



Institución Nacional
de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo

Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud mental en adolescentes en privación de libertad

Análisis desde el enfoque de prevención de la tortura y otros malos tratos

Informe n.º 142
19 de enero 2024

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP)
Sistema Penal Juvenil



Índice

Resumen ejecutivo	3
Introducción	4
Marco conceptual y antecedentes	5
Objetivos	7
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Metodología	7
Hallazgos y análisis	9
Atención en salud mental	9
Dispositivos existentes	9
Personal de atención en salud mental: recursos humanos disponibles y formación	11
Proceso de atención en centros de INISA: diagnóstico y abordaje	13
Atención en crisis	16
Riesgos de trato inhumano, cruel o degradante vinculados con la salud mental en el contexto de privación de libertad	18
Conclusiones	21
Recomendaciones al INISA	23
Bibliografía	25
Anexos	27

Resumen ejecutivo

En cumplimiento de su mandato, el MNP presenta el siguiente informe sobre el derecho de adolescentes en privación de libertad que se encuentran cumpliendo medidas socioeducativas en el Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA) al disfrute del más alto nivel posible de salud mental. Se analizan los hallazgos del monitoreo realizado a los centros de INISA en el período de febrero de 2022 a enero de 2023. Se realizaron 18 entrevistas semi estructuradas al equipo técnico vinculado a la atención a la salud mental y a autoridades del INISA. También se realizó revisión documental en base a información recabada por vía administrativa (oficios) y durante las visitas de monitoreo.

Los hallazgos y su análisis se estructuran en tres áreas claves: atención en salud mental; atención en crisis; y riesgos de trato inhumano, cruel o degradante.

En la primera dimensión abordada -la atención en salud mental-, **se identifican los distintos dispositivos para la atención de las y los adolescentes con los que cuenta actualmente el INISA**, así como un análisis detallado del **personal de atención en salud mental**, compuesto por profesionales de psiquiatría, enfermería, psicología y trabajo social. Otros de los aspectos relevados refirieron al **proceso de atención** en los centros del INISA, de diagnóstico inicial de salud mental al ingreso, y las particularidades del ejercicio de la capacidad jurídica con relación a la atención en salud mental.

En relación con la atención en crisis, se realizó un **desarrollo sobre el anterior protocolo de “Retén psicosocial”**, las críticas por parte de los profesionales involucrados en la atención en salud mental del INISA y los cambios generados al respecto.

Por último, en cuanto al análisis de riesgos de trato inhumano, cruel o degradante vinculados con la salud mental en el contexto de ciertos dispositivos e intervenciones y aun considerando que la privación de libertad es en sí misma un factor determinante para una “mala salud mental”, **existen algunas consideraciones sobre las que el MNP expresa su preocupación: el uso del aislamiento celdas en solitario y determinadas medidas de contención poseen un grado de violencia intrínseco por lo que utilizarlas como sanción debería encontrarse prohibido.**

Se culmina con **una serie de conclusiones y recomendaciones al INISA orientadas a promover y garantizar el derecho al más alto nivel posible de salud mental de adolescentes en privación de libertad.**

Introducción

El Mecanismo Nacional de Prevención (MNP) reconoce que el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental está intrínsecamente vinculado al efectivo ejercicio de los derechos al trabajo, la vivienda, la educación, la cultura y a un medio ambiente saludable. No obstante, **la perspectiva del monitoreo** a los centros de privación del Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente (INISA)¹, presentado en este informe, **se centró en examinar el derecho de adolescentes en privación de libertad al disfrute del más alto nivel posible de salud mental**, con el propósito de identificar factores de riesgo de vulneración de derechos y prevenir actos de tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Para ello, **se relevaron las siguientes dimensiones: 1) atención a la salud mental; 2) atención específica en situaciones de crisis; y 3) riesgos de trato inhumano, cruel o degradante vinculados con la salud mental** en el contexto de ciertos dispositivos e intervenciones.

En el marco del mandato y las facultades del MNP establecidos por el OPCAT², **se realizaron 19 entrevistas remotas al personal de los centros**, entre febrero 2022 y enero del 2023. Como técnicas de recolección de información se implementaron entrevistas a las autoridades y personal técnico de los diferentes centros y de distintas unidades vinculadas a la atención en salud mental de las y los adolescentes en privación de libertad en centros de INISA; además, **se realizó una revisión documental de materiales recabados durante la visita o solicitados por vía administrativa mediante oficio**.

¹ El INISA es la institución encargada de ejecutar las medidas privativas y no privativas de libertad de las y los adolescentes en conflicto con la ley penal; cuenta con 13 centros de privación de libertad para adolescentes, ubicados en los departamentos de Montevideo, Canelones y Lavalleja. Los centros del departamento de Montevideo son: Espacio de Tratamiento Transitorio Integral (ETTI), Pre Egreso, Semi-Libertad, Centro de Ingreso de Adolescentes Femenino (CIAF), Centro de Ingreso de Adolescentes Mayores (CIAM) y Desafío. Los centros del departamento de Canelones son: Cerrito, Granja, Ituzaingó I y II, Las Piedras, Sarandí. En agosto del 2023, se formalizó el cierre del centro de Mayores de Dieciocho (MD).

²Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura, art. 19: “Los mecanismos nacionales de prevención tendrán como mínimo las siguientes facultades: a) Examinar periódicamente el trato de las personas privadas de su libertad en lugares de detención, según la definición del artículo 4, con miras a fortalecer, si fuera necesario, su protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; b) Hacer recomendaciones a las autoridades competentes con objeto de mejorar el trato y las condiciones de las personas privadas de su libertad y de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, tomando en consideración las normas pertinentes de las Naciones Unidas; c) Hacer propuestas y observaciones acerca de la legislación vigente o de los proyectos de ley en la materia”.

Marco conceptual y antecedentes

La salud mental constituye un factor determinante para la salud en general³. Se define como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”⁴. Las dificultades en salud mental se encuentran asociadas a riesgos de vulneración tales como la exclusión social, la discriminación, la pobreza, la violencia, hábitos de vida pocos saludables y violaciones de los derechos humanos, entre otros⁵.

La adolescencia constituye una etapa de numerosos cambios físicos, emocionales y sociales⁶ y es, junto con la niñez, la fase en la que se desarrolla la personalidad, las relaciones afectivas, las aptitudes sociales y educativas.⁷ De hecho, el estrés derivado de dichos cambios, además de la exposición a riesgos de vulneración, pueden tornarla una etapa de alta vulnerabilidad a los problemas de salud mental⁸. Según el ex Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, la salud está estrechamente vinculada a otros derechos humanos, como “a un desarrollo saludable, a la educación, al juego y la recreación, a la seguridad social y la intimidad, y a estar libre de tortura, todas las formas de violencia y de explotación económica, sexual y de otro tipo. El derecho a la salud también está inextricablemente vinculado con la no discriminación y la igualdad, la participación y la rendición de cuentas”⁹.

Se considera que “los adolescentes y jóvenes que están privados de libertad configuran un grupo de especial preocupación (...), no solo por la existencia de comportamientos disruptivos, conductas delictivas, sino también por la interrupción de sus vínculos familiares y sociales naturales, y por las condiciones de vida a las cuales pueden estar expuestos (incluyendo las condiciones de privación de libertad). Las repercusiones en su vida psicoemocional, su desarrollo global y sus expectativas de futuro pueden estar comprometidas si no existen alternativas de cuidado y atención que abarquen todas las dimensiones de su problemática”¹⁰. En algunos casos, la gravedad de los trastornos psiquiátricos de los niños durante la privación de libertad se multiplica por diez en comparación con su salud mental precedente. De hecho, “existe una correlación entre la privación de libertad y el aumento de las tasas de muerte prematura de los niños que se encuentran en dicha situación, en comparación con otros niños de la comunidad, en la mayoría de los casos por sobredosis, suicidio, lesiones y violencia”¹¹.

³Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁴Organización Mundial de la Salud. (2021). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2030 (revisado)*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

⁵Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

⁶Goddings, A., Mills, K., Clasen, L., Giedd, J., Viner, R., & Blakemore, S. (2014). Longitudinal MRI to assess effect of puberty on subcortical brain development: an observational study, *The Lancet*, 88, 242-251.

⁷Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2022). Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay. Uruguay: UNICEF.

⁸Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud del adolescente*. Recuperado de: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

⁹Consejo de Derechos Humanos (2016). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/HRC/32/32), párr. 24.

¹⁰Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (2022). p. 7.

¹¹Idem, p. 9.

Esta problemática también ha sido planteada por el Relator Especial en su informe del año 2018¹², que señala, entre otras cosas, que la privación de libertad por sí misma es un factor determinante de “mala salud”¹³, con claros efectos negativos y vulneraciones en el derecho a la atención en salud mental¹⁴; y para niños, niñas y adolescentes implica una clara forma de violencia¹⁵. El Relator destaca que el efecto causado por las instituciones de encierro en niños, niñas y adolescentes va mucho más allá de la restricción de la libertad física, pues el bienestar mental y el crecimiento psicológico y cognitivo también quedan afectados de forma profunda y negativa¹⁶.

Por estas razones se consideran como “violencia mental” las condiciones de internamiento en régimen de aislamiento, sin que se deje de reconocer que existen otras formas cotidianas de la dinámica de privación de libertad no menos perniciosas, tendientes a controlar la creatividad, comunicación, sueño, despertar, juego, aprendizaje, descanso, socialización y relaciones¹⁷. Esto suele ser complementado por intervenciones sobre la conducta orientadas a “tratar” y “reformular”, que afianzan la imagen de un o una adolescente con problemas, “que necesita ser arreglado”¹⁸; y cuando se dan situaciones de agresión a sí mismo o a terceros, estas se suelen ver como actos lesivos, antisociales y/o violentos y no se reconoce el daño que infligen las propias instituciones.¹⁹

En Uruguay, según el *Censo de población adolescente privada de libertad y capacidad de respuesta de INISA*²⁰, el **27% de las y los adolescentes declaró que necesitaba atención por episodios de angustia, depresión o crisis desde que ingresaron al centro**. Además, el consumo de medicamentos constituía un aspecto de alta relevancia asociado a la salud mental; el **49% de adolescentes en privación de libertad afirmó que tomaba alguna medicación**, principalmente fármacos para dormir y dicho consumo se asociaba fuertemente a las horas de encierro. Además, entre 2016 y 2019 se registró una tendencia creciente de casos de intentos de autoeliminación (IAE), pasando de 60 a 194,²¹ situación que se revirtió a partir del año 2020, cuando se registró un descenso, con un total de 89 IAE, todos de adolescentes varones. En 2021, existieron 72 IAE y 34 en 2022, en este último año, todos en varones²².

¹²Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2018). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/HRC/38/36).

¹³ *Idem*, párr. 19.d

¹⁴ *Idem*, párr. 46.

¹⁵ *Idem*, párr. 69.

¹⁶ *Idem*, párr. 62.

¹⁷ *Idem*, párr. 66.

¹⁸ *Idem*, párr. 67.

¹⁹ *Idem*, párr. 68.

²⁰Instituto de Inclusión Social Adolescentes (2022). Censo de población adolescente privada de libertad y capacidad de respuesta de INISA. Informe de Resultados. [Censo Poblacion Adolescente Privada de Libertad 2022.pdf \(inisa.gub.uy\)](https://www.inisa.gub.uy/Documentos/Censo_Poblacion_Adolescente_Privada_de_Libertad_2022.pdf)

²¹ Como plantea el MNP en su informe temático del año 2018[1], “(...) todo sistema de encierro imprime dolor, vulnera derechos y administra cierta dosis de violencia sobre el cuerpo de las personas criminalizadas” (MNP, 2018: 65). Entre los múltiples aspectos de la privación de libertad que generan nocivos efectos psico-sociales, las condiciones edilicias y materiales de los establecimientos con mayor encierro institucional se relacionan con una mayor ocurrencia de situaciones vinculadas a conductas de autoagresión y autoeliminación. Tal es el caso de los centros de máxima seguridad del INISA, cuya arquitectura, históricamente diseñada con un modelo securitario, restringe aún más las posibilidades de proyectos socio-educativos que aporten a la inclusión social así como a minimizar los riesgos de afectaciones a la salud mental de las y los adolescentes internados (Informe Anual del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes - Uruguay 2019, 2020, página 41).

²² Datos obtenidos en respuesta al oficio MNP-SPJ N° 011/2023, recibida en junio de 2023.

Objetivos

Objetivo general

Contribuir al conocimiento de la promoción, prevención y dificultades asociadas a la atención de salud mental en adolescentes que se encuentran en privación de libertad en INISA, desde un enfoque de derechos humanos.

Objetivos específicos

- Conocer el estado de situación sobre la atención en salud mental al que acceden las y los adolescentes en privación de libertad.
- Analizar los dispositivos y mecanismos para el abordaje de la atención en crisis de la población.
- Valorar las posibles situaciones de riesgos de trato inhumano, cruel o degradante vinculados con la salud mental en el contexto de privación de libertad.

Metodología

Desde el 2019, el MNP ha profundizado el monitoreo del acceso y disfrute a la salud mental de las y los adolescentes cumpliendo medidas privativas de libertad en los centros del INISA.

El monitoreo se realizó teniendo presente la Convención sobre los Derechos de los Niños, el Comité de los Derechos del Niño (CDN)²³, las Reglas de las Naciones Unidas para la Protección de los Menores Privados de Libertad (Reglas de La Habana)²⁴, las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores, la Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CCT)²⁵, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)²⁶, el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA)²⁷, la ley 19.529²⁸ de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental²⁹. Estos dos últimos pautan directrices a fin de garantizar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas residentes en el país, en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).³⁰ A su vez, los documentos *Monitoreo de lugares de detención: una guía práctica*³¹ (2004) y la *Practical Guide: monitoring places where children are deprived of liberty*³² (2016), proveen de un marco operativo, con estándares de calidad de referencia para el monitoreo de centros de privación de libertad de niños, niñas y adolescentes.

²³ Aprobada en noviembre de 1989 por las Naciones Unidas y ratificada por Uruguay por la Ley 16137 el 28 de septiembre de 1990. El centro del departamento de Lavaljea es Nuevo Rumbo.

²⁴ Adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 45/113, de 14 de diciembre de 1990

²⁵ Adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 40/33, de 28 de noviembre de 1985

²⁶ Aprobada en diciembre de 20016 por la Asamblea General de las Naciones Unidas y ratificada por Uruguay por la Ley 18.418 el 20 de noviembre de 2008.

²⁷ Ley Nº 17823, [Código de la Niñez y la Adolescencia](#), de 14 de septiembre de 2004.

²⁸ [Ley 19529](#) de Salud Mental de 24 de agosto de 2017 l.

²⁹ Ministerio de Salud Pública, [Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027](#).

³⁰ [Ley 18211](#) de 5 de diciembre de 2007 del Sistema Nacional Integrado de Salud.

³¹ Asociación para la Prevención de la Tortura (2004) *Monitoreo de lugares de detención: una guía práctica*, Santiago.

³² Defence for Children International (2016) *Practical Guide: monitoring places where children are deprived of liberty*, Bruselas.

En el marco de las facultades otorgadas por el OPCAT³³, en el MNP implementó para la realización de este informe una metodología basada principalmente en la realización de entrevistas semiestructuradas, en forma remota, al personal técnico de los centros y de las diferentes áreas involucradas en la atención en salud mental de adolescentes en privación de libertad. Las entrevistas tuvieron lugar previa coordinación con profesionales de atención de la salud mental, y solicitud de los consentimientos correspondientes. Fueron dirigidas por duplas de integrantes del MNP, y se realizaron entre febrero de 2022 y enero de 2023. Se entrevistó a profesionales del área de psicología, en atención directa con adolescentes de cada centro, a integrantes de la División de Salud, a psiquiatría, al equipo técnico de la Unidad de Psicoterapia Individual y Grupal, y a los equipos de técnicos de la Unidad de consumo problemático (UNICOP) y de la Organización de la Sociedad Civil (OSC) “Ser Libre”.

La pauta de monitoreo se centró en tres dimensiones principales. En primer lugar, en la atención en salud mental brindada por el INISA, que incluyó el análisis de los dispositivos existentes y de los recursos humanos disponibles para la atención de salud mental, así como su formación; asimismo, se relevó el proceso de atención a la salud mental en centros de INISA, con énfasis en el diagnóstico y el abordaje.

En segundo lugar, respecto a la atención específica en situaciones de crisis, se relevó el abordaje frente a riesgo suicida y autolesiones.

La última dimensión se enfocó en el monitoreo de las principales situaciones que podrían determinar riesgos de trato inhumano, cruel o degradante, vinculados con la salud mental en el contexto de ciertos dispositivos e intervenciones.

³³ Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura, arts. 20 y 21..

Hallazgos y análisis

El presente análisis observa el acceso al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud mental, con base en la normativa anteriormente referida. De esta forma se examinaron: 1) atención a la salud mental; 2) atención específica en situaciones de crisis; 3) riesgos de trato inhumano, cruel o degradante vinculados con la salud mental en el contexto de privación de libertad.

Atención en salud mental

El marco normativo vigente en Uruguay reconoce expresamente el derecho a la salud integral, de calidad y accesibilidad³⁴ en adolescentes (ver Anexo I). A partir de este derecho, se monitorearon los siguientes aspectos: a) dispositivos existentes; b) personal de atención en salud mental: recursos humanos disponibles y formación; c) proceso de atención a la salud mental en centros de INISA: diagnóstico y abordaje; d) ejercicio de la capacidad jurídica en salud mental.

Considerando que la concepción de profesionales en la temática puede impactar significativamente en el desarrollo de sus funciones, se incorporó a la pauta de entrevistas con personal de atención de salud mental una pregunta vinculada a su percepción de salud mental en general y a las especificidades de la salud mental en adolescentes en privación de libertad. La información relevada se detalla en el Anexo II.

Dispositivos existentes

El INISA cuenta con los siguientes dispositivos vinculados a la atención en salud mental para adolescentes en privación de libertad (ver Anexo III): a) Departamento de Estudios Periciales para Adolescentes Cautelares (DEPAC); b) Programa Técnico Psicosocial, del cual dependen la Unidad de Supervisión, que agrupa al Área Social y al Área Psicológica, y la Unidad de Psicoterapia, que conjuga a Psicoterapia Individual y a los Programas Grupales Terapéuticos; c) División Salud, del que depende Enfermería, Departamento Médico y Medidas Curativas, Apoyo en Salud, la Unidad de Consumo Problemático de Drogas (UNICOP) y que supervisa las acciones de la OSC “Ser Libre”, que también aborda el consumo problemático de sustancias .

El DEPAC tiene como objetivo elaborar “la primera pericia técnica psicosocial, que, como lo indica la ley³⁵, se debe realizar dentro de los primeros quince días”³⁶ después del ingreso al sistema.³⁷

El Programa Técnico Psicosocial tiene como objetivo “controlar el accionar de todos los técnicos del Área Social (psicólogos, asistentes sociales y sociólogos”³⁸), con miras a “asegurar la implementación

³⁴ Ley 17.823 - Código de la Niñez y Adolescencia (CNA): Artículo 9º. (Derechos esenciales): “Todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida, dignidad, libertad, identidad, integridad, imagen, salud, educación, recreación, descanso, cultura, participación, asociación, a los beneficios de la seguridad social y a ser tratado en igualdad de condiciones cualquiera sea su sexo, su religión, etnia o condición social.”

³⁵ Ley 17.823, Código de la Niñez y la Adolescencia, art. 76, lit. A), inciso segundo: “Culminada la audiencia de formalización, se efectuará un informe técnico, el cual deberá realizarse en un plazo máximo de quince días e incluirá una evaluación médica, psicológica, socioeconómica, familiar y educativa”.

³⁶ Información brindada en respuesta recibida el 17 de octubre al oficio N°30/2022 MNP-SPJ.

³⁷ No sé contó para este informe con informe suficiente sobre el DEPAC.

³⁸ Según el Protocolo de Actuación del Programa Técnico Psicosocial de INISA (abril, 2020).

de los abordajes, intervenciones y dispositivos psicológicos, familiares y sociales para todos los adolescentes que se encuentran cumpliendo medidas cautelares y socioeducativas” en la institución.

Por su parte, la **Unidad de Supervisión**, se plantea “optimizar el funcionamiento de los abordajes profesionales de las áreas social y psicológica, y promover prácticas profesionales de excelencia, generando procesos de aprendizaje”³⁹. La unidad realiza supervisiones mensuales, con las áreas de Psicología y Social; las supervisiones se dividen en las de cercanía y clínicas colectivas. Según informaron profesionales en psicología de los centros, **la totalidad de funcionarios y funcionarias de esta disciplina participa de las instancias de supervisión; existe heterogeneidad sobre la percepción de la contribución de estas instancias al trabajo en la intervención con las y los adolescentes.**

La **Unidad de Psicoterapia** cuenta con dos líneas de tratamiento: abordajes psicoterapéutico individual y programas de tratamiento individual y grupal. Las y los adolescentes acceden a la atención en psicoterapia individual, con frecuencia semanal, por derivación de profesionales de sus centros o sanitarios del INISA o externos, o por disposición judicial. El equipo de psicoterapeutas se traslada para la atención de adolescentes, tanto a los centros ubicados en la Colonia Berro, donde atienden en consultorios del Policlínico, como a cada uno de los centros de Montevideo. La modalidad de psicoterapia individual está a cargo de cuatro psicoterapeutas, supervisados por la jefatura de la Unidad de Psicoterapia. En el mes de mayo del 2022, la unidad atendía, según información documental, a 35 adolescentes, y 12 habían finalizado la intervención en ese mismo periodo.

Los **Programas de Tratamiento Grupales (PTG)**, con una duración corta o media, son implementados por tres profesionales de psicología en los centros de privación de libertad. Mantienen una modalidad abierta, lo que implica que los adolescentes que ingresan al centro pueden incorporarse al grupo. En general, los grupos son presentados a adolescentes de los centros, y según se informó por parte de profesionales en psicología, la voluntariedad de la participación varía según el centro. Hasta abril del 2022, estaban participando en este formato de tratamiento 40 adolescentes del INISA (21 en CIAM y 19 en Desafío), con dos propuestas: un programa orientado a promover la convivencia saludable entre adolescentes -a través del desarrollo y adquisición de conductas prosociales-, y otro, focalizado en la reducción del impacto emocional generado por el ingreso al sistema de privación de libertad. **Según se informó por parte del personal de psicología a cargo de los grupos, no se cuenta con formación específica en esta modalidad de intervención.**

En cuanto al abordaje con adolescentes con uso problemático de sustancias, el INISA cuenta con dos dispositivos: uno a cargo de la OSC “Ser Libre”, y otro de la **Unidad de Intervención en Consumo Problemático (UNICOP)**, dependiente del propio INISA.

La OSC “Ser Libre” está a cargo de la implementación del Programa Socio Educativo para Conductas Adictivas y Delictivas (PSECAD) en los centros de privación de libertad de Montevideo. El equipo está formado por cuatro profesionales de psicología, seis operadores terapéuticos, una tallerista, una administrativa, la dirección y la coordinación programática. Según se informó, las intervenciones son principalmente grupales y en formato taller, y están dirigidas a adolescentes; la intervención, aunque formalmente incluiría a familias o referentes, en la práctica, y según testimonios recogidos del

³⁹ Información brindada en respuesta recibida el 17 de octubre al oficio N°30/2022 MNP-SPJ.

funcionariado del INISA, se lleva a cabo exclusivamente con jóvenes, y con un modelo individualizado y prohibicionista del consumo. Por otro lado, la organización también brinda capacitación en temas vinculados al consumo problemático de sustancias para personal del INISA. En el mes de mayo del 2022, “Ser Libre” atendió a 149 adolescentes de distintos centros de Montevideo.

Por otro lado, la UNICOP atendía, en el mes de junio del 2022, a 112 adolescentes de los centros de la Colonia Berro, centro Nuevo Rumbo y en el **Programa de Medidas Socioeducativas Comunitarias (PROMESEC)**. La intervención según se indicó desde la dirección de la Unidad, siempre es voluntaria y existen tres formas de comenzar a trabajar con los jóvenes: por derivación desde “Ser Libre”, por indicación directa del Poder Judicial como parte de la medida socioeducativa del joven o por sugerencia del centro.

Finalmente, el **Departamento Médico y de Medidas Curativas**, dependiente de la División Salud, se encarga, entre otras cosas, de “establecer la instrumentación de las medidas curativas determinadas por la Justicia para ejecutar su cumplimiento a través de instituciones públicas o privadas” y de “informar a quien corresponda sobre el cumplimiento de las medidas curativas y asesorar en el área de su competencia”⁴⁰. Como se referencia en el marco normativo, las medidas curativas son aquellas aplicadas a los adolescentes “incapaces” (art. 106 CNA), es decir, a quienes tengan alguna discapacidad, incluida la psicosocial. **Al momento, este Departamento se encuentra acéfalo desde septiembre de 2020 y sin presupuesto asignado, aunque está en trámite la solicitud de la Dirección de la División Salud para cubrir la vacante por un profesional en Medicina, según se informó por parte de la referida dirección.**

Personal de atención en salud mental: recursos humanos disponibles y formación

La atención en salud mental de INISA está formalmente a cargo de psiquiatras, licenciados/as en enfermería, psicólogos/as y trabajadores sociales.

El número de recursos de enfermería en cada centro, se reportó como suficiente. En cuanto a personal de psiquiatría, el INISA no contó con profesionales de esta disciplina durante un periodo considerable previo al periodo de monitoreo, por lo cual la atención psiquiátrica se realizó en los prestadores de salud de las y los adolescentes. **El proceso de incorporación de psiquiatras a la institución se vio demorado** a pesar de haber estado vigente un llamado público. En febrero de 2022, ingresó un solo psiquiatra a la institución, quien tuvo a cargo la atención de las y los adolescentes de todos los centros hasta septiembre de 2022, cuando se completó el número de cargos de personal. **Actualmente, el INISA cuenta con tres profesionales de psiquiatría.**

Todos los centros de INISA cuentan con al menos un profesional de psicología en atención directa con adolescentes, cuya función es trabajar en la “promoción, prevención, protección y restitución de los derechos de los adolescentes, a partir de un diagnóstico situacional tanto de ellos como de sus familias”⁴¹.

⁴⁰ Norma N° 1021/018 del INISA. Aprobación de la reestructura organizativa y puestos de trabajo del INISA del 21/12/2018.

⁴¹ Información brindada en respuesta recibida el 17 de octubre al oficio N°30/2022 MNP-SPJ.

Además, existen profesionales de esta disciplina, también en atención directa con adolescentes en el DEPAC, la Unidad de Psicoterapia, la UNICOP y en la OSC “Ser Libre”.

Por otro lado, el INISA estipula que las y los trabajadores sociales desarrollen su intervención profesional apuntando a la reinserción social del adolescente, enfatizando el trabajo con las familias. Asimismo, como componente central de la intervención profesional, se estipula fomentar el acceso a recursos y servicios⁴². La institución **cuenta con seis profesionales de esta disciplina**, distribuidos en sus centros, que dependen del área Social. Esta área funciona desde el 2018 en la institución, y tiene entre sus cometidos atender “situaciones en forma focalizada, derivadas por los equipos de trabajo de los centros de privación de libertad, las cuales requieren una intervención especializada desde lo social”⁴³.

La participación del personal de psicología y trabajo social difiere entre los centros. Según información documental, existe una marcada disparidad entre el número de profesionales de ambas disciplinas⁴⁴ en el INISA, lo que dificulta el acceso a una atención en salud mental integral, interdisciplinaria y de calidad. Además, **en los centros que efectivamente cuentan con trabajadores sociales como parte del equipo básico de atención, estos no necesariamente realizan intervenciones específicas de su disciplina, sino que ejercen el rol de referentes de adolescentes, en equivalencia con la labor del personal de psicología.**

Según **informó el personal en salud mental, este no cuenta con medidas de cuidado de equipo o apoyo psicológico por parte del INISA**, un aspecto destacado como necesario por varios profesionales. Surge del monitoreo que, **en numerosos casos, las y los diferentes profesionales no cuentan con formación específica en adolescencia, perspectiva de derechos o género, y privación de libertad.** El INISA, por su parte, ofrece actualización o capacitación insuficientes en temas vinculados a la salud mental, adolescencia o privación de libertad, y ninguna en derechos humanos⁴⁵.

⁴² Según el Protocolo de Actuación del Programa Técnico Psicosocial del INISA.

⁴³ Información brindada en respuesta recibida el 17 de octubre al oficio N°30/2022 MNP-SPJ.

⁴⁴ Según el *Censo de población adolescente privada de libertad y capacidad de respuesta de INISA* (2022), el 3% del personal de todos los centros lo conforma personal de psicología, mientras que un 0,7% corresponde a trabajadores sociales.

⁴⁵ Además, se recabó la necesidad de formación en uso problemático de sustancias, conductas violentas, delitos sexuales, intervención en crisis, manejo de conflictos, entre otros.

Proceso de atención en centros de INISA: diagnóstico y abordaje

El diagnóstico inicial de salud mental de adolescentes que ingresan al INISA se realiza en un plazo entre 48 a 72 horas posteriores al ingreso a los centros de medidas cautelares⁴⁶. El procedimiento, según información oficial del INISA, está a cargo de profesionales de psiquiatría y psicología. En todos los casos, se realiza la evaluación de consumo de sustancias. Además, profesionales de trabajo social elaboran un diagnóstico de las condiciones familiares, ambientales y comunitarias de los y las adolescentes.

El personal de los centros informó de la falta de diagnóstico formal sobre discapacidad psicosocial o nivel cognitivo descendido en adolescentes del INISA.

Según se informó por profesionales de psicología, **solamente personal de medicina accede a la historia clínica de adolescentes**, lo que dificulta la integralidad de las intervenciones en salud mental.

El abordaje terapéutico varía en función de la integración del equipo de atención a la salud mental. Según informó personal en atención en salud mental, las y los adolescentes cuentan con **planes de tratamiento individualizado**.

Dada la baja disponibilidad de profesionales de psiquiatría durante parte del periodo monitoreado, existieron dificultades en el acceso a tratamiento psiquiátrico, por lo que adolescentes se atendieron en comunidad, sobre todo aquellos de los centros de Canelones y Lavalleja.

Esto implicó, en algunos casos, demoras en el acceso a consulta y obstáculos en el seguimiento en este tipo de intervención, agravados por el contexto de la pandemia por COVID-19.

La atención psiquiátrica se centra en lo psicofarmacológico; no obstante, desde psiquiatría se informó el interés por reevaluar las prescripciones y disminuir las dosis en las situaciones en que fuera posible.

Por otro lado, también se mencionó el especial interés en aportar, a adolescentes con atención psiquiátrica, información sobre sus tratamientos, sobre todo en lo referente a sus objetivos. No obstante, algunos profesionales reportaron que no siempre se les explica sobre otros aspectos relevantes, como la voluntariedad de la asistencia a las consultas y confidencialidad de la información, los efectos secundarios y las dificultades en la interrupción de las ingestas, entre otros.

⁴⁶ Siguiendo el Protocolo de Atención: Ingreso de Adolescentes al Sistema de Medidas Cautelares Privativas de Libertad, de INISA de 2016.

No se reportaron dificultades en el acceso a la medicación psiquiátrica. Los principales motivos de derivación a atención psiquiátrica fueron: intentos de autoeliminación (IAE), descompensaciones agudas de patologías crónicas, tratamiento de desintoxicación de drogas, evaluación para adolescentes que estaban en tratamiento psiquiátrico previo al ingreso, entre otras razones.

Para el personal entrevistado, el consumo de psicofármacos es muy frecuente en adolescentes en privación de libertad; principalmente, se prescriben inductores del sueño, estabilizadores del humor, antipsicóticos y antidepresivos. Uno de los centros reportó que no se prescriben psicofármacos a los adolescentes; en caso de encontrarse en tratamiento psiquiátrico previo al ingreso a este centro, los adolescentes debían interrumpirlo. También, si un adolescente que ingresaba al centro requería tratamiento psiquiátrico, se deriva a otros centros. **Aunque la indicación de psicofármacos debe estar claramente justificada y no ser la única opción terapéutica, en los casos requeridos, el acceso a tratamiento psiquiátrico debe ser garantizado sin restricciones y con las medidas de seguimiento necesarias.**

El Comité de los Derechos del Niño destaca en su OG N° 20 que lo indeseable es el recurso excesivo a la medicalización y el internamiento⁴⁷, pero no el acceso al tratamiento adecuado.

En efecto, este derecho se encuentra expresamente previsto la CDN⁴⁸; así como la obligación de su evaluación periódica.⁴⁹ Así, no permitir que jóvenes que toman medicación psiquiátrica, o que requieran algún tratamiento en su salud mental, puedan alojarse en centros abiertos o se les establezca como condición para su permanencia interrumpir el tratamiento, podría considerarse una vulneración del derecho al acceso a dicha atención, así como un posible trato discriminatorio⁵⁰, en tanto se cercena un beneficio en la ejecución de la medida, en razón de un diagnóstico psiquiátrico y/o de un tratamiento de este tipo.

El ingreso al sistema constituye un periodo de intensificación de la demanda de psicofármacos por parte de adolescentes, sobre todo medicación para conciliar el sueño, según profesionales en salud mental. El primer contacto con la privación de libertad estaría asociado a la experimentación de angustia, tristeza, estrés, riesgo de suicidio y autolesiones elevados, en opinión de este personal. También se reportó que **una importante cantidad de adolescentes tomaba medicación psiquiátrica previo al ingreso al INISA, mayoritariamente con baja adherencia a este tipo de intervención.** En el caso de que las y los adolescentes no quieran tomar la medicación, no se le obliga, según se reportó. Los psicofármacos son

⁴⁷ Comité de los Derechos del Niño (2016). Observación General N° 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, párrafo 59.

⁴⁸ Convención de los Derechos del Niño, art. 24.1: Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

⁴⁹ *Idem*, art. 25.

⁵⁰ Convención de los Derechos del Niño, art. 2; Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 5.

suministrados por personal de enfermería de los centros.⁵¹ Durante las visitas realizadas en el período establecido no se constató sobre medicalización de adolescentes.

El personal de psicología en el INISA participa en el tratamiento y la rehabilitación psicosocial de adolescentes en diversos dispositivos; la mayor parte de estos profesionales se ubica en los centros, y en contacto directo y cotidiano con adolescentes⁵²

Existe heterogeneidad en cuanto a las tareas de competencia que efectivamente se llevan a cabo, según se informó por parte del personal de esta disciplina; así, mientras que en algunos casos se informó de la planificación e implementación de planes de intervención para las y los adolescentes, mayoritariamente se hizo referencia a la realización exclusiva de actividades vinculadas a elaboración de informes y cumplimiento de otros requisitos formales, lo que suele representar una sobrecarga para personal de psicología, en detrimento del tratamiento y la rehabilitación psicosocial de adolescentes y sus familias. **Las y los adolescentes, según lo referido por psicólogos y psicólogas del INISA, cuentan con planes de tratamiento individualizados, aunque sin parámetros técnicos de intervención consensuados entre profesionales de esta disciplina.** El enfoque de atención en salud mental basado en género no fue mencionado por ninguna de las personas entrevistadas.

Respecto al egreso de adolescentes, existe pluralidad en la concreción de coordinaciones con los servicios de policlínica de salud mental de los prestadores sanitarios en comunidad.

Ejercicio de la capacidad jurídica en salud mental

En general, las personas entrevistadas no hicieron referencia explícita a la existencia de un consentimiento informado asociado a la participación de adolescentes en intervenciones en salud mental.

⁵¹ Existe un protocolo específico de INISA sobre administración de medicación por vía oral de abril de 2021. Recuperado de: Protocolo_Administracin_de_Medicacin_Va_Oral_Versin_0002.pdf (inisa.gub.uy)

⁵² Según el Protocolo de Actuación del Programa Técnico Psicosocial del INISA, profesionales de esta área tienen como objetivo que las y los adolescentes: a) modifiquen actitudes y creencias que justifican la violencia; b) reconozcan las emociones implicadas en la conducta violenta; c) asuman la responsabilización personal sobre la infracción; d) modifiquen hábitos agresivos; e) desarrollen empatía con la víctima y; f) construyen un proyecto de vida alternativo a la agresión y la violencia. Asimismo, se estipula que puedan promover, prevenir, proteger y restituir los derechos de los adolescentes, a partir de un diagnóstico situacional tanto de ellos como de sus familias. Debe realizar las siguientes tareas: 1. Integrar equipos de trabajo interdisciplinarios; 2. Realizar evaluaciones psicológicas; 3. Participar en la elaboración del plan de intervención de adolescentes; 4. Coordinar con equipos de trabajo para diseñar un plan de intervención coherente y garantista de los derechos de adolescentes; 5. Trabajar la responsabilidad en el hecho infraccional y el desistimiento de la conducta infractora; 6. Aplicar instrumentos de evaluación de riesgo de reincidencia, con el objetivo de diseñar un plan de intervención focalizado en los factores de riesgo y de protección; 7. Realizar el seguimiento y acompañamiento técnico de adolescentes durante el cumplimiento de las medidas socioeducativas; 8. Participar de las Juntas de Tratamiento; 9. Llevar adelante intervenciones psicoterapéuticas, individuales o grupales, con adolescentes y sus familias o referentes afectivos; 10. Cumplir con el protocolo del sistema de Retén Psicosocial; 11. Maximizar la participación y las potencialidades individuales y grupales de los adolescentes y sus familias; 12. Realizar visitas familiares domiciliarias en situaciones específicas, en las que se requiera perspectiva psicológica; 13. Cumplir con el protocolo de articulación establecido por el Programa Técnico Psicosocial y el Departamento de Estudios Periciales de Adolescentes Cautelares; Registrar en el legajo de adolescentes las diferentes instancias técnicas desarrolladas; 15. Ingresar la información de adolescentes al Sistema Informático de la institución; 16. Participar de los procesos de elaboración de informes a sedes judiciales; 17. Asistir a las audiencias en la sede judicial; 18. Realizar entrevistas de evaluación de familiares de adolescentes que ingresan a los centros de privación de libertad; 19. Aplicar tenencia de evaluación de perfiles para la inserción laboral y educativa de adolescentes; 20. Participar en instancias de formación y capacitación técnica; 21. Participar en instancias de supervisión; 22. Completar fichas de relevamiento de información.

De acuerdo a la normativa internacional y nacional el consentimiento informado, como corolario del derecho a ser oído y al principio de autonomía progresiva de la voluntad, se presenta como un requisito de voluntariedad indispensable para la validez de los tratamientos médicos realizados sobre las personas menores de edad⁵³

Respecto a la voluntariedad de la participación de adolescentes en estas intervenciones, según se reportó, **no asistir a estas instancias no conlleva consecuencias negativas, excepto que el personal no cuente con información psicosocial suficiente y oportuna para relevar hacia el juzgado, a los efectos de evaluar el cese, modificación o sustitución de la medida socioeducativa⁵⁴**. En el caso del tratamiento psiquiátrico, se reportó que profesionales no siempre solicitaban consentimiento informado.

En todos los casos se informó que la atención en salud mental se ofrecía en espacios donde la privacidad estaba garantizada.

El acceso a la información respecto al abordaje en salud mental para la toma de decisiones estaba limitado, según fue informado por los profesionales intervinientes. En tal sentido, **los y las adolescentes desconocían, por ejemplo, los objetivos de las intervenciones psicosociales, y como se mencionó anteriormente, en el caso del tratamiento psicofarmacológico, los efectos secundarios de la medicación o de la interrupción súbita de esta.**

Atención en crisis

Durante el periodo monitoreado, el INISA mantuvo vigente el protocolo de “Retén psicosocial” (INISA, 2018). De acuerdo a este documento, se establecían criterios de actuación frente a situaciones de crisis y conflicto en el marco de la privación de libertad. El sistema de retén psicosocial **consistía en la concurrencia de una dupla técnica del área psicosocial para atender a adolescentes en situaciones de riesgo. El protocolo apuntaba a dar una respuesta de atención en situaciones de crisis, fundamentalmente los fines de semana, cuando no se encontraba presente y disponible personal técnico habitual de los establecimientos.** Los motivos para la activación del sistema eran: ideas de muerte, autoagresión e intento de autoeliminación (ahorcamiento, ingesta de elementos peligrosos y/o medicación). La activación del retén también implicaba la convocatoria a médico psiquiatra por parte de la dirección del centro. Se preveía además que, en caso de no encontrarse el equipo técnico referente del centro donde se producía el evento, el sistema se activaba a partir de la llamada telefónica del director del centro a un integrante del directorio, quien debía comunicarse con la Dirección del Programa Técnico Psicosocial.

⁵³En tal sentido, se recuerda lo planteado por el Comité de los Derechos del Niño en su OG N° 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la CDN respecto de la necesidad de recabar la opinión y que esta sea tenida en cuenta (OG N° 4, párr. 32.) ; así como el cuidado de la intimidad y la confidencialidad de la información manejada en las intervenciones (párr. 33). En definitiva, los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso de los adolescentes a la información que sea esencial para su salud y desarrollo y la posibilidad de que participen en las decisiones que afectan a su salud, en especial, mediante consentimiento informado y el derecho a la confidencialidad; la obtención de información adecuada y apropiada para su edad; y la elección de comportamientos de salud adecuados (párrafo 39.b).

⁵⁴Ley 17.823, Código de la Niñez y la Adolescencia, art. 94.

El equipo de retén priorizaba “el encuentro con el joven como primera acción técnica, intentando generar un espacio de contención”. Se preveía también un encuadre de la intervención, consistente en la presentación del equipo, el establecimiento de una consigna y, finalmente, la comunicación a la familia a fin de que concurriera en 24 o 48 horas a la institución, para poder incluirla en la intervención. **También se realizaba el registro de la intervención y de las sugerencias técnicas que se consideraran pertinentes; recomendación de valoración por parte de psiquiatra;** notificación a la dirección del centro; notificación de la ficha de registro a la dirección del Programa Técnico Psicosocial y a la Unidad de Supervisión del Programa Técnico Psicosocial. Finalmente, el técnico referente del centro debía tomar contacto con la ficha de registro, en un lapso máximo de 48 horas, a fin de continuar la intervención psicosocial ya iniciada. En caso de requerirse la internación en una institución psiquiátrica, la derivación se realizaba primero al prestador de salud de las y los adolescentes; en el caso de adolescentes usuarias y usuarios de ASSE, se remitían al Hospital Vilardebó en primera instancia, y posteriormente, a la clínica Etchepare.

El sistema de retén mereció críticas significativas por parte de profesionales en atención en salud mental del INISA, según lo relevado; integrantes de equipo técnicos psicosociales que intervenían, no tenían, en general, contacto previo con adolescentes en riesgo y reportaron **no contar con herramientas técnicas de abordaje en ese contexto.** En tal sentido, el sistema de retén se convertía, según se informó, en **un respaldo oficial de la ausencia de lesiones infligidas** por personal de INISA o de la respuesta sanitaria brindada oportunamente a esa o ese adolescente.

Considerando lo anterior, personal de psicología de INISA generó, en noviembre del 2022, el Protocolo de prevención del IAE en privación de libertad, con el propósito de “establecer criterios técnicos y procedimientos con relación a la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio, de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en los centros de privación de libertad y de semilibertad”. Aunque este protocolo **comenzó a implementarse** una vez concluido el periodo de monitoreo de este informe, y por lo tanto no es objeto de un análisis más detallado, **el MNP destaca que formalmente, se reconozca que**

“la prevención del suicidio implica: tareas de promoción de salud mental y prevención del suicidio, dentro de las que se incluyen la sensibilización y la capacitación de los equipos; la realización de medidas preventivas, como la valoración del riesgo suicida al ingreso, la detección del nivel de riesgo suicida en permanencia y las acciones de prevención según el nivel de riesgo”, en línea con las recomendaciones de organismos internacionales de salud y de derechos humanos para personas en privación de libertad.⁵⁵

⁵⁵ En el Protocolo de Prevención de IAE en privación de libertad (resolución 403/022 y su ampliatoria 580/022), se estipula, además, que las valoraciones del riesgo al ingreso implican la evaluación del médico general entre las 24 y 48 hs., con el propósito de aproximarse al riesgo suicida, de acuerdo a la Escala de Suicidabilidad de Okasha para detectar riesgo suicida en adolescentes. Luego de la evaluación, la dirección del centro debe registrarla en el legajo del o la adolescente para luego implementar las medidas correspondientes según el nivel de riesgo. Durante la permanencia, la detección de conductas y factores de riesgo suicida es una tarea continua, que requiere de la mirada de todos los operadores socioeducativos del sistema, entendidos como todo el funcionamiento que mantiene trato directo con las y los adolescentes. En tal sentido, se enfatiza la observación de conductas de riesgo (como el aislamiento, pérdida de interés y motivación en

Además de las acciones de prevenciones anteriores, el protocolo plantea que se deberá iniciar una intervención coordinada de todo el equipo del centro, dirigida por el equipo de dirección, con el objetivo de llevar a cabo las acciones terapéuticas necesarias para superar o reducir la situación de riesgo evaluada.⁵⁶

Las autoagresiones en adolescentes en privación de libertad constituyeron otro motivo de activación del retén durante el periodo monitoreado. En general, se informó que personal de los centros evaluaba, a través de su profesional de enfermería, la severidad de las lesiones, la posibilidad de su estabilización dentro del servicio y la activación o no del retén, en conjunto con otro personal del centro, considerando factores de riesgo de reiteración. Si bien en ningún caso se señaló que fueran motivo de sanción, en algunas ocasiones las autoagresiones habrían sido consideradas como posible motivo de traslado a otro centro, sin necesariamente contar con una evaluación técnica de respaldo.

Preocupa al MNP que, según lo informado por algunos y algunas profesionales en salud mental, el riesgo suicida y las autolesiones en adolescentes en privación de libertad hayan sido en ocasiones considerados gestos de manipulación y medios para conseguir beneficios secundarios por parte de adolescentes, en lugar de manifestaciones de sufrimiento emocional o dificultades en salud mental.

Riesgos de trato inhumano, cruel o degradante vinculados con la salud mental en el contexto de privación de libertad

Siendo que el contexto de privación de libertad es, en sí mismo, un factor determinante de “mala salud mental”, ciertas prácticas en el marco del manejo de situaciones complejas pueden acarrear afectaciones en la salud mental de las y los adolescentes y, por lo tanto, constituir un trato inhumano, cruel o degradante.

Todos los centros y dispositivos de atención en salud mental permitieron el acceso al MNP, en su rol de monitoreo independiente. En casos puntuales, existieron demoras significativas en el acceso a la información solicitada. En algunos centros se hizo referencia a que las y los adolescentes y sus referentes desconocen mecanismos de quejas o denuncias de posibles malos tratos. El MNP pudo constatar la existencia de buzones de quejas en algunos centros, pero no se pudo constatar que este dispositivo tuviera carácter confidencial y accesible.

actividades cotidianas, conductas basales alteradas, reiteradas situaciones de conflicto entre pares y antecedentes de conductas autolesivas); y de factores de riesgo por acontecimientos vitales generales, factores ambientales y emocionales. Finalmente, corresponde a la dirección del centro colectivizar la información, considerando especialmente que la misma llegue a los referentes significativos del o la adolescente a los efectos de tomar y ejecutar las acciones que se consideren pertinentes.

⁵⁶ Esta implica el control visual del adolescente, por parte del adulto, durante el tiempo de permanencia de este en la pieza por períodos nunca superiores a 10 minutos en todos los turnos; ubicar al adolescente en la cama más baja en caso de cuchetas; retirar de la pieza todos los objetos que implique un peligro para su integridad física; alojar al adolescente en una pieza con otro compañero que pueda significar un apoyo positivo; la no permanencia en solitario en ninguna actividad; la realización de requisas diarias al adolescente y su pieza; priorización de la atención psicológica; comunicación a la familia dentro de las 24 hs.; comunicación al psicólogo referente, tanto en días hábiles como inhábiles; comunicación de la situación por el director del centro a la Dirección del Programa Técnico Psicosocial o a la Dirección de DEPAC, cuando correspondiera; atención psicológica por parte de técnicos del centro, para lo que se consideran diferentes criterios de acción si el evento ocurre día viernes, sábado o domingo, o en día hábil en el que el psicólogo no se encuentra en el centro (Protocolo de Prevención de IAE en privación de libertad, Resolución 403/022 y ampliatoria 580/022).

No se observaron procedimientos de contención física empleados como sanción disciplinaria en adolescentes en privación de libertad. Sin embargo, se constató que no existe en el INISA una definición explícita del tiempo mínimo necesario para que estas medidas no constituyan tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. El criterio del tiempo mínimo necesario también es utilizado para aislar en celda individual a quienes se desacaten⁵⁷, tanto fuera como dentro del centro.⁵⁸ Además, **durante el monitoreo realizado se observó, en algunos centros, la presencia de piezas o celdas denominadas “de resolución del conflicto” o “de sanción”;** estos espacios fueron particularmente señalados en el reporte de visita a un centro en la Colonia Berro. Estas piezas carecen de calefacción y se caracterizan por poca luminosidad, presencia de humedad y frío; **los adolescentes permanecen sancionados ahí durante todo el día y pueden salir exclusivamente para asistir a actividades educativas.**

Considerando que el aislamiento en celdas en solitario y determinadas medidas de contención pueden generar “violencia mental”⁵⁹, tales prácticas deberían estar prohibidas cuando sean impuestas como sanción.

Además, **el personal de los centros informó no haber recibido formación sobre el manejo de las crisis o de técnicas para atenuar su escalamiento**, ni sobre la aplicación de las medidas de contención o formas de reducción física de adolescentes en caso de excitación psicomotriz.

En primer lugar, y considerando las menciones expresas tanto del Comité de los Derechos del Niño, así como del Relator Especial respecto de los efectos del aislamiento y la contención mecánica y/o farmacológica en las y los adolescentes en contexto de privación de libertad, es importante destacar que su aplicación como sanción debe estar expresamente prohibida y desalentarse absolutamente. En segundo lugar, en caso de ser utilizadas como dispositivo para la resolución de conflictos, las celdas individuales no deberían tener peores condiciones que las demás, justamente para evitar que el aislamiento tenga un impacto más nocivo en el o la adolescente. Por último, en las situaciones de crisis donde se requiera una intervención inmediata por el riesgo que presenta el o la adolescente para sí mismo o para terceros, las medidas de contención mecánica y/o farmacológicas deberían emplearse como último recurso, con claras indicaciones de psiquiatría, por el menor tiempo posible y cumpliendo todos los controles necesarios. Preocupa al MNP, que estas celdas se distancien de criterios terapéuticos, y que puedan emplearse como dispositivos de control o disciplinamiento.

También se observó la utilización del recurso al aislamiento en celdas individuales, a los efectos de evaluar niveles de adaptación de adolescentes a los

⁵⁷ El art. 3.3.a refiere a la situación del “adolescente que se desacate provocando desorden interno” en el interior de la unidad.

⁵⁸ *Idem*, art. 3.3.b.4.

⁵⁹ Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2018). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (A/HRC/38/36), párr. 66.

Es de particular interés recalcar que el ingreso constituye un periodo de niveles significativos de estrés, angustia y tristeza, según lo referido por los mismos profesionales entrevistados, por lo que es necesario considerar los efectos negativos del encierro en la salud mental de adolescentes en este momento en particular. La *Guía práctica de monitoreo de lugares de detención* de la Asociación para la Prevención de la Tortura, establece que “se tratará de abolir o restringir el uso del aislamiento en celda de castigo como sanción disciplinaria y se alentará su abolición o restricción”⁶⁰ (p.63).

Según se relevó, respecto a las actividades de promoción del bienestar emocional y la salud mental de adolescentes, **el INISA incorporó la campaña generada por el Instituto Nacional de la Juventud, *Ni silencio ni tabú* en todos sus centros.** Otras actividades de promoción, se implementarían de forma aislada, producto de iniciativas puntuales e individuales, tanto del personal de atención sanitaria de salud mental como de las direcciones de algunos centros, según personal del INISA. Asimismo, **el número, calidad y alcance de este tipo de actividades se habría considerado como insuficiente.**

En todos los centros del INISA **se observó un incremento en la oferta de actividades recreativas o deportivas. Si bien este incremento no estaba planificado como una estrategia de promoción de la salud mental de las y los adolescentes, éste generó repercusiones positivas, según se informó por el personal entrevistado, principalmente por su asociación con la disminución de las horas de encierro.** Sin embargo, en algunos casos se observó que eran los mismos adolescentes los que accedían a estas instancias, lo que implicaba que el resto de los jóvenes permanecía en encierro varias horas al día. Estudios anteriores han documentado que la gran cantidad de horas de encierro constituye un factor determinante de mala salud mental; a mayor cantidad de horas de encierro, mayor es el uso de la medicación y del surgimiento de episodios de angustia, depresión o crisis.⁶¹

Por otra parte, en algunos centros, estas actividades se llevaban a cabo de forma fragmentada y en grupos pequeños, debido a “rivalidades” y niveles de violencia significativos entre adolescentes. No obstante, en la mayoría de los centros, la resolución de conflictos estuvo mediada por el diálogo y la mediación.

⁶⁰ Asociación para la Prevención de la Tortura (2004). *Guía práctica de monitoreo de lugares de detención*, p. 63.

⁶¹ Equipo de investigación de la Unidad Académica Asociada, Instituto Académico de Educación Social, Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano. *Te pesa la cana. Afectaciones subjetivas del encierro en la adolescencia* Isadora Libros, Montevideo, 2019, pp. 110 a 112.

Conclusiones

El contexto de privación de libertad constituye en sí mismo un factor de riesgo determinante para la salud en general, y la salud mental en particular. Especialmente, el encierro en niños, niñas y adolescentes impacta negativa y significativamente en su bienestar mental y desarrollo emocional y cognitivo. El MNP toma nota de que los efectos nocivos del encierro sobre la salud mental de adolescentes hayan sido retomados como tema central por la mayor parte del personal entrevistado.

El MNP presenta las siguientes conclusiones preliminares del monitoreo realizado en los centros del INISA. Los hallazgos han permitido evaluar los estándares de derechos humanos en salud mental, desde la perspectiva del personal de atención en salud mental y hacer una valoración de aquellas situaciones o factores que pueden asociarse a un mayor riesgo de tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, con el fin de prevenirlos.

Se observaron desafíos relativos al disfrute al más alto nivel posible de salud mental en la población del INISA, priorizando:

1. **Los dispositivos formales de atención en salud mental del INISA se presentaron, en general, como suficientes; no obstante, se observan dificultades para desarrollar una mirada integral e interdisciplinaria de la salud mental.** En tal sentido, se evidenciaron dificultades en la comunicación y coordinación entre los distintos profesionales involucrados en la atención en salud mental de adolescentes
2. **Se observó la inexistencia de una estrategia de diagnóstico y atención en salud mental que considere especialmente a la población adolescente con discapacidad psicosocial o nivel cognitivo descendido,** como el Departamento Médico y Medidas Curativas.
3. En términos globales, **los recursos humanos destinados a la atención de la salud mental de adolescentes se presentaron como suficientes, con la excepción de trabajadores sociales y en algún periodo durante el monitoreo, de psiquiatras,** lo que dificultó el acceso a una atención en salud mental integral, interdisciplinaria y de calidad. Además, se evidenció disparidad en la presencia de trabajadores sociales según el centro de referencia y en las tareas realizadas.
4. **Un número importante de profesionales de atención de la salud mental no contaba con formación específica en adolescencia, perspectiva de derechos o género, o privación de libertad.** Además, el INISA les proporcionaba formación insuficiente en estas temáticas. Los profesionales de atención en salud mental no contaban con instancias de cuidado de equipos.
5. **La atención psiquiátrica se centra en la prescripción de psicofármacos. No obstante, en uno de los centros, también se relevó la imposibilidad de acceder al tratamiento psiquiátrico y su debido control, por decisión de la propia dirección.**
6. **La atención psicosocial en los centros se orientó mayoritariamente a actividades referidas al orden judicial y forense, la atención de retenes, entre otras;** todo lo anterior en detrimento de la implementación de un enfoque de rehabilitación con adolescentes. Además, el acceso a procesos de psicoterapia, tanto individual como grupal, se relevó como limitado.
7. **En cuanto al ejercicio de la capacidad jurídica, se observaron dificultades en el acceso sistemático a la información correcta y necesaria sobre todas las intervenciones en salud mental,** principalmente en lo que respecta al uso de consentimiento informado y su

contenido, así como para la garantía de confidencialidad de la información sobre el estado de salud mental de las y los adolescentes.

8. Respecto a la atención en crisis, **el MNP reconoce los esfuerzos realizados por personal de atención de salud mental en el INISA, del protocolo de “Retén psicosocial”, con reconocimiento formal de que la prevención del suicidio implica actividades de promoción de salud mental, entre otras.** Además, **se destaca que la evaluación del riesgo suicida se proponga en un carácter continuo**, con énfasis en el ingreso de las y los adolescentes al INISA, periodo de especial vulnerabilidad en cuanto a la salud mental se refiere. **No obstante, preocupa al MNP la inexistencia, en esa misma línea, de protocolos de abordaje de autoagresiones en adolescentes en privación de libertad y de otras dificultades en salud mental relevadas como prevalentes y de alto impacto en este contexto. Además, preocupa que, para algunos profesionales de la salud, el riesgo suicida y las autoagresiones no siempre sean consideradas manifestaciones de sufrimiento emocional o dificultades en salud mental de adolescentes.**
9. **Preocupa la inexistencia de un mecanismo accesible y visible, para la presentación de quejas para adolescentes** y sus familias, durante el cumplimiento de medidas socioeducativas.
10. **En algunos centros, la medida de aislamiento en celdas individuales para valorar la situación y conducta de adolescentes al ingreso se presentaba como vulneratorio de derechos.** Además, el criterio de “tiempo mínimo necesario” para mantener el aislamiento resultaba impreciso.
11. **El número, calidad y alcance de actividades de promoción del bienestar emocional y de la salud mental ofrecidas por el INISA se considera insuficiente.**

Recomendaciones al INISA

En virtud del presente informe y dadas las facultades conferidas al MNP, se presentan recomendaciones generales vinculadas al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud mental de las y los adolescentes cumpliendo medidas socioeducativas privativas de libertad.

En lo que respecta a los dispositivos para la atención en salud mental y el personal involucrado en dicha atención, se recomienda:

1. **Fomentar la integralidad e interdisciplinariedad en los dispositivos formales de atención en salud mental**, así como fortalecer mecanismos que permitan el trabajo coordinado entre las diferentes disciplinas. Por ejemplo, se podría promover la participación de integrantes de los equipos de salud en las Juntas de Tratamiento y Juntas de Traslado, entre otras Acciones Transversales ya existentes en el INISA.
2. **Extender el acceso a la historia clínica de adolescentes a todos los profesionales de atención en salud mental**, con los resguardos pertinentes para garantizar la confidencialidad de la información.
3. **Incrementar el número de profesionales de trabajo social** para la atención de salud mental de adolescentes y fortalecer la participación en tareas específicas de su disciplina.
4. **Promover la creación de instancias institucionales de cuidado de equipos** para el personal de atención en salud mental del INISA.
5. **Generar herramientas que permitan que la atención psiquiátrica contemple otros abordajes además del farmacológico**; asimismo, garantizar el derecho al acceso a la medicación psicofarmacológica y el tratamiento adecuado y debidamente supervisado, en aquellos casos que lo requieran.
6. **Establecer sistemas de monitoreo y evaluación, que garanticen la calidad y continuidad de la atención en salud mental, con perspectiva de respeto de los derechos humanos.**

En cuanto a los procesos diagnósticos y de abordaje para la atención en salud mental, se recomienda:

1. **Fortalecer la elaboración de una estrategia de diagnóstico y atención en salud mental que considere especialmente la discapacidad psicosocial en adolescentes que ingresen al INISA.** En tal sentido, elaborar un proyecto formal tendiente a garantizar el tratamiento adecuado para adolescentes con discapacidad psicosocial, con la dotación de recursos materiales y humanos necesarios, como parte del abordaje global sobre las problemáticas que condujeron a la comisión de la infracción penal.
2. **Dotar de recursos materiales y humanos en atención médica y psicosocial, así como de presupuesto, al Departamento Médico y Medidas Curativas.**
3. **Incorporar la perspectiva de género y de derechos humanos en la planificación** y programas de atención a la salud mental en adolescentes en privación de libertad.
4. **Fortalecer el enfoque de rehabilitación** en el proceso de atención psicosocial en los centros mediante el mayor acceso a procesos de psicoterapia, tanto individual como grupal.

5. **Disponer los recursos materiales y personal suficientes**, así como la coordinación y articulación con dispositivos externos para dar continuidad a la atención psicosocial luego del egreso.
6. **Elaborar y promover estrategias de abordaje en simultáneo con la familia de los y las adolescentes**, que permitan el fortalecimiento de los vínculos y la proyección del egreso.

En relación con el ejercicio de la capacidad jurídica, se recomienda:

1. **Elaborar reglamentos y protocolos que regulen las condiciones del consentimiento informado en la atención en salud mental** para adolescentes en privación de libertad, promoviendo el lenguaje claro y accesible, los ajustes razonables necesarios para su realización y la confidencialidad de la información.

En referencia a la atención en crisis, se recomienda:

1. **Fomentar la integralidad en la atención de situaciones agudas vinculadas a violencias autoinfligidas** en el marco del nuevo protocolo del INISA de prevención de IAE en privación de libertad.
2. **Elaborar un protocolo específico para el abordaje integral de las autoagresiones** en adolescentes en privación de libertad.

En cuanto a los riesgos de tratos inhumanos, crueles o degradantes vinculados con la salud mental en contexto de privación de libertad, se recomienda:

1. **Habilitar un mecanismo accesible y visible, que garantice las salvaguardas mínimas de seguridad, para la presentación de quejas** para adolescentes y/o su familias o referentes, en el que se puedan plantear, entre otras, situaciones vinculadas a la atención en salud mental en privación de libertad.
2. **Erradicar el aislamiento, aunque sea parcial, como medida sancionatoria y de evaluación del ingreso.**
3. **Elaborar un protocolo específico y de instancias de capacitación para las situaciones de crisis de excitación** que determinen un grave riesgo para sí mismo o para terceros. Adicionalmente, se recomienda precisar el concepto de “tiempo mínimo necesario” en el uso del aislamiento y la contención.



Jimena Fernández
Presidenta

Institución Nacional de Derechos Humanos
Defensoría del Pueblo

Bibliografía

Castelli, Luisina; Rossal, Marcelo; Keuroglan, Leticia; Ramírez, Jessica; Suárez, Héctor (Coord.) (2019) Desarmando tramas: Dos estudios sobre consumo de drogas y delito en población privada de libertad. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. Diciembre de 2019.

<https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/Desarmandotramas.pdf>

Equipo de investigación de la Unidad Académica Asociada, Instituto Académico de Educación Social, Instituto de Psicología, Educación y Desarrollo Humano. *Te pesa la cana. Afectaciones subjetivas del encierro en la adolescencia*. Isadora Libros, Montevideo, 2019. Recuperado en:

[SilvaBalerio,D.Tepesalacana.pdf \(cfe.edu.uy\)](http://SilvaBalerio,D.Tepesalacana.pdf)

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2022). Situación de bienestar psicosocial y salud mental en adolescentes y jóvenes en Uruguay. Uruguay: UNICEF.

[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/II Encuesta Mundial de Salud Adolescente 0.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/II_Encuesta_Mundial_de_Salud_Adolescente_0.pdf)
https://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=cd8dfe98-5abf-4e9b-90e7-06214706e970&groupId=10181

Goddings, A., Mills, K., Clasen, L., Giedd, J., Viner, R., & Blakemore, S. (2014). Longitudinal mri to assess effect of puberty on subcortical brain development: an observational study, *The Lancet*, 88, 242-251.

INISA. Protocolo de prevención de IAE al ingreso a la privación de libertad.

<http://www.inisa.gub.uy/images/protocolos/1032a.pdf>

Instituto Nacional de la Juventud (INJU) Informe Cuarta Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud - 2018. Montevideo, febrero de 2020

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W, coord. Protocolo de atención ingreso de adolescentes al sistema de medidas cautelares privativas de libertad. Montevideo: OPP, 2016

Mecanismo Nacional De Prevenção E Combate À Tortura. (2019). “Recomendação Mnpct. Diretrizes para atendimento às adolescentes privadas de liberdade no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)” https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2019/09/acesse-a-recomendac3a7c3a3o-recomendao_diretrizes_pscpp.pdf

Mecanismo Nacional De Prevenção E Combate À Tortura. (2020). “Adolescentes Privadas de Liberdade. Relatório de Missão Conjunta no Ceará, Distrito Federal, Paraíba e Pernambuco”

<https://mnpctbrasil.files.wordpress.com/2020/03/relatc393rio-adolescentes-privadas-de-liberdade.pdf>

Ministerio de Salud Pública. DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD. Área Programática de Adolescencia y Juventud. Guía para la atención Integral de la Salud de Adolescentes
https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf

Ministerio de Salud Pública. Dirección General De La Salud . Programa Nacional De Salud Mental. Guías De Prevención Y Detección De Factores De Riesgo De Conductas Suicidas
<https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10652,70790>

Ministerio de Salud Pública (MSP). Junta Nacional de Drogas (JND). Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. GSHS 2012. Uruguay.

Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 10 de abril de 2018. (A/HRC/38/36) <https://undocs.org/es/A/HRC/38/36>

Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 4 de abril de 2016. (A/HRC/32/32) <https://undocs.org/es/A/HRC/32/32>

Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. Prioridades estratégicas de la labor Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng. 7 de abril de 2021. (A/HRC/47/28)
<https://undocs.org/es/A/HRC/47/28>

Naciones Unidas. Oficina contra las Drogas y el Delito (2006) Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas. Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay Setiembre 2006
http://www.cicad.oas.org/oid/new/statistics/siduc/infofinal_estudio_comparativo.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción sobre salud mental 2013-2030 (revisado).
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud Mental: Fortalecer Nuestra Respuesta*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud (2019). Salud del adolescente. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Reforma Penal Internacional (PRI) - Asociación para la Prevención de la Tortura (APT) “Mujeres privadas de libertad: una guía para el monitoreo con perspectiva de género”
<https://www.apt.ch/sites/default/files/publications/women-in-detention-es.pdf>

ANEXO 1: MARCO NORMATIVO

El derecho a la salud mental de niños, niñas y adolescentes está ampliamente reconocido en el derecho internacional de los derechos humanos. Así, la CDN declara que los niños, niñas y adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, y a contar con servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud (1), así como a la evaluación periódica del internamiento (2).

A nivel nacional, el CNA declara como derecho esencial de niños, niñas y adolescentes, entre otros, al derecho a la salud(3) y regula expresamente el derecho de información y acceso a los servicios de salud (4). Por su parte, la Ley 18.335 prevé también que toda persona tiene derecho a la atención integral en su salud (5), mientras que el Decreto 274/010 reglamenta varios aspectos de la ley como el derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes al acceso a servicios de salud en condiciones de intimidad y confidencialidad; y a que se garantice su acceso inmediato, con especial énfasis en las condiciones de otorgamiento del consentimiento informado (6).

Otra norma importante en la materia es la Ley 19.529. Aunque esta carece de un enfoque integral para las infancias y las adolescencias, sí aborda cuestiones específicas para este grupo etario, tales como: el consentimiento informado (7); la condición de hospitalización de niños, niñas y adolescentes en hospital pediátrico o en áreas de internación pediátrica en hospital general (8); y el procedimiento para la hospitalización involuntaria por orden judicial de niños, niñas y adolescentes (9).

En lo relativo a adolescentes en privación de libertad y en situación de discapacidad, incluida la psicosocial, de acuerdo con el art. 2 de la CDN, los Estados Partes tienen la obligación de garantizar estos derechos y que sean especialmente protegidos no solamente por las disposiciones de CDN que se refieren específicamente a la justicia penal de adolescentes (10), sino también por las demás disposiciones y garantías sobre atención de la salud (11). En tal sentido, el Comité de los Derechos del Niño ha recomendado una serie de elementos en el trato a adolescentes con discapacidad que infringen la ley, como: a ser entrevistados de manera adecuada; a aplicar medidas sustitutivas para evitar los procedimientos judiciales habituales; la no permanencia de adolescentes con discapacidad en centros de detención general de menores (12).

1- Convención de los Derechos del Niño, art. 24.

2- *Idem*, art. 25.

3- Ley 17.823, Código de la Niñez y la Adolescencia, art. 9.

4- *Idem*, art. 11 bis.

5- Ley 18.335, art. 6.

6- Decreto 274/010, arts. 24 lit. a y 26 lit k.

7- Ley 19.529 de Salud Mental, art. 23.

8- *Idem*, art. 24.

9- *Idem*, art. 34. Más allá de que el art. 34 de la Ley 19.529 refiere a la aplicación del art. 121 CNA, debe entenderse aplicable, el art. 120 CNA, y particularmente el 120-7 y 8, dada la nueva redacción dada por la Ley 19.747 al Cap. XI CNA con relación al proceso judicial de protección de niños, niñas y adolescentes con derechos amenazados y vulnerados, norma posterior en el tiempo que deroga tácita y parcialmente el art. 34 Ley de Salud Mental en cuanto a la referencia al anterior art. 121 CNA.

10- Convención de los Derechos del Niños, arts. 37, 39 y 40.

11- Comité de los Derechos del Niño (2007), Comentario General N° 9, Los derechos de los niños con discapacidad, párrafo 73.

12- *Idem*, párrafo 74 lit c.

Asimismo, se recomienda a los Estados que la respuesta que se dé al delito cometido considere, entre otros aspectos, las necesidades relativas a su salud mental (13), enfatizando en la necesidad de hacer ajustes para apoyar a los niños con discapacidad, a través de la asistencia para la comunicación y la lectura de documentos y mediante la introducción de ajustes de procedimiento (14); incluso a la desjudicialización de casos por hechos cometidos por adolescentes con determinadas discapacidades intelectuales(15). A esto se suma el derecho a que se garantice por el Estado un examen médico al ingreso en un centro de detención y el derecho a recibir una atención de la salud física y psíquica adecuada durante la estancia en el centro; atención que, además, debe prestarse preferentemente en instalaciones sanitarias de la comunidad (16).

La normativa internacional estipula que adolescentes bajo custodia deberán recibir la asistencia médica y psicológica que requieran (17), lo que implica recibir tratamiento en instituciones especializadas y bajo supervisión médica independiente, debiéndose garantizar su continuidad después de la liberación (18). Además, se encuentran estrictamente prohibidas todas las medidas disciplinarias que puedan poner en peligro la salud física o mental del adolescente (19). En efecto, todas las medidas que "constituyan un trato cruel, inhumano o degradante, incluidos los castigos corporales, la reclusión en celda oscura y las penas de aislamiento o de celda solitaria, así como cualquier otra sanción que pueda poner en peligro la salud física o mental del menor" deben ser estrictamente prohibidas.

Por su parte, la CDPD establece estándares específicos sobre niñez (20), libertad y seguridad de la persona (21) y protección contra el trato inhumano, cruel o degradante (22).

A nivel nacional, el CNA mandata que, luego de formalizada la investigación y un plazo de quince días, se realice preceptivamente un informe técnico de evaluación de la situación sanitaria, psicológica, familiar, socioeconómica y educativa del o la adolescente al que se le inicia un proceso penal (23). A su vez, el código destaca el derecho de las y los adolescentes en privación de libertad a recibir atención adecuada y acorde a sus necesidades por parte de los servicios de salud (24), así como la obligación del Estado de tener especial cuidado por las situaciones en que los y las adolescente requieran tratamiento médico, en cuyo caso deberán ser internados en un centro adecuado a sus condiciones (25).

13- Comité de los Derechos del Niño (2019), Comentario General N° 24, relativa a los derechos del niño en el sistema penal juvenil, párrafo 39.

14- Idem, párrafo 40.

15- Idem, párrafo 28.

16- Idem, párrafo 95 lit. d).

17- Reglas para la Administración de la justicia de menores (Reglas de Beijing), Reglas 13.5 y 26.1.

18- Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad (Reglas de la Habana), Regla H, párrafo 53.

19- Idem, Regla L, párrafo 67.

20- Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 7.

21- Idem, art. 14.

22- Idem, art. 15.

23- CNA, art. 76, C, inciso segundo.

24- Idem, art. 102, lit. A, num. 4.

25- Idem, art. 92 inc. 3°.

Finalmente, se regula la aplicación de medidas curativas a adolescentes “incapaces” que hubieren cometido una infracción a la ley penal, medidas que deberán cumplirse en establecimientos adecuados y separados de los adultos mayores de 18 años, delegando la determinación de los tratamientos a los directores de los establecimientos y a los técnicos que designe la justicia (26). Para estas medidas, además, se prevé un control especial a cargo de los Jueces Letrados de Adolescentes (27) en el ejercicio de sus competencias en materia de ejecución (28).

26- *Idem*, art. 106.

27- *Idem*, art. 107.

28 - *Idem*, art. 100.

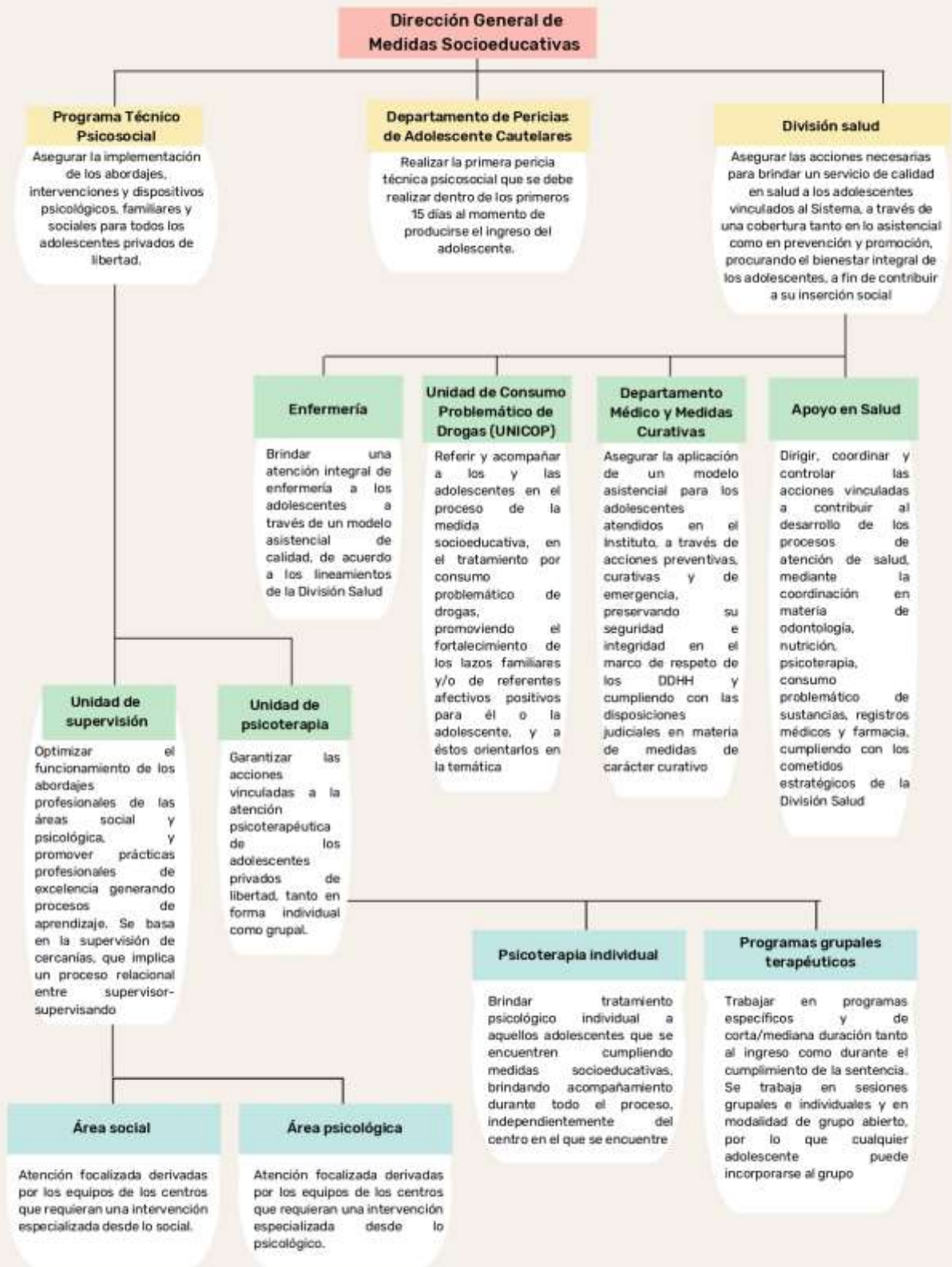
ANEXO 2: LA PERCEPCIÓN DEL CONCEPTO DE “SALUD MENTAL” EN ADOLESCENTES EN PRIVACIÓN DE LIBERTAD DEL PERSONAL VINCULADO A LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL ¿IMPACTA EN LA TAREA REALIZADA?

Personal entrevistado tendió a coincidir en que la salud mental estaba frecuentemente asociada al bienestar de las y los adolescentes (“es estar bien con uno mismo”). Implicaba, entre otros aspectos, poder contar con estrategias de afrontamiento de las dificultades o el estrés (“tener herramientas para resolver situaciones de una manera adecuada que permita la inserción y la adaptación”). Entendían que la salud mental es integral a la salud del ser humano (“asociada al plano subjetivo y también lo físico”; “lo interno, y los vínculos”), y que permitía a las personas funcionar en su contexto (“saber manejarse, controlar los impulsos y establecer buenos vínculos con pares y familias”).

En cuanto a la salud mental durante la privación de libertad, se destacaba las particularidades que se presentan en el contexto de una situación artificial y violenta (“no es natural que una persona esté privada de libertad, más allá de que sea justo que lo esté por haber cometido una infracción”; “el encierro ya es violento en sí mismo”) y su impacto en el desarrollo adolescente (“es distinto estar privado de libertad siendo adolescente que adulto (...) los adolescentes en privación de libertad forjan su identidad tras las rejas”; “la adolescencia es un periodo de replantear y cuestionar cosas, imagínate tener que hacerlo en este contexto”; “al encierro se suma la complejidad que presenta el momento de la adolescencia por los cambios hormonales, la generación de vínculos, la construcción de la subjetividad y de los modelos identitarios”). También se señalaba que el acceso a distintos niveles de salud mental en privación de libertad dependía del tiempo de encierro en los centros (“hay lugares de mayor encierro, y con lógicas distintas a las de los centros más abiertos, cuyo impacto en la salud mental de las y los adolescentes redundaba en la vida cotidiana y el establecimiento de vínculos; “nos pasa, por ejemplo, que los chiquilines sienten una puerta y se dan vuelta a ver qué pasa, y les decimos “tranquilos, no pasa nada”; chiquilines que no quieren estar en una convivencia amplia porque piensan que los otros le van a pegar; me han dicho “prefiero tener el termo yo, porque otro me puede quemar”).

En tal sentido, varios profesionales asociaron la salud mental de adolescentes al régimen de conducta dentro de los establecimientos de reclusión y a las características propias de funcionamiento, que a veces generaban la necesidad de “sobrevivir” al contexto de privación de libertad (“imperaba el uso de la violencia verbal y física entre adolescentes, lo que plantea un gran obstáculo para que se pueda sacar lo mejor de cada uno”). No obstante, también se percibía a la salud mental de las y los adolescentes como algo potencialmente modificable a través de un abordaje específico o la convivencia (“todas esas cosas se van deconstruyendo con el tiempo y con el trabajo de todos”; “esas son todas cosas que con el transcurso de la convivencia y la permanencia se van modificando”) y en algunos casos, se mencionaba la existencia significativa de dificultades en salud mental previas al ingreso al sistema (“muchos chiquilines tienen problemas mentales antes de la privación de libertad”; “la cantidad de adolescentes con trastornos mentales es enorme”) y la posibilidad de diagnosticarla y atenderla adecuadamente estando en el INISA (“para algunos, la atención que nosotros les podemos ofrecer en salud mental, es tal vez la primera a la que realmente acceden en su vida”; “los adolescentes que nos llegan son aquellos que no pudieron acceder a la cobertura de sus necesidades en etapas más tempranas y a los que sus derechos no les fueron respetados”). Finalmente, el uso problemático de sustancias, el riesgo suicida, las autolesiones, la depresión y niveles cognitivos descendidos fueron las dificultades en salud mental mayormente reportadas.

ANEXO 3: ORGANIGRAMA SALUD MENTAL - INISA



Fuente: Respuesta a Oficio 030/2022 y Norma N° 1021/018 del INISA



Institución Nacional
de Derechos Humanos
y Defensoría del Pueblo

Bulevar Artigas 1532, Montevideo
Tel. (+598 2) 1948
www.inddhh.gub.uy
secretaria@inddhh.gub.uy