE LAS FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS AUTOLESIONES

1. Conductas autolesivas mayores.

Son actos infrecuentes que producen grave daño, tales como castración, enucleación ocular y amputación de extremidades. Su aparición es repentina, impulsiva y cruenta.

2. Conductas autolesivas estereotipadas.

Este tipo de conductas se observan con mayor frecuencia en trastornos mentales y patologías neurológicas. Los pacientes se golpean la cabeza repetitivamente, se muerden labios, lengua, mejillas y manos, se rasguñan la piel, se golpean la cara y se tiran el cabello. En general, la severidad del daño es moderado

y poseen una frecuencia altamente repetitiva y un patrón de presentación rígido e inflexible. Infrecuentes en nuestro medio penitenciario.

3. Conductas autolesivas compulsivas.

Abarcan conductas repetitivas como rascarse reiteradamente la piel produciéndose excoriaciones, morderse las uñas o tirarse el cabello. La intensidad del daño es leve a moderada, con una frecuencia repetitiva y un patrón compulsivo.

4. Conductas autolesivas impulsivas.

Las más frecuentes son cortarse o quemarse la piel, introducirse objetos punzantes en espacio subdérmico, creando incluso cavidades en los tejidos. La severidad del daño fluctúa de leve a moderado, se presenta ocasionalmente y puede ser ritualizado, y/o simbólico. Esta categoría se puede subdividir además en autoagresiones impulsivas episódicas y autoagresiones repetitivas. En las impulsivas episódicas existe un temor constante por dañarse a sí mismo, es decir, la conducta se vive con egodistonia, el sujeto intenta resistirse a los impulsos autolesivos pero fracasa en forma recurrente. En general, en este tipo de conductas se observa un aumento de la tensión previa a autoinferirse el daño físico, con gratificación o alivio posterior a la ejecución de la lesión. En las autoagresiones impulsivas repetitivas se especula la existencia de cierta predisposición obsesivo-compulsiva. La conducta puede darse con una frecuencia casi diaria, sin un claro evento precipitante externo o interno, y se presenta con un patrón compulsivo-adictivo.

E.2. CLASIFICACIÓN DE LAS AUTOLESIONES SEGÚN LA GRAVEDAD

A continuación, clasificamos los tipos de AL en tres tipos.

1. SUPERFICIAL

- Alta frecuencia. Se considera cuando son menos de 11 episodios.
- Usan formas capaces de causar daños en gran parte de forma superficial del tejido (por ejemplo, rascarse o interferir en la herida).
- Este es el nivel de menos gravedad de letalidad.

2. AGRESIVA / LEVE DAÑO TISULAR

- Baja frecuencia.
- Usan formas capaces de causar daños leves en los tejidos (por ejemplo, pequeños pinchazos y hematomas).
- Tienden a utilizar varias formas a través del tiempo.
- Los miembros de esta clase se encuentran en un mayor riesgo de suicidio, de una historia de trauma y de trastornos alimentarios en comparación con la clase superficial y los que no se autolesionan.

3. CRÓNICO / ALTA GRAVEDAD

- Alta frecuencia de autolesión a lo largo de la vida (más de 11 incidentes).
- Usan formas capaces de causar alto daño en los tejidos (por ejemplo, el corte, la ingestión de sustancias cáusticas, ruptura de hueso, etc).
- Tienden a utilizar varias formas a través del tiempo.
- Los miembros de esta clase tienen el mayor riesgo de suicidio, de historia de trauma y trastornos alimentarios en comparación con otras clases de autolesión y con los no autolesionadores.
- Los miembros de este grupo son más propensos a cumplir con el clásico estereotipo de "cutter" (por ejemplo, tienen rutinas de autolesión, reportan algún grado de dependencia percibida a la autolesión, informan lastimarse más de lo previsto y de la interferencia en la vida como resultado de su autolesión).

E.3. CLASIFICACIÓN DE LAS AUTOLESIONES SEGÚN AGENTE PRODUCTOR

1. **Autolesiones por heridas incisas**: Es la práctica más común. Suelen realizarse principalmente en cara anterior de brazos y antebrazos, siendo el lado izquierdo el más habitual por haber una mayor cantidad de personas diestras. Las podemos encontrar además también a nivel abdominal y cara anterior del muslo. No suele ser graves a menos que se afecte algún vaso importante de la zona. Es destacable la escasa aparición de infecciones en la zona lesionada a pesar de la poca asepsia de los elementos usados. Los instrumentos más comúnmente utilizados son las cuchillas obtenidas de las maquinas de afeitar desechables. Este tipo de herida suele ser superficial. Lo más frecuente es el uso de múltiples y distintos métodos en cada ocasión. Como secuela principal, tenemos los queloides,

bien por la cicatrización por segunda intención, ya que no se consiente en suturar o el mismo se retira la sutura⁽¹⁵⁾.

2. Autolesiones por cuerpos punzantes: Están producidos por elementos punzantes, de pequeño diámetro y creados por el propio interno. De menor frecuencia con respecto a las anteriores. Son muy pocos los casos que finalmente requieren intervención quirúrgica por afectación visceral.

3. Autolesiones por ingestión de cuerpos extraños: Es el método de autolesión que tiene un mayor carácter reivindicativo, sin que exista finalidad suicida. Entre la variedad de objetos a ingerir encontramos multitud de posibilidades. Los objetos potencialmente agresivos para el tracto digestivo son envueltos en papel o cinta para tratar de minimizar los daños y así demandar una asistencia sanitaria urgente, refiriendo, invariablemente, dolor agudo a nivel abdominal. Estos objetos son fácilmente visibles con una radiografía simple de abdomen. La ingestión de cuerpos extraños se realiza con el objetivo de ser trasladado a un centro hospitalario de mayor complejidad, donde el régimen disciplinario suele ser menos severo. En la práctica diaria, se observa la ingesta de cuchillas de afeitar envueltas en nylon o cinta (*para evitar complicaciones*). La eliminación de estos objetos suele ser por vía natural. Se ayuda la eliminación mediante una dieta rica en fibras y vaselina líquida, manteniendo una actitud conservadora y expectante cuando se presume que el cuerpo extraño puede ser eliminado por vía natural (*siempre que no existan signos de peritonismo*). Como complicación más relevante, nos encontramos con las perforaciones en la zona donde se halle enclavado el objeto (*abdomen agudo perforado*), siendo la resolución por vía quirúrgica. En los multirreincidentes puede aparecer una fistulización del trayecto. No suelen ocasionar cuadros de gravedad, salvo en los individuos multirreincidentes o con escasa experiencia penitenciaria en este tipo de autolesiones.

4. Absceso producido por heces: De muy baja frecuencia en nuestro medio. Los internos, con una aguja e hilo de coser, impregnan las mismas con sus propia materia fecal. Luego, se dan una puntada en alguno de los miembros. Como reacción se produce un absceso, que necesita de resolución quirúrgica en centro de mayor complejidad.

5. Traumatismos contusos: Frecuentes. Se producen por golpear la cabeza y/o las manos en la pared u otros objetos contundentes, lo que ocasiona heridas contusas e inflamatorias y hematomas. Generalmente de poca importancia.

6. Fracturas y esguinces autolesionales: De muy baja frecuencia.

7. Infección simulada: No es un método habitual. Están descriptos casos en la bibliografía que intentaron simular una infección tuberculosa y así ser trasladado al hospital.

8. Autolesiones por inyección de saliva: Este tipo de autolesión ocasiona cuadros sépticos locales y a veces sistémicos. Con una evolución impredecible. Infrecuente.

9. Autolesiones por quemaduras: Frecuentes. Suelen producirse con cigarrillos, como denuncia por parte del recluso de malos tratos o para eliminar tatuajes mediante la aplicación de objetos metálicos calientes.

10. Otros tipos de AL: Entre la multitud de variedades posibles, tenemos el auto cosido de los párpados y boca (*baja frecuencia*), hacerse tatuajes sin asepsia (*frecuente*), amputación parcial de miembros (*dedos*) e interferir en la cicatrización de las heridas.

El hombre, privado de libertad y en determinadas circunstancias, puede llegar a producirse a si mismo cualquier tipo de autolesión, llegando incluso a la muerte. En prisiones existe lo que se llama el autolesivismo subcultural cuyo principal objetivo es la manipulación del entorno para conseguir beneficios, o como la pertenencia a un grupo o a un líder ⁽¹⁶⁾.

F. EVALUACIÓN DE LA AUTOLESIÓN

Idealmente, el equipo de sanidad debería conversar con el recluso que se autolesiona inmediatamente después de la evaluación física. Es sumamente importante, la recopilación de información básica acerca de la AL para realizar un abordaje correcto, a tiempo e interdisciplinario.

Se debe evaluar:

- Historia.
- Frecuencia.
- Tipos de métodos utilizados.
- Detonantes.
- Propósitos.
- Declaraciones.

- La búsqueda de ayuda y apoyo.

Evaluación clínica

La evaluación médico clínica completa debe efectuarse en todos los casos independientemente del motivo específico de consulta. Por ejemplo: si consulta por cortes superficiales, se deben buscar lesiones ocultas. Hay que realizar un examen físico completo considerando tanto cortes en el cuerpo, signos de asfixia y otros.

Evaluación psíquica

Es indispensable para la toma de decisiones en la asistencia inmediata de la persona con conductas autolesivas. Puede ser realizado por el profesional médico, de salud mental o integrante del equipo a cargo.

Evaluación del estado de conciencia

Vigil, obnubilado o confuso inconsciente, hipervigilante.

Evaluación del grado de orientación

Autopsíquica y alopsíquica.

Evaluación del estado cognitivo global

Atención, concentración y memoria.

Evaluación del aspecto físico

Descuidado, vestimenta extravagante o bizarra, falta de higiene.

Evaluación del estado motriz

El trastorno del comportamiento gestual y motor constituyen una forma privilegiada de expresión patológica, inquietud, desasosiego, hiperactividad motriz, impulsividad, excitación, inhibición, catatonía.

Actitud

Colaboradora, reticente, querellante, agresiva, inhibida.

Lenguaje

Verborrágico, mutismo, habla espontáneamente, neologismos.

Alteraciones de la sensopercepción

Alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, cenestésicas.

Afectividad

Humor expansivo (*manía*), humor deprimido (*depresión*), indiferencia afectiva (*esquizofrenia*), labilidad.

Sueño

Insomnio o hipersomnio.

Actitud alimentaria

Anorexia, negativa a comer, hiperorexia.

Juicio

Conservado, desviado.

Se debe prestar especial atención y tomar medidas de cuidado necesarias frente a la persona que presente un nivel de ansiedad alto (*expresada por hiperactividad motriz, y/o psíquica, desasosiego*):

- Llanto incoercible.
- Actitud o conducta lesiva.
- Amenazas verbales o actitud amenazante.

- Retraimiento, hermetismo, mutismo o catatonía.
- Actitud desconfiada, temerosa o francamente paranoide.
- Estado alucinatorio franco - Confusión mental.

G. ESTABILIZACIÓN

Se debe realizar el tratamiento médico habitual de los síntomas físicos y/o lesiones si las hubiera, más el tratamiento de los síntomas psíquicos que se presenten en la urgencia, priorizando la contención con intervención verbal. Se debe hacer uso de intervención farmacológica y/o contención física en caso de ser necesario e indicada por especialista en cada caso. En caso de excitación psicomotriz franca que no responde a la contención verbal, hay que implementar contención medicamentosa y/o física (*por grupo organizativo de la restitución del orden - GORO*), teniendo la precaución de que la sedación no interactúe o potencie los efectos de otro cuadro.

8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente no se cuenta con estudios estadísticos fidedignos en cuanto a lesiones autoinflingidas notificadas en centros penitenciarios de la provincia de Santa Fe. A esto, hay que agregar el hecho que algunas de estas prácticas se realizan de forma privada y secreta, sin conocimiento por parte del personal sanitario cuando las heridas son superficiales o de fácil curación por parte del propio recluso.

En los últimos años, el interés de los investigadores sociales y clínicos hacia las AL se ha incrementado de manera significativa, no solo porque estas conductas se hacen cada vez más frecuentes entre los internos. Algunos autores afirman que podrían constituir predictores de posibles intentos suicidas según algunos estudios⁽¹⁴⁾.

Si bien existe el “Sistema Nacional de Estadísticas de Ejecución de la Pena – SNEEP” el mismo no contempla en sus estadísticas a las autolesiones de los internos. Este sistema depende de la Dirección Nacional de Política Criminal en Materia de Justicia y Legislación Penal, Subsecretaría de Política Criminal, Secretaría de Justicia, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

El presente trabajo tiene la particularidad de ser el primero en su tipo en nuestra provincia. Es interesante detectar y trabajar con una persona con posible riesgo de autolesionarse para actuar anticipadamente.

9. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de las lesiones autoinflingidas más frecuentes en personas privadas de la libertad en el centro Penitenciario N.º 11, de la localidad de Piñero, Rosario, Santa Fe, Argentina; entre el año 2012 y 2017?

10. EPIDEMIOLOGÍA

No existen datos reales de la incidencia y prevalencia de las AL debido al carácter tabú en que está rodeado hasta el punto de considerar como extravagante a los sujetos autolesionados y de estigmatizar por parte de los profesionales sanitarios en particular y por la población en general a los mismos. Dichos actos se consideran desadaptativos e incluso inaceptables, ya que no tienen una función de supervivencia. Estos factores influyen notablemente en que las estadísticas parezcan mermadas en un porcentaje importante de casos.

Ante la falta de estudios en profundidad, se carecen de protocolos de actuación en los centros de detención que nos ayuden a entender este tipo de conductas, así como de unos parámetros estandarizados que nos ayuden a prevenir las mismas ⁽¹⁷⁾.

11. DISEÑO METODOLÓGICO

En los meses previos a la elaboración del presente trabajo, se solicitó autorización al director del centro Penitenciario N.º 11 de la localidad de Piñero, Rosario, Santa fe para desarrollar el trabajo. **Se adjunta autorización en el anexo.**

12. MATERIALES Y MÉTODOS

12.1 CARACTERÍSTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Con el objetivo de caracterizar las lesiones autoinflingidas en una población penal determinada, se diseñó un estudio **descriptivo**. Los datos obtenidos de las historias clínicas y legajos de los internos, han sido utilizados con finalidades puramente narrativas y han resultado útiles para generar la pregunta de investigación. Se considera un estudio **transversal**, porque los datos obtenidos de cada interno representan un momento dado en el tiempo (*Período comprendido entre el 01 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2017*). Es **observacional**, porque se ha limitado a observar, cuantificar, medir y analizar la frecuencia de determinadas variables. Por último, es **retrospectivo**, porque su diseño es posterior a los hechos estudiados, de forma que los datos se han obtenidos de las carpetas médicas, informes y libro de novedades (*report médico*).

Cabe enfatizar la necesidad de conocer las características de las lesiones autoinflingidas, debida a la poca información existente en nuestro medio, así como su abordaje médico legal.

12.2 POBLACIÓN Y LUGAR

Unidad Penitenciaria de Detención N.º 11, Piñero, Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina.

12.3 MUESTREO

Pabellones de régimen diferenciado (*Resguardos de módulos A, B,C,D,E,y F*). Cada uno de estos pabellones tiene capacidad de hasta 10 internos.

12.4 DELIMITACIÓN TEMPORAL

Se tomo el período desde el 01 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2017.

12.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- **Criterios de inclusión:** Internos con lesiones autoinflingidas documentadas en historias clínicas, legajos, reports y/o libros médicos, durante el periodo estudiado.
- **Criterios de Exclusión:** Se excluyeron aquellos internos con lesiones autoinflingidas alojados en pabellones de régimen normal durante el periodo estudiado.

12.6 TAMAÑO MUESTRAL

Se contó con la colaboración de la unidad penitenciaria N° 11 de la localidad de Piñero, Rosario, Santa Fe, Argentina. En los meses previos a la realización del presente trabajo, se obtuvo la autorización correspondiente de la dirección de esta unidad penitenciaria para realizar el mismo.

Se tuvo acceso a todos los módulos y pabellones de este centro penitenciario. De los 26 pabellones en 6 módulos existentes (*Módulos A, B, C, D, E y F*) en esta unidad penitenciaria; se incluyeron como "muestra" en este trabajo solo los pabellones de regímenes diferenciados conocidos como "Resguardos A, B, C, D, E y F". Dichos módulos, resguardan y custodian a internos procesados como condenados. Los sujetos seleccionados fueron 3456 reclusos. El rango de edad osciló entre los 18 y 65 años. Los datos, se recogieron de las carpetas médicas de los internos, legajos y registros de los diferentes libros médicos y documentación archivada. Se incluyeron todos los episodios de AL reconocidos por el servicio médico del centro penitenciario. Se recolectaron de los legajos datos referentes a información personal, social y penitenciaria. Dentro de las características personales, se registro la edad, género, lugar de procedencia y estado civil. La situación penal se categorizó en internos procesados y reclusos condenados. Las características cognitivas incluyeron datos referentes a estudios de educación general básica.

13. ANÁLISIS DE DATOS

Para poder dar salida a los objetivos se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos. Las variables analizadas fueron: edad, género, estado civil, situación penal, procedencia, frecuencia y tipo de lesiones autoinflingidas y localización de las mismas. Para la confección de gráficos, estadísticas y análisis de los datos, se utilizó *PYTHON* con *SEABORN* y *MATPLOTLIB*.

14. INSTRUMENTO DE COLECCIÓN DE DATOS

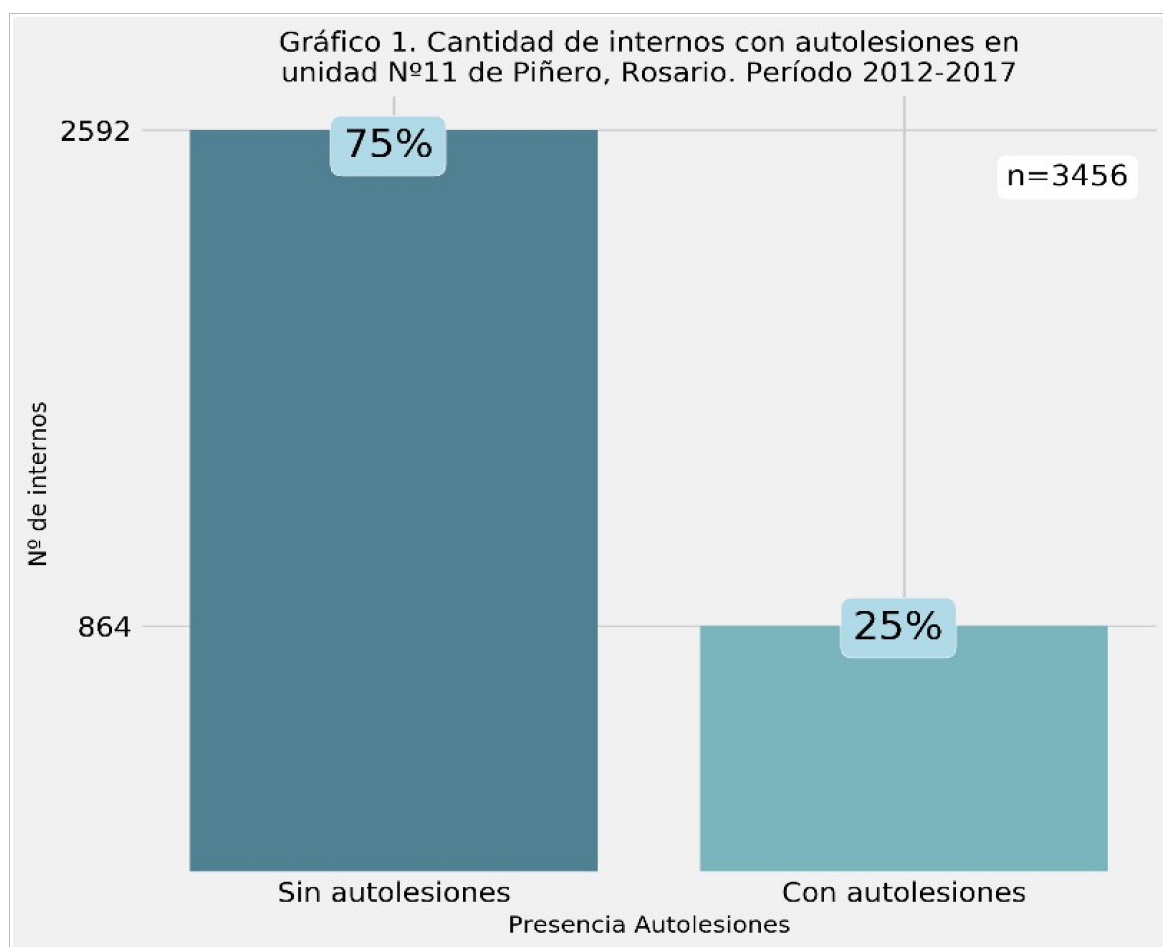
Se utilizó información de historias clínicas, expedientes clínicos, constancias de atención en libros y/o reports médicos del centro penitenciario N.º 11 de las Provincia de Santa Fe en el período estudiado.

15. ASPECTOS ÉTICOS

Este trabajo cumple con las normas básicas de ética en trabajos de investigación, respetando los principios de confidencialidad de los datos colectados (*anonimidad*) ⁽¹⁸⁾. Para ello se identificó a cada interno con el número de matrícula asignado al ingreso, independientemente de las otras variables estudiadas.

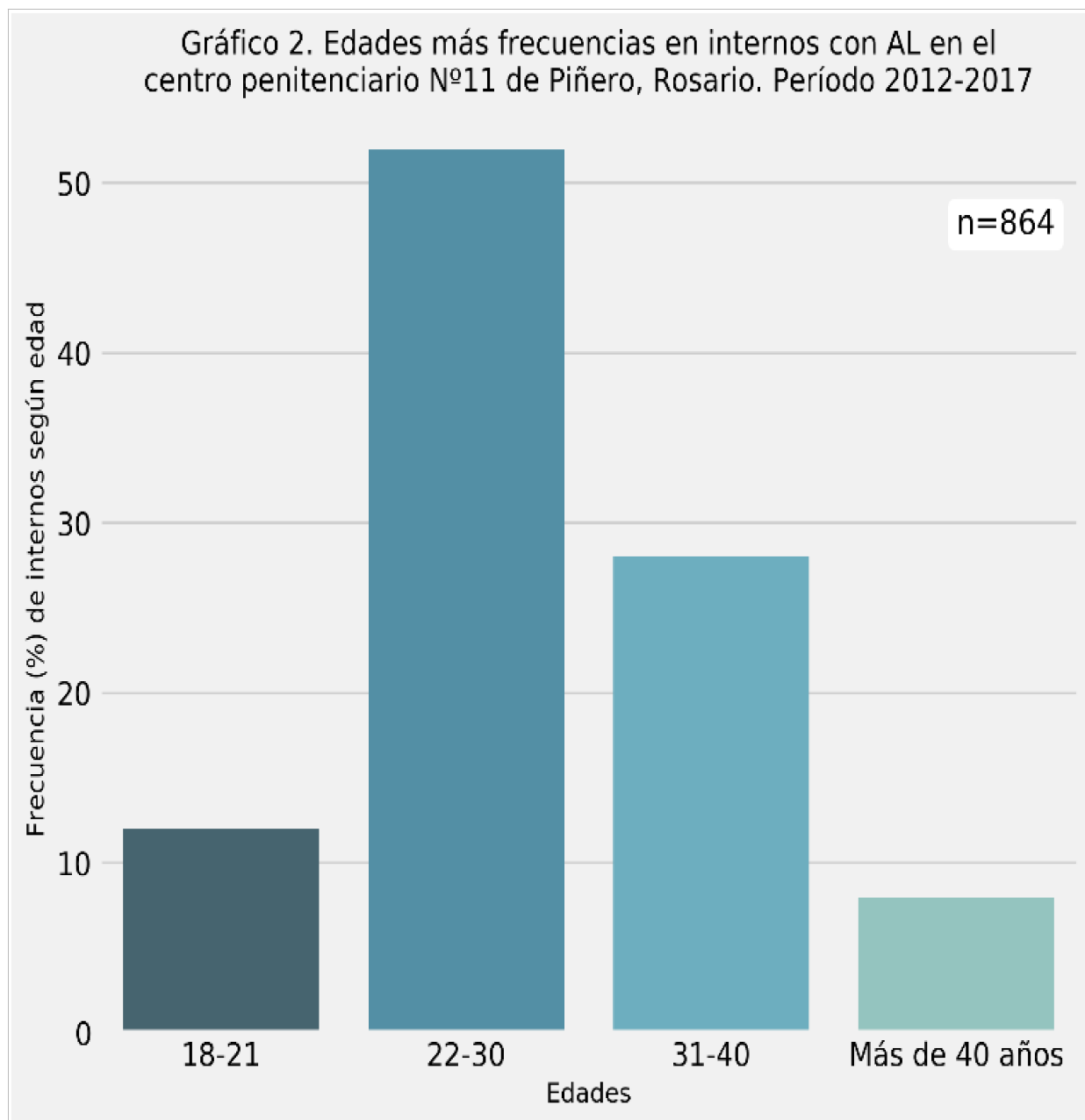
16. RESULTADOS

16.1. DESCRIPCIÓN DEL NÚMERO TOTAL DE INTERNOS CON AUTOLESIONES EN EL CENTRO PENITENCIARIO N.º 11 DE LA PROVINCIA DE SANTA FE.



De los 3456 internos del Centro de Penitenciaro de Piñero, se pudo encontrar 864 casos de individuos con AL documentadas, lo que equivale a un 25% en relación a la población total estudiada.

16.2. IDENTIFICACIÓN DE LA EDAD MÁS FRECUENTE EN INTERNOS CON AUTOLESIONES.

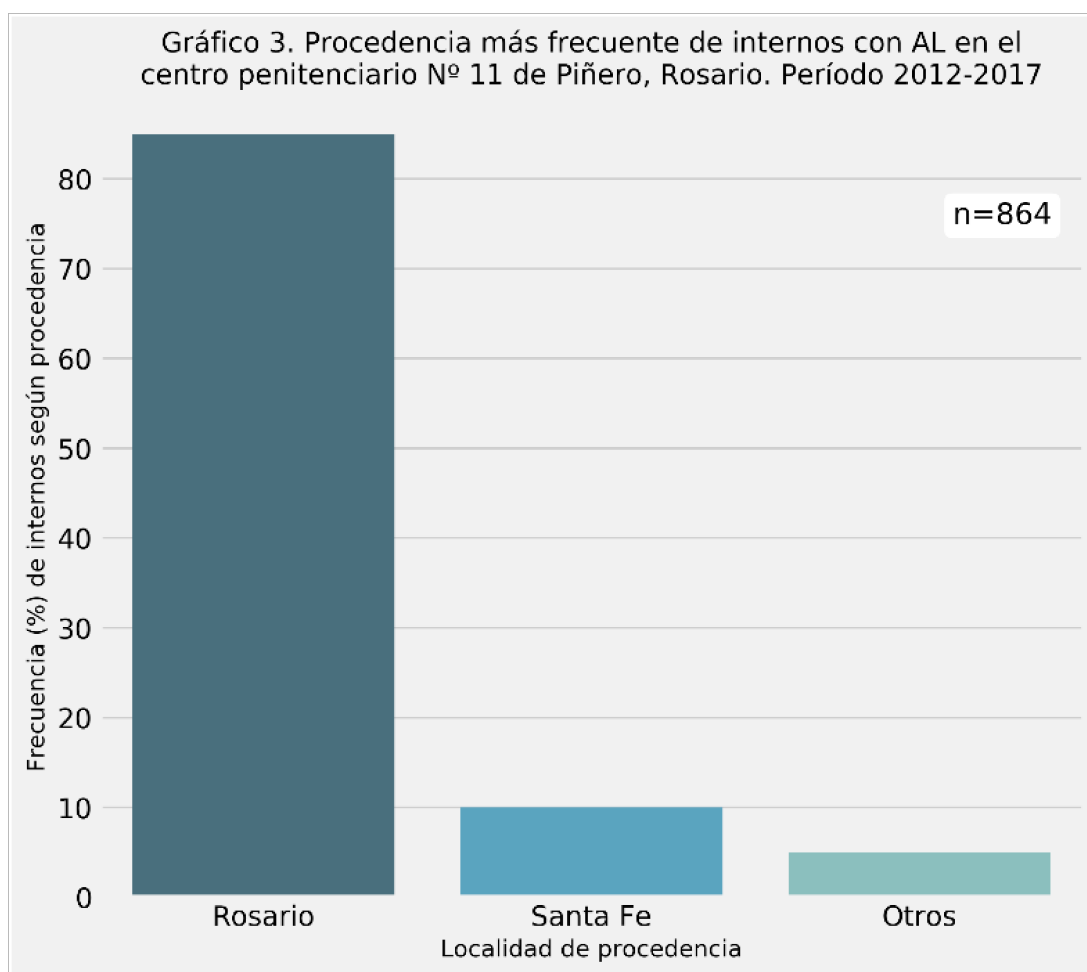


Los valores encontrados para la edad son para 18-21 años un total del 12%, para 22-30 años un total del 52%, 31-40 años un total de 28 % y para mayores de 40 años solo el 8 %.

16.3. IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO MÁS FRECUENTE EN INTERNOS CON AUTOLESIONES

El 100% de la población estudiada pertenecían al género masculino.

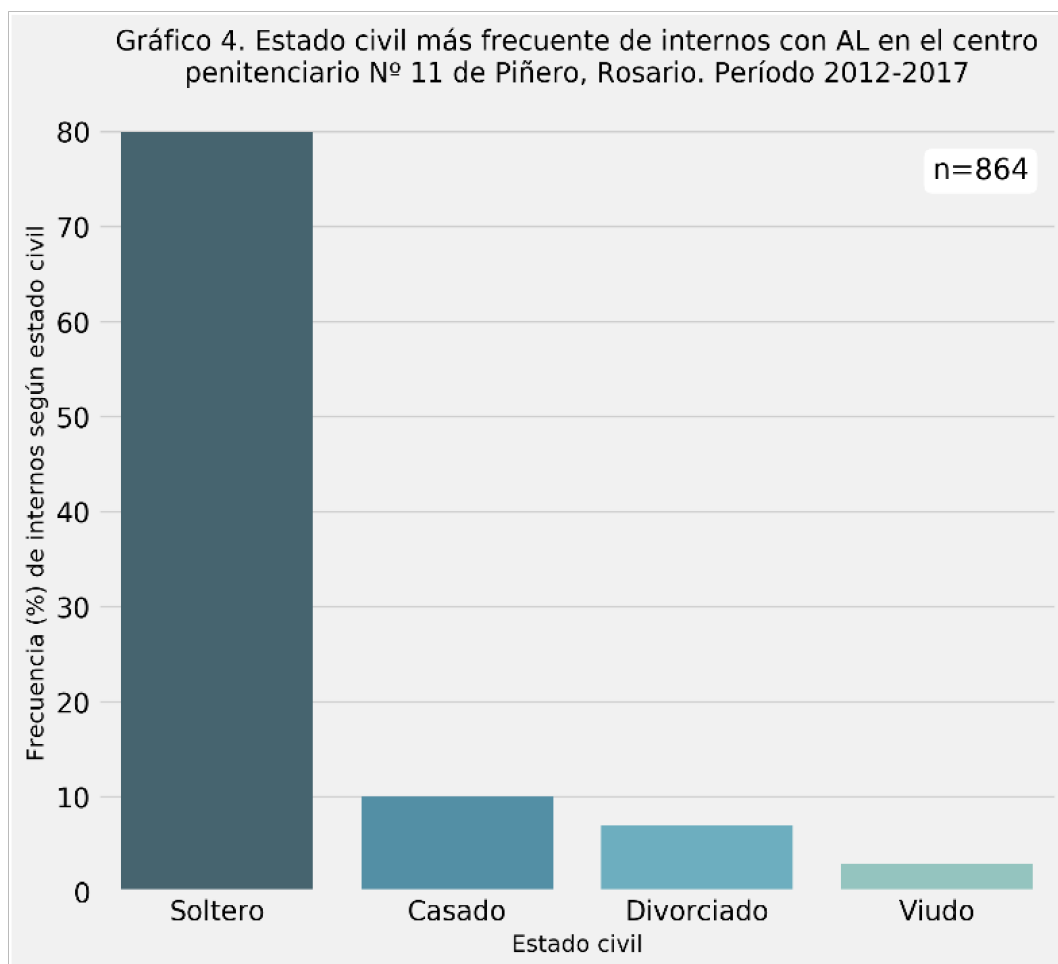
16.4. DE LA DETERMINACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN DE LOS INTERNOS CON AUTOLESIONES. PROCEDENCIA.



Los lugares de procedencia encontrados fueron:

- 85 % ROSARINOS.
- 10 % SANTAFESINOS.
- 5 % OTROS PAÍSES.

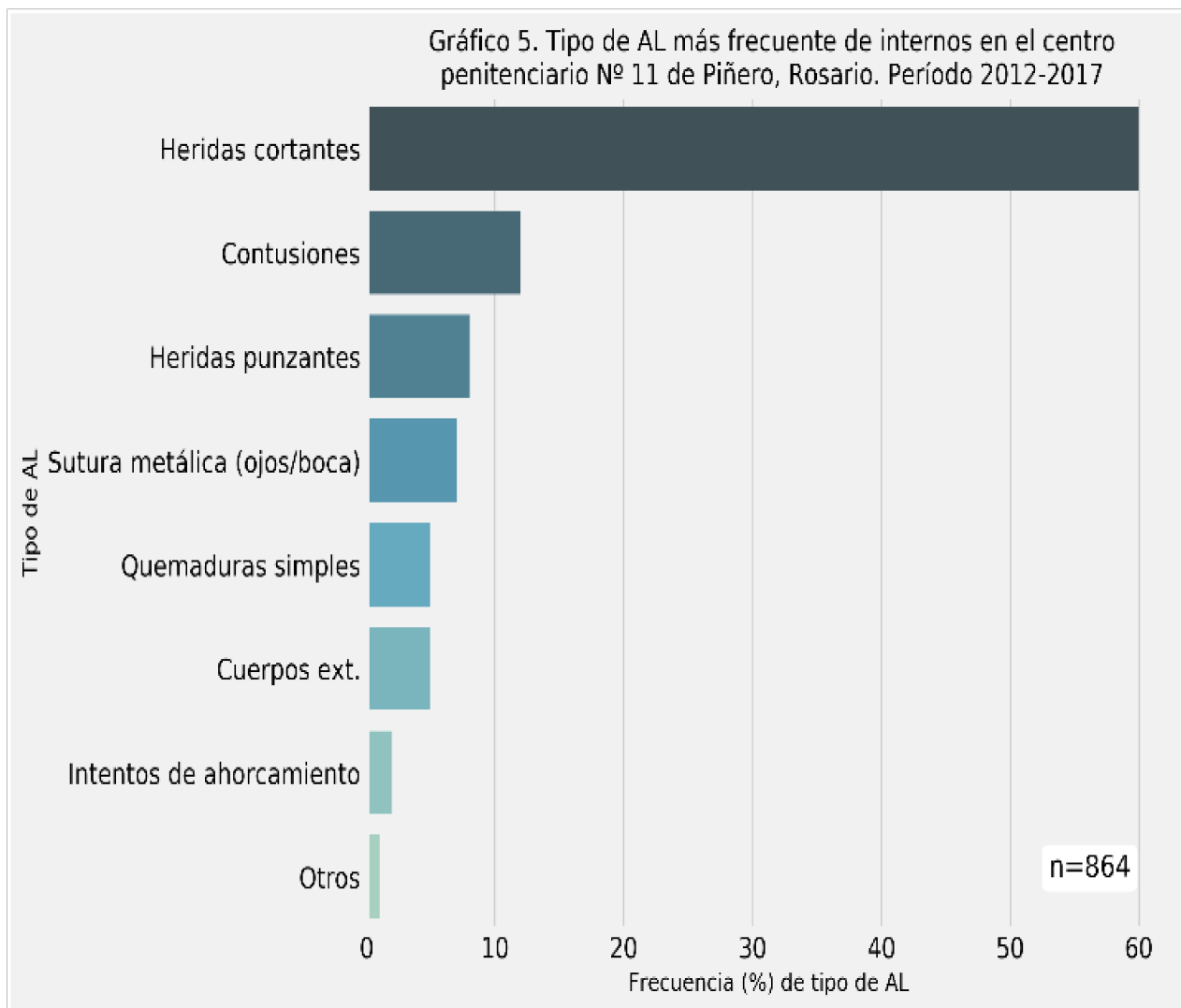
16.5. DETERMINACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS EN DE LOS INTERNOS CON AUTOLESIONES. ESTADO CIVIL.



Los estados civiles encontrados fueron:

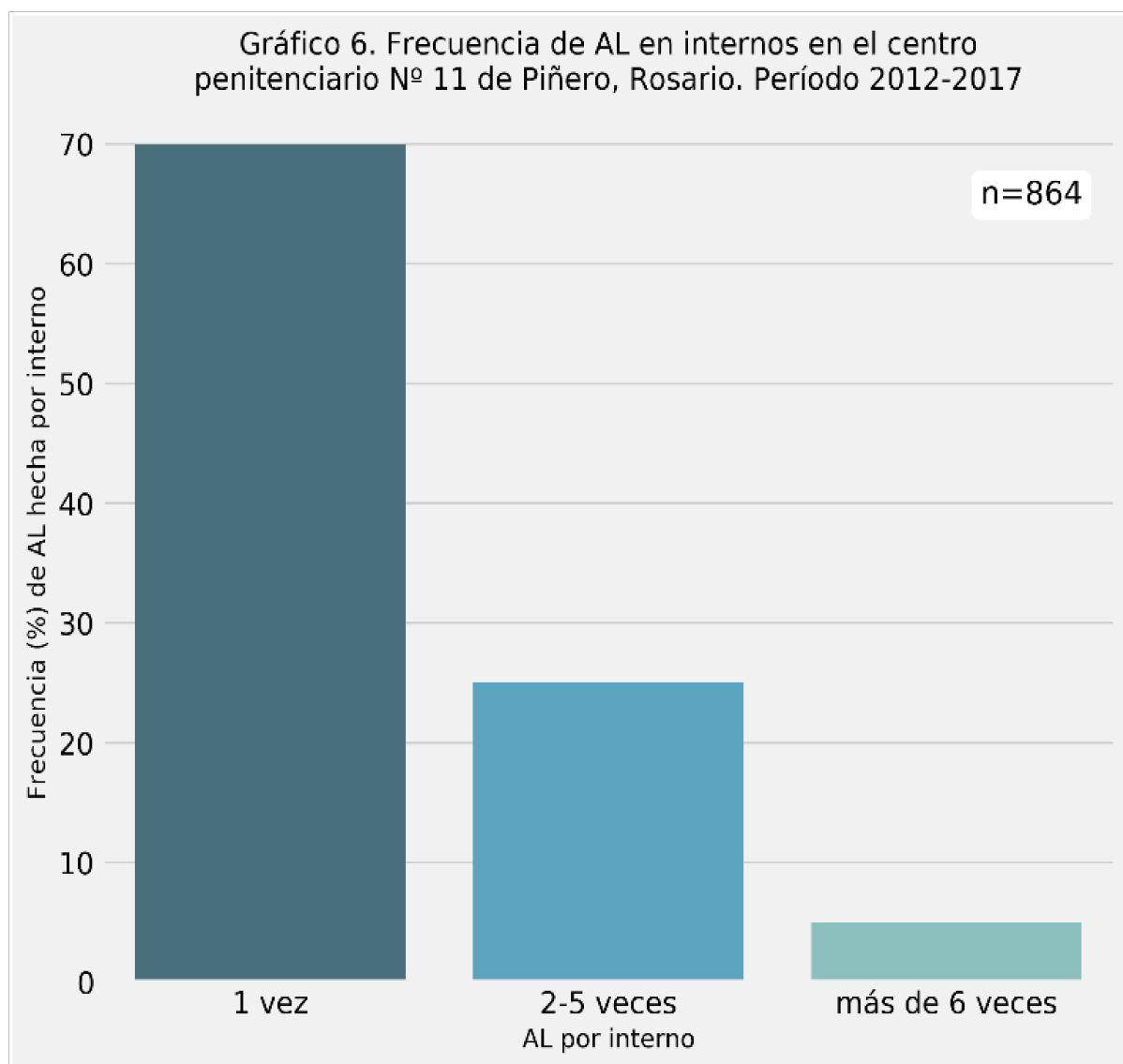
- SOLTERO 80%.
- CASADO 10%
- DIVORCIADO 7%
- VIUDO 3%

16.6. DESCRIPCIÓN DE TIPOS Y FRECUENCIA DE AUTOLESIONES. NÚMERO DE VECES.



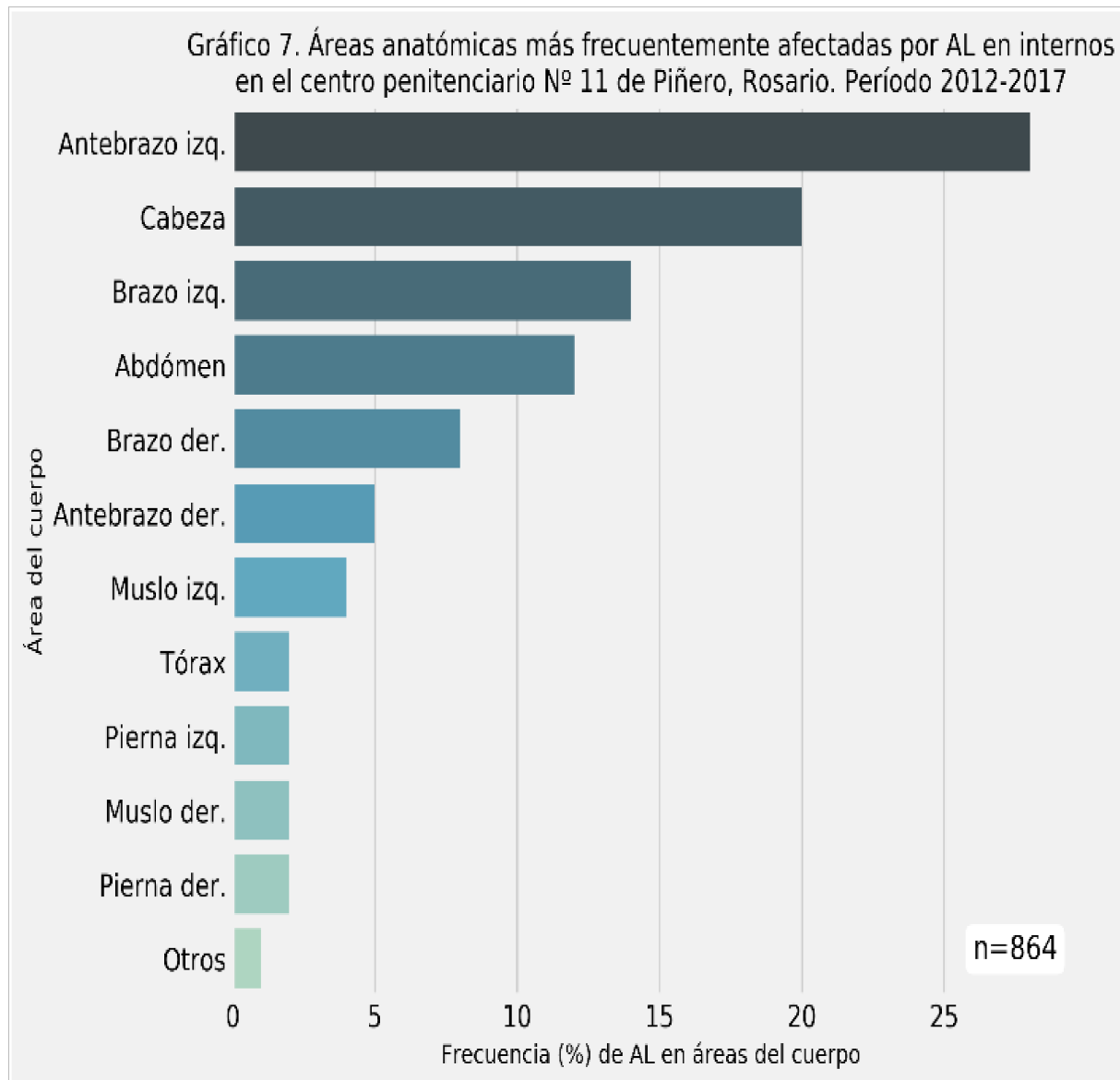
Los tipos de AL más frecuentes fueron las heridas cortantes en un 60%, contusiones en un 12%, heridas punzantes en un 8%, sutura metálicas 7 %, quemaduras simples 5%, ingestión de cuerpos extraños 5%, intentos de ahorcamiento 2%, otros 1%.

16.7. DESCRIPCIÓN DE LA FRECUENCIA DE AUTOLESIONES



El 70% de los internos estudiados, presento solo un episodio de AL resgistrado, mientras que el 35% repitió esta conducta entre 2 a 5 veces. Solo el 5% presentó mas de 6 episodios de AL.

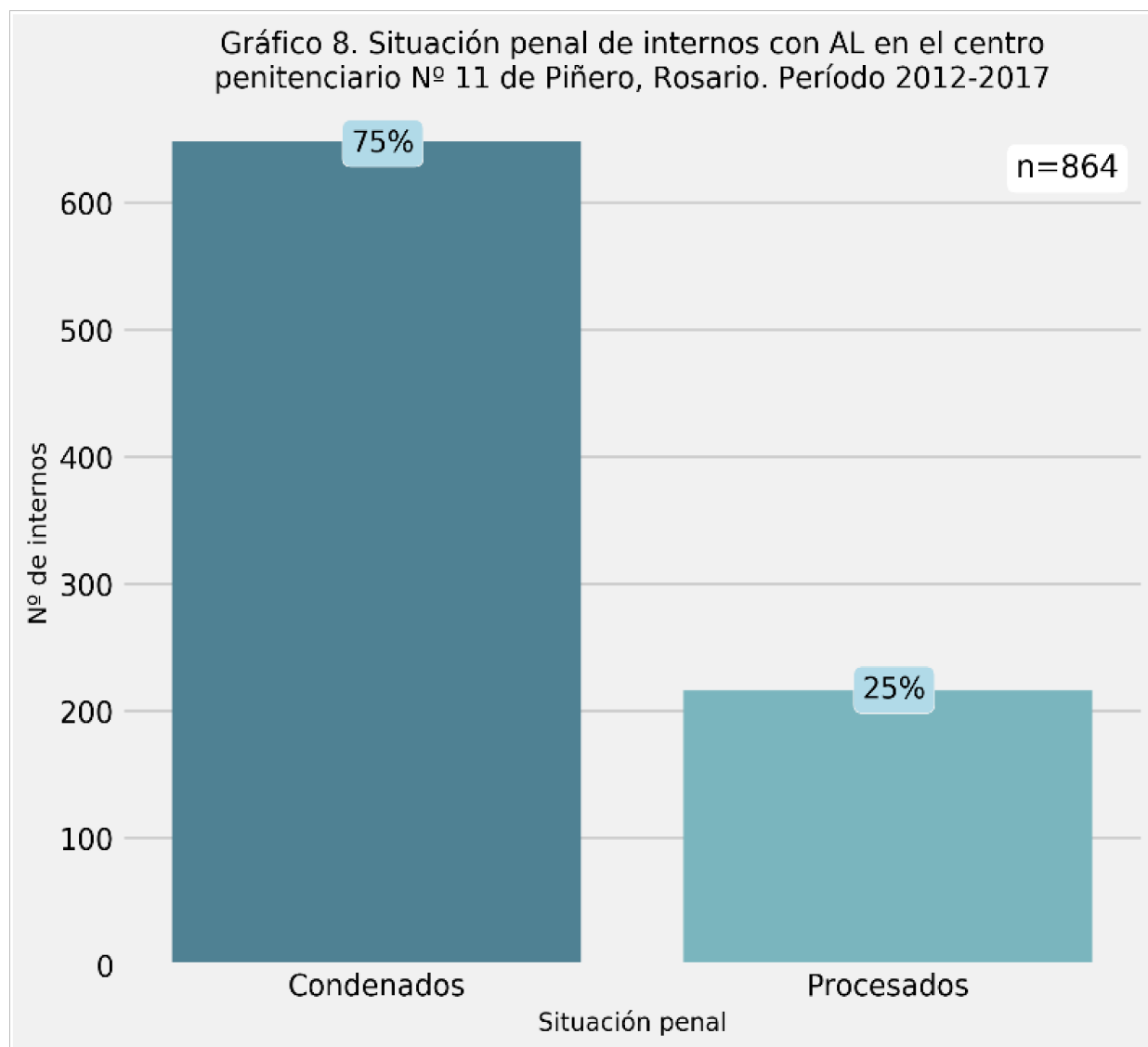
16.8. DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS ANATÓMICAS AFECTADAS EN LESIONES AUTOINFLINGIDAS



32

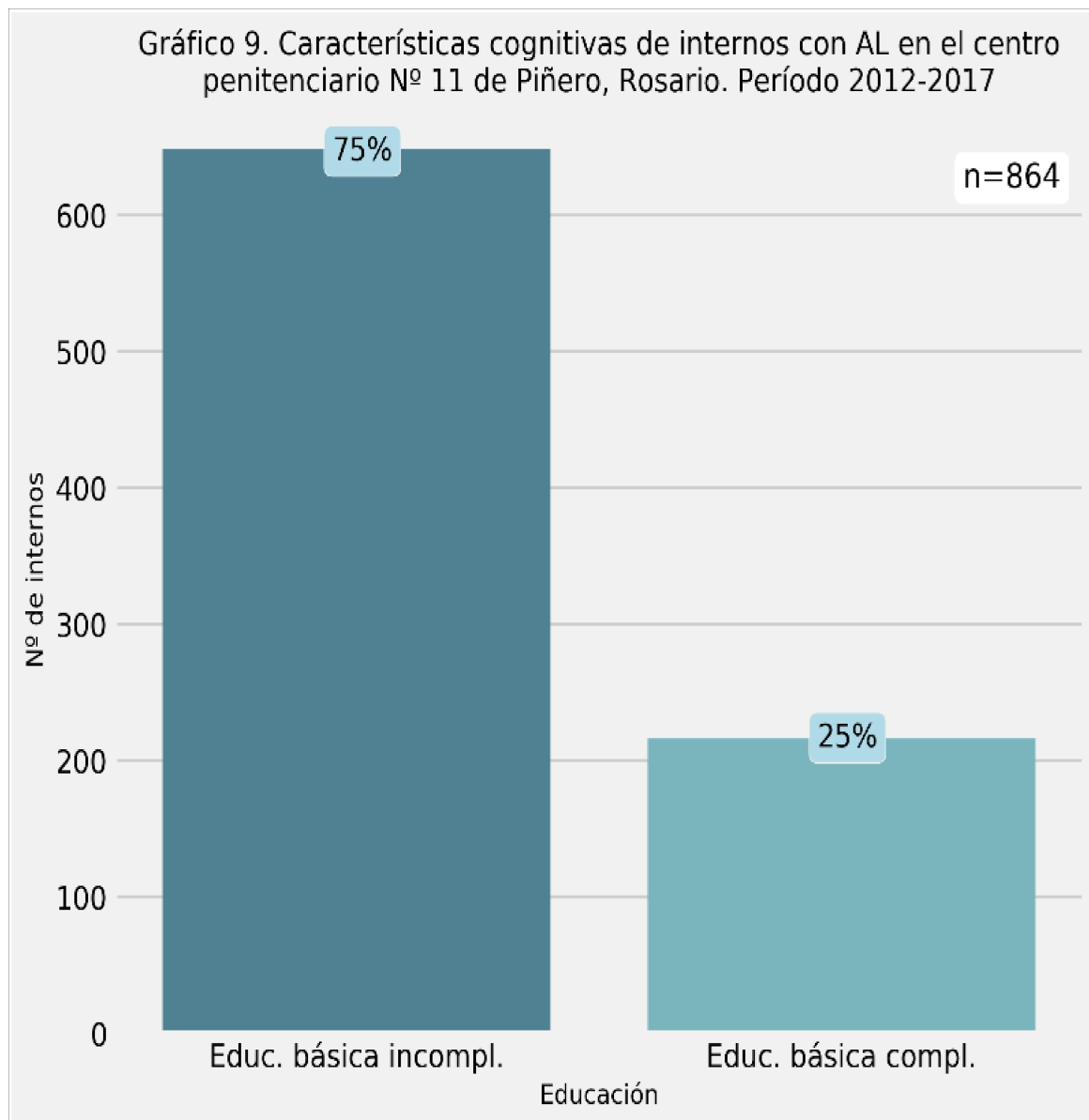
El área más afectada fué el antebrazo izq en un 28%. Le sigue cabeza con un 20%, brazo izquierdo 14%, abdomen 12%, brazo derecho 8%, tórax 2%, antebrazo derecho 5%, muslo izquierdo 4%, pierna izquierda 2%, muslo derecho 2%, pierna derecha 2% y; otros lugares solo un 1%.

16.9. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PENAL EN INTERNOS CON AL



El 75% de los internos con AL estudiadas, se encontraban condenados. El 25% restante, estaban en situación de proceso.

16.10. DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS EN INTERNO CON AL



El 75% de los internos con AL estudiadas, presentaba estudios básicos incompletos, mientras que el 25% restantes presentaba estudios básicos completos.

17. DISCUSIÓN

Si bien investigar sobre los factores relacionados con las autolesiones no es tarea fácil, su estudio es prioritario. Los datos hallados en este estudio se convierten en herramienta fundamental para la prevención futura de este tipo de conductas, permitiendo un manejo directo de los grupos de riesgo identificados.

El presente trabajo explica las características de las conductas autolesivas en individuos privados de la libertad. Hace una revisión de las variables individuales, sociales y penitenciarias que se han asociado a la autolesión. 37

Las AL constituyen un importante problema de salud pública, debido a que en la actualidad se ha apreciado un aumento creciente de dichas conductas en determinados segmentos de la población reclusa (*pabellones de regímenes diferenciados*). Si bien la cifra no es alarmante, cada vez es mayor y; si preocupa el desconocimiento y abordaje del tema. 37

En cuanto al género, se ha encontrado entre los estudiados que el 100% pertenecían al género masculino ya que se trata de un centro de detención masculino y que no posee pabellones para otros tipos de géneros. Lo que es indudable es que la edad juega un papel muy importante, con una edad media de autolesiones por debajo de 30 años, así que podemos afirmar que la juventud es un condicionante prevalente en la autoagresividad. Los valores encontrados para la edad fueron 18 a 21 años un 12%, 22-30 años un 52%, 31 a 40 años un 28 % y con más de 40 años solo un 8%. Por otro lado, atentos al lugar de procedencia, observamos que el 85% de autolesionado pertenecían a la ciudad de Rosario, mientras que un 10% a la ciudad de Santa Fe y; solo el 5% a otros lugares. En este estudio, el estado civil de internos con autolesiones de la unidad fue: solteros el 80%, casados un 10%, divorciado un 7% y solo un 3% los viudos. Las AL se

localizan con predominio en el brazo y antebrazo izquierdo sobre el brazo y antebrazo derecho, ya que el porcentaje de individuos diestros es francamente superior al de individuos zurdos o ambidiestros. Las heridas cortantes superficiales en la piel son los tipos de autolesiones más frecuentes (80%).

18. CONCLUSIÓN

En esta investigación, se determinó que la edad es un factor preponderante unido a la dificultad de adaptación al medio y rechazo al régimen normativo: el número de internos que se autolesiona es mayor en edades más jóvenes. Los jóvenes reclusos con episodios de AL privados de la libertad en pabellones de regímenes diferenciados, presentaron mayor prevalencia de AL.

En esta investigación, se estableció que a las autolesiones son también un mecanismo de comunicación con el resto de los internos. Las heridas cortantes y contusiones leves son las más frecuentes en el medio penitenciario con el fin de obtener algún beneficio a cambio. Le siguen las heridas punzantes, quemaduras simples, cuerpos extraños, suturas en diferentes partes del cuerpo (*ojos-boca*) e intentos de ahorcamiento en último lugar.

Aunque se trata de un problema frecuente en contextos de encierro y entre jóvenes, los alcances investigativos con respecto a las lesiones autoinflingidas en detenidos son aún incipientes en nuestro país. No se encontraron estudios similares que aborden esta temática. Los estudios hallados en otros países con sistema penitenciario similar al argentino son escasos. Creo que es necesario incrementar estudios que describan y analicen este fenómeno, al tiempo que den lugar a cuestiones acerca de su intervención oportuna. Por tanto, con esta revisión he pretendido dar una visión integradora de las características más importantes que pueden rodear a las autolesiones. En general este tipo de conductas deben ser

atendidas adecuada y oportunamente para evitar posibles riesgos y complicaciones futuras. Se pudo evidenciar basado en experiencias propias que no todo el personal (*cuerpo general y personal sanitario*) que trabaja con este tipo de conductas tiene un correcto manejo de las mismas para lo cual se sugiere elaborar un protocolo de actuación en casos de conductas autolesivas. Es importante valorar los posibles desencadenantes y profundizar en los motivos que preceden a cada episodio autolesivo, como capacitar al cuerpo general y a todo el personal de salud (*médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.*) que trabajan con individuos con AL en centros penitenciarios ya que tienen ideas erróneas en cuanto a las mismas, generando un mal manejo y no pudiendo romper el ciclo de la autolesión. Es importante que estos internos se sometan a una valoración psiquiátrica, ya que necesitan de un diagnóstico más preciso y un tratamiento adecuado oportuno. Además, es necesario valorar la gravedad de la herida, la ubicación de la misma, la severidad del daño corporal, si existe infección o no, el número de las heridas recientes y las cicatrices de AL viejas. Para todo ello, es necesario el trabajo en conjunto y multidisciplinario. Todo el equipo (*médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales, auxiliares y todo personal de apoyo como maestros, pastores, sacerdotes, entre otros*), tiene que estar involucrado para detectar las AL y actuar oportunamente.

Los resultados de este trabajo podrían ser aplicados para mejorar las condiciones de vida y de salud dentro del establecimiento penitenciario, así como sensibilizar a las autoridades carcelarias en relación a la importancia de disponer de un protocolo para casos de lesiones autoinflingidas consensuando definiciones y realizando un abordaje médico- legal correcto y multidisciplinario.

Es necesario detectar y trabajar con los individuos con posible riesgo de autolesionarse. Habitualmente después de la primera autolesión según este estudio, hay una tendencia a la recidiva de esta conducta. Por ello, es necesario promover políticas de información, educación, sanitarias y de promoción de salud. Son

necesarios más estudios para incrementar los conocimientos de la situación de los reclusos en vistas a generar cambios y fomentar conductas que ayuden a su rehabilitación y reinserción social.

19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

García G. Las autolesiones en menores internados en un Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial. Análisis de las variables sociodemográficas e influencia del cumplimiento de la medida judicial Rev Esp Sanid Penit 2015; 17: 54-60.

Arroyo C, Forves C, Santangelo SL, Folstein M. Fisiopatología de las autoagresiones en Prisión. Rev Esp Med Leg 1996; XX (76-77): 17-28.

Antequera A., Basile H., Beines F., Bentolila S., Boronat C., Girard G., et al. Lineamientos para la atención del Intento de suicidio en adolescentes. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia participaron. Ministerio de Salud presidencia de la nación de Argentina. Diciembre 2012.

Núñez de Arco, Jorge. Medicina Legal y criminalística. CLASIFICACION DE LAS LESIONES.

Nieto A. Autolesión no suicida. Factores predisponentes/mantenedores y su relación con la conducta suicida. Documento Interno de ASeFo, España. 2017.

Tutusaus R., Olmos G., & Esparcia J. Las conductas autolesivas en el ámbito penitenciario. Una revisión del estado del arte. Papeles Del Psicólogo 2012; 33(2), 116–128.

Solbes, M., & Manuel, V. (2006). Actitudes de los internados en prisión, menores de veintidós años, ante la función reeducadora del medio penitenciario en el ámbito andaluz. 2006.

Oliver P. La acción colectiva en las prisiones y el cambio social: los presos comunes como sujetos históricos. 2005. Proyecto de investigación, véase en: <http://www.uclm.es/profesorado/poliver/pdf/desorden/accionColectivaPrisiones.pdf>.

Rodríguez M., Guerrero S. Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. Red Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005. 119.

Para ASeFo, J. F. G., & Foro, A. S. (n.d.). Autolesión: Guía de medidas anticontagio y contra las desventajas de Internet.

Nock K., Prinstein J. Contextual features and behavioral functions of selfmutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*; 2005, 114(1), 140.

Marín I. Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan. 2013-115.

Taboada, E. Autolesiones. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología, Y Praxis*; 2007, 5(3), 7-31.

Ahmadieh A. Autolesiones en el medio Penitenciario. Departamento de terapéutica médico-quirúrgico. Badajoz 2015.

Scilletta D. Autolesiones mediante cortes reiteados en piel. Subjetividad y procesos cognitivos. Vol. 13. Buenos Aires 2009. p. 183-197.

Oliver P. Prisionización y bioprotesta. Mendiola Gonzalo Ed.: *Rastros Y Rostros de La Biopolítica*, Barcelona. 2009, pp. 247-270.

Cobo J., Cuenca P. Un programa de promoción de salud en el medio penitenciario. Centro Penitenciario de Zaragoza. Trabajo social y Salud (35). 499-503.

Ahmadieh A. Autolesiones en el medio Penitenciario. Departamento de terapéutica médico-quirúrgico. Badajoz 2015.

Arroyo J., & Castellano M. Fisiopatología de las autoagresiones en prisión. Rev Esp Med Legal; 1996, 76, 17–28.

Villarroel, J., Jerez S., Montenegro M. A., Montes C., Igor M. y Silva H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico Non suicidal self injuries in clinical practice. Revista Chilena Neuropsiquiatría; 2013, 51(1), 38-45.

Dora Santos Bernard. Clasificación de las autolesiones. Disponible en <http://free-fromharm.tumblr.com/post/50849294470/clasificacion-de-lasautolesiones>.

Martínez-Cordero A, Hinojal Fonseca R. Las autoagresiones: una patología reivindicativa en el medio penitenciario. Rev. Esp. de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología. 1998; 5: 45-50.

Villarroel, J, Montes. C. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica. Primera parte: conceptualización y diagnóstico. Revista neuro- psiquiat 2013; 51 38-45.

Favazza AR. Autolesión no suicida: cómo la clasificación guía el tratamiento. Current Psychiatry. 2013; 4 (6):13-17.

20. ANEXO

1. Autorización para desarrollar trabajo de investigación en Unidad N.º 11 de la localidad de Piñero, Rosario, Santa Fe, Argentina.