



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE AUTO ELIMINACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE ROCHA 2013-2014

Autores:

Br. Altez Terra, Laura
Br. Correa Brun, Silvia
Br. De León, Paola
Br. Olivera, Leticia
Br. Pereyra Viera, José

Tutor:

Prof. Agdo. Esp. Lic. Enf. Sandro Hernández

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2014

AGRADECIMIENTOS:

- A nuestro tutor por la orientación brindada.
- A familiares, amigos por estar siempre a nuestro lado y confiar en nosotros.
- A la dirección de ASSE del departamento de Rocha,
- Al Patronato del Psicópata, a su personal.
- A la dirección de la mutualista COMERO (IAMPP); a su equipo de Salud Mental.
- Al personal de archivo de ambas instituciones, que nos permitieron realizar esta investigación.
- Al personal administrativo del Ministerio del Interior de Rocha.

MUCHAS GRACIAS

INDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	4
Fundamentación.....	5
Pregunta Problema.....	5
Objetivos.....	5
Marco Conceptual.....	6
Diseño Metodológico.....	15
Variables.....	17
Resultados.....	21
Análisis.....	37
Conclusiones.....	41
Sugerencias.....	43
Bibliografía.....	44
Anexos.....	46

RESUMEN

La presente investigación fue realizada por cinco estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, quienes llevaron a cabo el trabajo final de investigación, adhiriéndose a una línea de investigación, correspondiente a la Cátedra Salud del niño, niña y adolescente.

El problema de estudio fue que factores de riesgo presentan los adolescentes con Intentos de Autoeliminación (IAE) en el Departamento de Rocha en el período comprendido desde el 1 de enero 2013 al 31 marzo 2014.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo transversal cuya población de estudio estuvo comprendida por 28 adolescentes de 10 a 19 años pertenecientes al Departamento de Rocha con al menos un intento de autoeliminación diagnosticada.

Dentro de las variables de estudio se incluyeron edad, sexo, nivel de instrucción método empleado del IAE, lugar donde realizó el IAE, época del año en que realizó el intento, factores desencadenantes, presencia de utilización de drogas, antecedentes familiares, antecedentes personales, ideación suicida, episodios previos, entre otros.

La recolección de datos se realizó mediante un instrumento elaborado por el equipo y la fuente de información las historias clínicas; para su análisis se utilizó el Programa Excel, se hallaron medidas estadísticas y los datos se presentaron en tablas y gráficos, realizando cruce de variables.

El trabajo tuvo como objetivo caracterizar a la población adolescente con al menos un diagnóstico médico de Intento de Autoeliminación en el período de

estudio.

Se destaca de los resultados de la investigación que fueron realizados fundamentalmente por adolescentes de sexo femenino, en un alto porcentaje se vieron en hogares desmembrados, siendo Rocha capital donde se encuentra el mayor registro de IAE, en cuanto al nivel de instrucción secundaria incompleta ocupa más de un tercio de la población estudiada.

Como antecedente personal la patología psiquiátrica es la más relevante, se observa un alto consumo de alcohol dentro de las sustancias tóxicas estudiadas. Dentro de los antecedentes familiares junto con las patologías psiquiátricas se destacaron antecedentes de suicidio e intentos de autoeliminación.

Respecto a las características del intento se destaca como método empleado la ingesta de fármacos no psicofármacos, siendo el factor desencadenante las relaciones interpersonales conflictivas, predominando como lugar de intento el domicilio del adolescente, observándose para el sexo femenino la época del año de elección la primavera, mientras que para el masculino es el verano.

En Uruguay, el intento de Autoeliminación sigue un constante crecimiento ocupando el segundo lugar de mortalidad en Uruguay. El segundo el tercer lugar los Guaraníes. Rocha es el departamento con más alto índice de intento de Autoeliminación según informe Estadísticas Nacionales de Uruguay en el año 2011.

El instrumento utilizado para la recolección de datos, fue la autoeliminación de una ficha, elaborada por el equipo de investigadores.

INTRODUCCIÓN:

El siguiente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de Licenciatura de Enfermería, generación 2010 de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, como trabajo final de investigación.

La investigación, se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, en el Departamento de Rocha, se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo.

El problema de investigación fue: Que factores de riesgo predominan en los Intentos de Autoeliminación en la población adolescente del Departamento de Rocha en el período comprendido desde el 1 de enero del 2013 al 31 de marzo 2014.

A fin de conocer su distribución con relación a las variables socioeconómicas y demográficas para obtener un perfil de dichos usuarios que permita a los trabajadores de la salud la elaboración y el abordaje de estrategias precoces en detección y prevención a nivel educativo.

En Uruguay, el Intento de Autoeliminación está en constante incremento ocupando el segundo lugar de mortalidad en Sudamérica (siendo el primer lugar las Guayanas); Rocha es el departamento con más alto índice de Intento de Autoeliminación según informa Instituto Nacional de Encuesta en el año 2011.

El instrumento utilizado para la recolección de datos, fue la sistematización de una ficha, elaborada por el equipo de investigación.

Area de estudio: Salud Adolescente

Tema: Intento de Autoeliminación

Pregunta Problema:

¿Qué factores de riesgo presentan los adolescentes con Intentos de Autoeliminación en el Departamento de Rocha en el período comprendido desde el 1 de enero del 2013 al 31 de marzo 2014?

Objetivo General:

Caracterizar a la población adolescente con al menos un diagnóstico médico de Intento de Autoeliminación y conocer los factores de riesgos presentes en la población de estudio del Departamento de Rocha en el sector público y privado.

Objetivos Específicos:

Clasificar a la población de estudio según variables sociales y demográficas.

Identificar la época del año con más alto índice de IAE en relación con el sexo.

Conocer el porcentaje de adolescentes según sexo con más de un intento de autoeliminación.

Conocer métodos empleados en población y determinar que sexo ha empleado el método más agresivo y la existencia de reiteraciones.

Identificar factores de riesgo en la población de estudio en referencia al tema estudiado.

FUNDAMENTACIÓN:

Desde el punto de vista epidemiológico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo ocurren alrededor de un millón de Suicidios cada año, cantidad mayor que la que corresponde a todas las muertes debidas a guerras y homicidios; en cuanto a los Intentos de Suicidio, estos llegan a ser de 10 a 40 millones por año en todo el mundo. Se pudo ver que en nuestro país los IAE superan en 5 veces las cifras de la región.

Los Suicidios y las Tentativas de Suicidio constituyen un problema grave de Salud Pública siendo ésta la segunda causa de muerte en la adolescencia. Uruguay cuenta con una población total contabilizada en el censo del año 2011 de 3.286.314, entre ellos una población total adolescente de 518.243, destacando en el departamento de Rocha una población adolescente de 11045 con una división de 5677 hombres y 5368 mujeres.¹

Los Suicidios y los IAE han tenido un incremento en las últimas décadas en la población en general, y en especial en la población adolescente, la población de mayor riesgo comprende a adolescentes entre 10 y 12 años.²

En el interior del país los Departamentos con mayor índice de Suicidio fueron Rocha, Colonia y Florida. El método más utilizado para quitarse la vida fue el

1- Uruguay. Instituto Nacional de Estadísticas. Características generales de la población. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/pais%20poblacion.html> [consulta: 3 jun 2014].

2-Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Estadísticas de mortalidad: cuadro de mortalidad por causa sexo edad 1992-2010. 2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicación/estadísticas-de-mortalidad> [consulta: 3 jun 2014].

3- Meliá S. Enfermería en salud mental: conocimiento, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2005.

ahorcamiento (54%), seguido del disparo con arma de fuego (32%) y los envenenamientos (4%). (Estudio de la OMS difundido en el año 2007).

Según el informe del Ministerio del Interior en los años comprendidos entre 2005-2010, en el Uruguay existen más Suicidios que accidentes de tránsito.

Las enfermedades psiquiátricas son el factor que más contribuye a los suicidios teniendo más de un 90 % de las personas que se suicidaron una enfermedad psiquiátrica el 60% de los suicidios están asociados a trastornos del humor, principalmente depresión mayor y trastorno bipolar.

Entre los años 2004 y 2007 se suicidaron en Uruguay 247 menores de 19 años, de los cuales 213 adolescentes tenían entre 15 y 19 años, 32 niños de 0 a 14 y se revelaron 2 niños menores de 9 años.³

De la revisión de la literatura bibliográfica correspondiente al tema suicidio e IAE en la adolescencia, se presentan diferentes teorías explicativas sobre el origen del suicidio, su significado, la relación que hay entre éste y la etapa de la adolescencia, y la influencia que el mismo ejerce sobre el adolescente.

Reafirmando lo planteado, *"muestran que los grandes cambios biológicos, psicológicos, afectivos, emocionales y sociales, el no tener una identidad definida, y el desconocer o no tener claro lo que se espera del adolescente en la sociedad, producen en él gran incertidumbre y angustia; dando como resultado, el provocar conflictos y llevar al adolescente a desarrollar conductas de riesgo como: delincuencia, vagancia, deserción escolar, drogadicción, alcoholismo, promiscuidad sexual, embarazo temprano, fuga del hogar, y en el peor de los casos, el suicidio"* (L., Mayo de 2010).

MARCO CONCEPTUAL

El Plan Nacional de Prevención del Suicidio en el Uruguay (PNPS) se constituyó en el año 2010 en uno de los planes quinquenales prioritarios del Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES) Área de Promoción de la Salud y Prevención de la Salud.

En este contexto las autoridades se proponen como meta reducir la mortalidad por Suicidio en un 10% para el periodo 2011-2020.

Según Vicente Galt (1955) "Es el estado de relación equitativa e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos, equilibrio de integración progresiva con otras personas e instituciones, relaciones subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propias vidas y en las de su entorno social".

CONCEPTO DE SALUD MENTAL

La salud mental 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 se capaz de quebrar una conducta rígida e su conducta".

1. World Health Organization. (1993). *World Health Report 1993: Promoting Mental Health: Preventing Mental and Substance Abuse Problems*. Geneva: WHO.

2. Organización Mundial de la Salud. (1993). *Informe Mundial de Salud 1993: Promoviendo la Salud Mental: Prevención de Problemas de Salud Mental y Abuso de Sustancias*. Ginebra: OMS.

MARCO CONCEPTUAL:

CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD:

Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra.

En este proceso el Hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación Salud – Enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del Hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos.⁴

Según Vicente Galli (1986) *"Es el estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e imprevisibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social"*⁵

CONCEPTO DE SALUD MENTAL:

La salud mental 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- Garay M, Vázquez L. Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay de hoy. Rev Urug Enferm [Internet] 2000; 5(1): 19-27. Disponible en: http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num9/9_art03_garay_vazquez.pdf [consulta: 3 jun 2014].

5- Universidad de la República. (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de estudios 1993. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/deptoeducacion/99-el-plan> [consulta: 3 jun 2014].

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».⁶

Subtítulo Verbal

Concepto de Adolescencia:

Subtítulo Verbal

La OMS (1990) operacionalmente lo ha definido como el período de la vida que transcurre desde los 10 a los 19 años y que se divide en "adolescencia temprana" de 10 a 14 años y adolescencia *tardía* de 15 a 19 años.⁷

Subtítulo Verbal

Según una revisión internacional de la OMS los principales factores de riesgo para cometer suicidio son:

- Enfermedades mentales (sobre todo depresión, alcoholismo y esquizofrenia).
- Intentos previos de suicidio.
- Pertenecer al género masculino.
- Enfermedades físicas, sobre todo las crónicas, discapacidades dolorosas e incurables.
- Baja tolerancia a la frustración sumada a alta impulsividad.

Es importante identificar las diferencias entre factores y señales de riesgo suicida.

Subtítulo Verbal

FACTORES:

Son aquellas condiciones que favorecerán la precipitación de un acto suicida en las personas vulnerables.

6- Meliá S. Crítica de Libro: Garay M, Díaz A. Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. [Internet]. 2010. Disponible en: http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num2/2_art08_comen2.pdf [consulta: 3 jun 2014].

7- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ [consulta: 3 jun 2014].

Subtítulo Verbal

Señales:

Son las manifestaciones verbales y no verbales por parte del sujeto que nos alertan acerca de la posibilidad de auto-eliminación.

Señales Verbales:

La persona manifiesta las ideas de muerte de manera directa o indirecta, a través de frases.

Señales No Verbales:

Auto mutilaciones, bajar el rendimiento escolar, regalar cosas significativas sin motivo, abandono de actividades que antes disfrutaba. Aislamiento, abandono personal.

Factores De Riesgo:

La familia influye en el desarrollo, curso e intensidad de la depresión. La vulnerabilidad genética del modelo de comportamientos depresivos e indefensos.

Las frustraciones constantes por las separaciones, abandonos psicológicos y rechazos.

Violencia, maltrato y/o abuso. En el niño la vulnerabilidad genética, sus factores temperamentales individuales.

Aspectos inconscientes, coeficiente intelectual, ciertos cambios fisiológicos.

Los actos auto agresivo potencialmente suicidas (no totalmente consciente el deseo de daño):

.- Manipulación de armas.

- Accidentes reiterados.
- Alta velocidad, las competencias en moto u auto (picadas).

FACTORES PRECIPITANTES:

- Ruptura con personas significativas.
- Problemas interpersonales.
- Dificultades financieras.

FACTORES FAMILIARES:

- Hogares desmembrados.
- Fallecimiento de un progenitor.
- Violencia y maltrato familiar.
- Alcoholismo en el hogar.
- Falta de disponibilidad afectiva hacia los hijos.
- Abandono.
- Desempleo.
- Presencia de enfermedades psiquiátricas.
- Antecedentes de suicidio.
- No escolarización.
- Pobre integración social.
- Falta de grupos de sostén comunitario.

Es también importante tener en cuenta los factores de resiliencia de cada uno: como la capacidad de las personas para hacer las cosas bien y de forma socialmente aceptable, en un entorno agobiante o adverso que suele entrañar un elevado riesgo de efectos negativos.

INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN:

- La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay considera al Intento de Autoeliminación (IAE) como la voluntad o deseo consciente y deliberado de

darse muerte , motivado por un proceso angustioso que alcanzo a sobrepasar el nivel de tolerancia; es un estado conflictivo , una crisis sin resolver que se expresa a través de la conducta suicida . Es una situación imprevista, aguda, que demanda atención técnica inmediata en contexto de crisis.

CONCEPTO DE CRISIS:

La crisis es una perturbación psicológica aguda de duración variable, que resulta de un riesgo, circunstancia de peligro, amenaza de pérdida repentina o fuertes presiones sociales .El usuario entra en crisis al no poder resolver un problema, esto lo puede conducir al Suicidio. ⁸

ACTO SUICIDA:

La OMS define "el acto suicida" como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos.

Conviene diferenciar estos conceptos:

IDEACIÓN SUICIDA:

Deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.

LAS CONDUCTAS SUICIDAS INCLUYEN:

SUICIDIO CONSUMADO:

-Acto de matarse de forma consciente, considerando a la muerte como un medio o un fin.

8- Abal A, Cheroni A, Leopold S. Adolescencia e infracción: una aproximación a la construcción subjetiva. En: Paternain R, Sanseviero R (comp). *Violencia, inseguridad y miedos en Uruguay: ¿qué tienen para decir las ciencias sociales?*. Montevideo: FESUR; 2008. p. 129-36.

TENTATIVA DE SUICIDIO:

-Acto voluntario realizado por la persona con el intento de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.

PARASUICIDIO:

-Conducta auto lesiva no mortal realizada por el individuo y en la que no es esencial su intencionalidad u orientación hacia la muerte. Se suele producir ante situaciones conflictivas no resueltas y dentro de algún trastorno de la personalidad. Se incluirían aquí muchas conductas consideradas "manipulativas"⁹

9- Garay M, Vázquez L. Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay de hoy. Rev Urug Enferm [Internet] 2000; 5(1): 19-27. Disponible en:http://www.fenf.edu.uy/rue/silio/num9/9_art03_garay_vazquez.pdf [consulta: 3 jun 2014].

DISEÑO METODOLÓGICO:

Clinica cuantitativa en diagnóstico autoeliminado de la utilización del instrumento.

TIPO DE ESTUDIO: descriptivo, de corte transversal.

Se trabajó en cuatro lotes por el nivel clínico en el proceso de investigación.

Población de estudio: adolescentes (10 a 19 años) del Departamento de Rocha, que han presentado al menos un IAE con diagnóstico médico en el período comprendido entre el 1 de Enero del 2013 al 31 de Marzo del año 2014, en el sector público y privado.

INSTRUMENTO, PLAN DE ANÁLISIS Y PROCESO:

Se elaboró una ficha para la sistematización de la información cuya fuente fueron las historias clínicas. (ver anexo 3)

Se enviaron cartas solicitando autorización a los respectivos centros de salud privada y pública del Departamento de Rocha y a su vez al Departamento de Salud Mental de ambas instituciones, una vez autorizadas nos dirigimos al Departamento de Salud Mental privado y público (ver anexos 4, 5 y 6) y se comenzó por separar a todos los usuarios con al menos un intento de autoeliminación que estaban comprendidos en el periodo antes mencionado y luego seleccionamos a los que estuvieran comprendidos en el rango de edad a investigar, extrayendo los datos de las historias clínicas mediante el uso del instrumento ya elaborado.

Se recabó información en los archivos generales: en el público con revisión de planillas diarias de puerta de emergencia, seleccionando diagnósticos de IAE de la población de estudio y luego se utilizó el instrumento en Historias Clínicas, en el sector privado se encontró ya codificado a los usuarios con consulta en Salud Mental por lo cual se procedió a seleccionar por edad y

Variables:

luego en cada Historia Clínica identificar el diagnóstico procediendo a la utilización del instrumento.

Se tomaron en cuenta todos los aspectos éticos en el proceso de investigación.

Sexo

La información se presenta en tablas, cuadros y gráficas, hallando medidas de tendencia central.

	Características del estudio	Variable	Categorías
	Características del estudio	Cualitativa	Feminino Masculino
	Características del estudio	Cualitativa	Padres Hijos Parientes
Edad	Período en años o meses desde el nacimiento hasta la fecha que realizó el estudio.	Cuantitativa diferencia	10-14 años
Composición Familiar	Todas las personas que viven bajo un mismo techo y se alimentan de una sola en común.	Cualitativa Nominal	-Padres -Hijos -Parientes -Se desconoce.
Lugar de residencia	Punto geográfico en donde reside el adolescente con su familia.	Cualitativa Nominal	-Rodas -Vía de Abril -Cafre -Chuy -La Palma -San Luis -Cabrera -Luzma -Varios etc.
Nivel de educación	Nivel de estudios alcanzados egresados y aprobados.	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Tercera enseñanza E inferior No concluyente
Antecedentes	Distintos padecimientos de vida y características del	Cualitativa	-Padecimientos propios -Enfermedad

Variables:

Variable	Definición Conceptual	Tipo de Variable	Valores o Categorías
Sexo	Características biológicas determinadas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres.	Cualitativa nominal	Femenino Masculino
Edad	Período en años o meses desde el nacimiento hasta la fecha que realizó el intento.	Cuantitativa discreta	10-19 años
Constitución Familiar	Todas las personas que viven bajo un mismo techo y se alimentan de una olla en común.	Cualitativa Nominal	-Padres separados. - Hogar constituido. - Pareja. - Se desconoce.
Lugar de residencia	Punto geográfico en donde habita el adolescente con su familia.	Cualitativa Nominal	-Rocha -19 de Abril -Catillos -Chuy -La Paloma -San Luis -Cebollatí -Lascano -Velázquez
Nivel de instrucción	Nivel de estudios reconocidos estatalmente, y aprobados.	Cualitativa ordinal	Primaria, Secundaria y Terciaria completa e incompleta respectivamente.-
Antecedentes	Diferentes patologías, modo de vida y características del	Cualitativa	-Patología psiquiátrica. -Enfermedad

Personales.	individuo.	nominal	crónica. -Tratamiento farmacológico. -Otros a destacar.
Adicción a Drogas	Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, (sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central.	Cualitativa nominal	-Alcohol -Pasta base -Cocaína -Marihuana -Otros.(especificar)
Antecedentes Familiares	Diferentes patologías, modo de vida y características de familiares.	Cualitativa nominal.	-IAE. -Suicidio. -Patología psiquiátrica.
Método Empleado	Se refiere a la forma utilizada para llegar a un fin.	Cualitativa nominal	-Ingesta de fármacos. -Ingestas de tóxicos -Drogas de abuso. -Herida de arma blanca. -Herida de fuego. -Ahorcamiento -Precipitación o amenaza. -Ahogamiento o semi-ahogamiento. -Flebotomía. -Otro método.
Factores desencadenante	Elemento condicionante que contribuye a lograr un resultado, que origina	Cualitativa nominal.	-Pérdidas afectivas. -Relaciones interpersonales

s	un suceso o reacción contribución a su comunidad.		conflictivas. -Bajo rendimiento escolar. -Embarazo no deseado. -Abuso sexual. -Violencia física o verbal. -Otros
Lugar donde realiza el intento de auto- eliminación.	Es un espacio ocupado	Cualitativa Nominal	-Domicilio. -Domicilio de amigos. -Vía pública. -Centro de estudio. -Comisaría. -Hogar de menores. -Otro
Época del año que realizó el intento	Períodos del año en los que las condiciones climáticas se mantienen en determinada región por un período de tiempo	Cualitativa nominal	Verano, otoño, invierno y primavera
Episodios previos	Número de intentos de autoeliminación anterior a la fecha del último IAE	Cuantitativa discreta	-No tuvo. - 1. - 2. - Más de 2
Ideación Suicida	Deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.	Cualitativa nominal	-Síndrome pre suicidio . Plan suicida -Ratificación -Rectificación
Salud Mental	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	Cualitativa nominal	Seguimiento psiquiátrico Seguimiento sicoterapéutico.

RESULTADO PREVALENCIA	productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.		
--------------------------	--	--	--

Tabla 1. Distribución de la población según sexo y edad

Sexo	Edad											Total	Porcentaje
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
Masculino	0	0	0	0	2,0	3,0	2	0	1,0	7,1	5	5,179	27,2
Femenino	0	0	3,0	0	1,1	14,1	10,2	7,1	10,2	20,1	10	5,001	22,7
Total	0	0	3,0	0	3,1	17,1	12,2	7,1	11,2	27,2	15	10,180	100

Gráfica 1



Fuente: información secundaria de los registros censales realizados. Toda información se basa en el censo de 2010.

Referente a la edad de los adolescentes en el estudio, que entre los de 10, 11 y 12 años, no se registro ningún caso en el período estudiado, lo cual, correspondió a los 12 años, 17,9%, a los de 15 años, 10,2%, a los de 16 años, 7,1% y a los de 17 años, 14,1% a los de 18 años, con 20,1% y los adolescentes de 19 años.

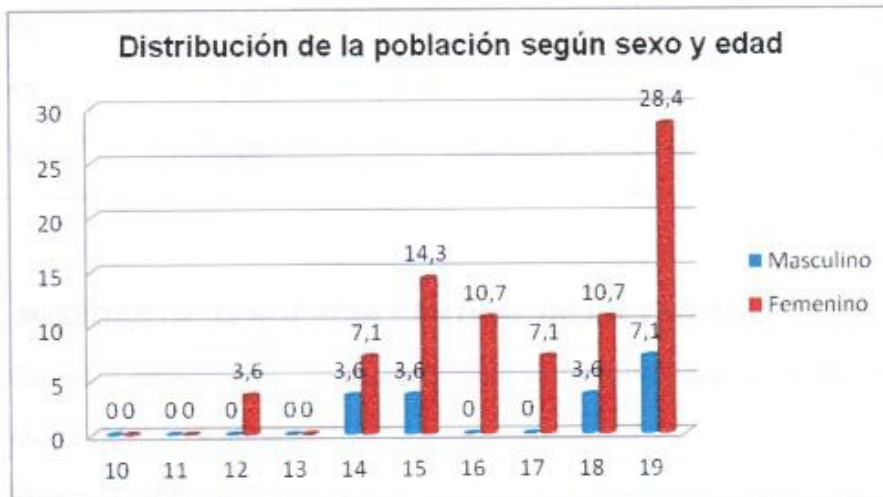
RESULTADOS

PREVALENCIA DEL INTENTO DEL SUICIDA

Tabla 1. Distribución de la población según sexo y edad.

Sexo	Edad										Total		
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	FA	FR	FR%
Masculino	0	0	0	0	3,6	3,6	0	0	3,6	7,1	5	0,179	17,9
Femenino	0	0	3,6	0	7,1	14,3	10,7	7,1	10,7	28,4	23	0,821	82,1
Total	0	0	3,6	0	10,7	17,9	10,7	7,1	14,3	35,5	28	1	100

Gráfica 1



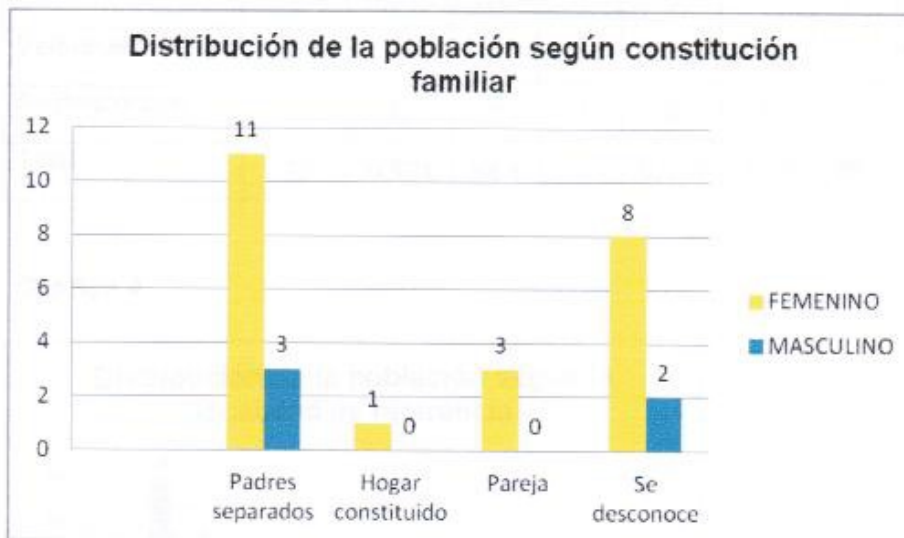
Fuente: Información obtenida de las historias clínicas mediante: ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

Referente a la edad de los adolescentes se encontró que entre los de 10, 11 y 13 años no se registró ningún caso en el período estudiado, el 3,6% correspondió a los 12 años, 17,9% a los de 15 años, un 10,7 % a los de 16 años, 7,1% a los de 17 años 14,3 % a los de 18 años y un 35,5% a los adolescentes de 19 años.

Tabla 3 Distribución de la población según constitución familiar.-

Constitución familiar	Femenino			Masculino		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Padres separados	11	0,40	40	3	0,11	11
Hogar constituido	1	0,04	4	0	0	0
Pareja	3	0,10	10	0	0	0
Se desconoce	8	0,28	28	2	0,07	7
Total	23	0,82	82	5	0,18	18

Gráfica 3



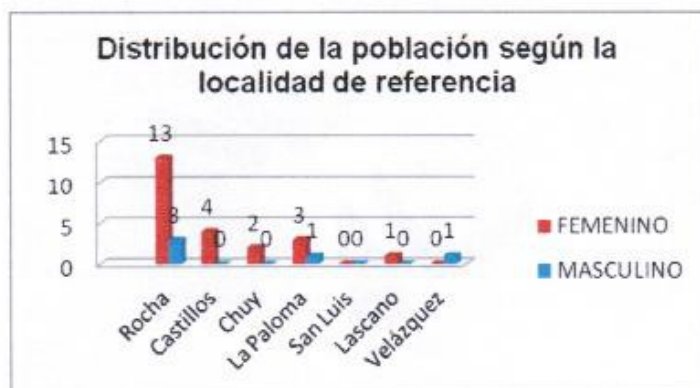
Fuente: Información obtenida de las historias clínicas mediante: Ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

En cuanto a la constitución familiar observamos que 14 adolescentes son hijos de padres separados, 3 viven en pareja, 1 en hogar constituido, y un total de 10 adolescentes se desconoce su constitución familiar por falta de registro en la fuente.

TABLA 4 Distribución de la población según localidad de residencia.-

Localidad de residencia	Femenino			Masculino			Total		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR %
Rocha	13	0,464	46.4	3	0,107	10.7	16	0,571	57.1
19 de Abril	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Castillos	4	0,143	14.3	0	0	0	4	0,143	14.3
Chuy	2	0,071	7.1	0	0	0	2	0,071	7.1
La Paloma	3	0,107	10.7	1	0,036	3.6	4	0,143	14.3
San Luis	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cebollati	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Lascano	1	0,036	3.6	0	0	0	1	0,036	3.6
Velázquez	0	0	0	1	0,036	3.6	1	0,036	3.6
Se desconoce	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	23	0,821	82.1	5	0,179	17.9	28	1	100

Gráfica 4



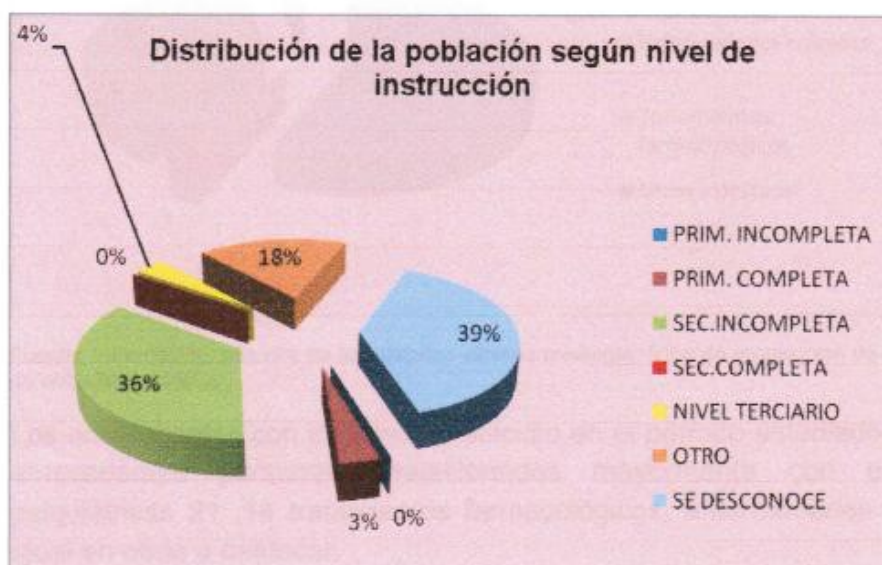
Fuente: Información obtenida de las historias clínicas mediante: Ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

En relación a la localidad donde residen los adolescentes con IAE encontramos que más de la mitad reside en la capital del departamento de Rocha, seguido por Castillos, la Paloma y luego Chuy, Lascano y Velázquez con menor incidencia.

Tabla 5 Distribución de la población según nivel de instrucción.-

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR	FR%
Prim. Incompleta	0	0	0
Prim. Completa	1	0.03	3
Sec. Incompleta	10	0.36	36
Sec. Completa	0	0	0
Nivel terciario	1	0.03	3
Otros	5	0.18	18
Se desconoce	11	0.4	39
Total	28	1	100

Gráfica 5



Fuente: Información obtenida de las Historias clínicas mediante: ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

El nivel educativo con mayor prevalencia de intento suicida fue los adolescentes que tiene secundaria incompleta para ambos sexos, observándose un alto porcentaje de falta de registro del nivel educativo

Tabla 6 Distribución de la población según antecedentes personales.-

Antecedentes personales	FA	FR	FR %
Patologías psiquiátricas	21	0.56	56
Enfermedades crónicas	1	0.03	3
Tratamientos farmacológicos	14	0.38	38
Otros a destacar	1	0.03	3
Total	37	1	100

Gráfica 6



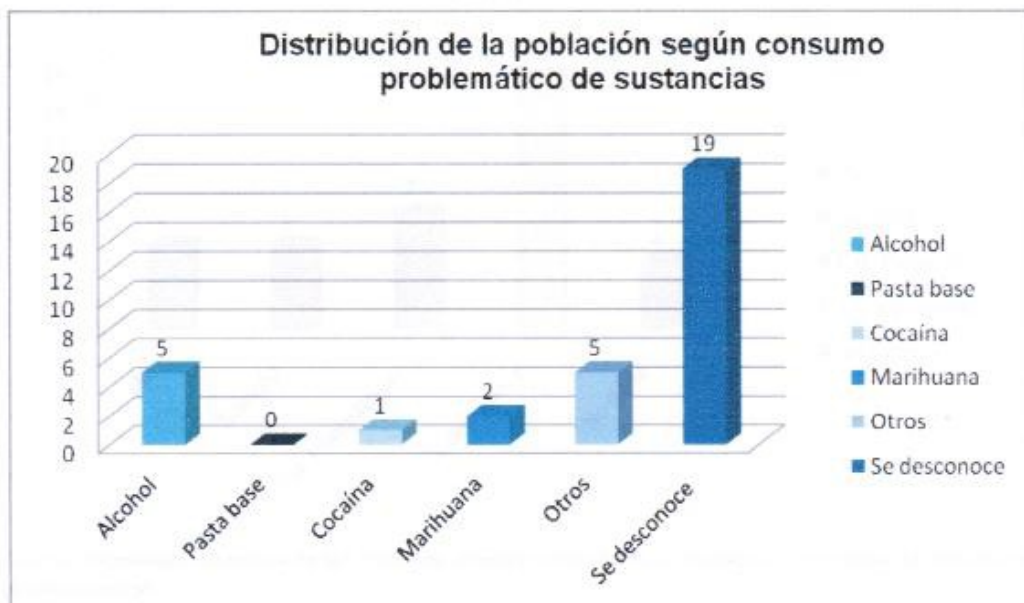
Fuente: Información obtenida de las historias clínicas mediante: ficha de recolección de datos de intentos de autoeliminación

Los adolescentes con intentos de suicidio en el período estudiado cuentan con antecedentes personales relacionados mayormente con enfermedades psiquiátricas 21 ,14 tratamientos farmacológicos, enfermedades crónicas 1 e igual en otros a destacar.

Tabla 7 Distribución de la población según consumo problemático de sustancias.-

Consumo problemático de sustancias	FA	FR	FR %
Alcohol	5	0.16	16
Pasta base	0	0	0
Cocaína	1	0.03	3
Marihuana	2	0.06	6
Otros	5	0.16	16
Se desconoce	19	0.59	59
Total	32	1	100

Gráfica 7



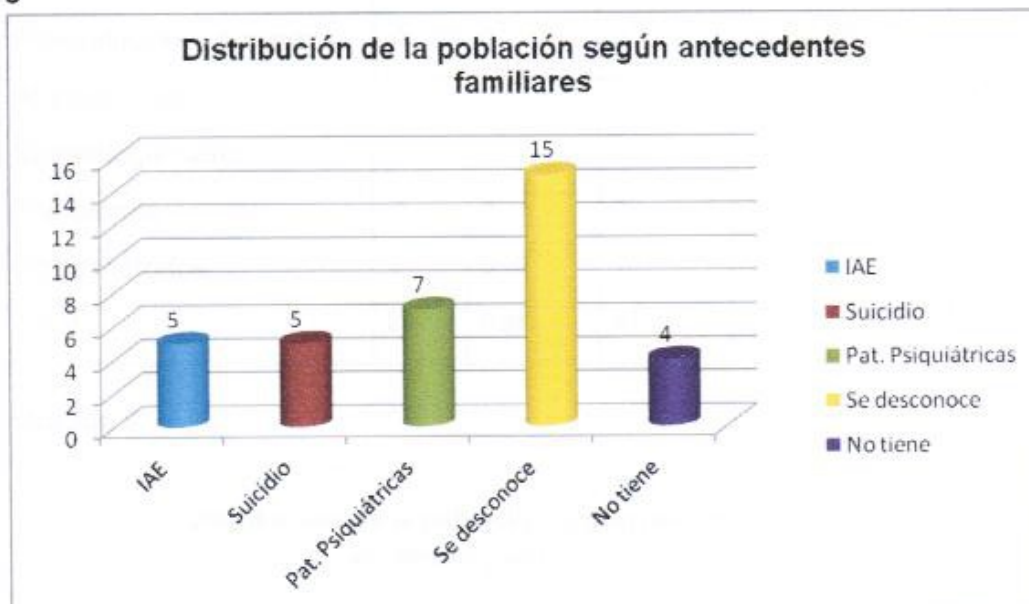
Fuente: Información obtenida de las Historias clínicas mediante: ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

Se puede observar la prevalencias de consumo de alcohol y la marihuana. Seguido por la cocaína. Por otra parte, se encontró alto nivel de adicción a otras sustancias que no generan comunmente mayores problemas conductuales relacionadas con el presente estudio como el tabaco.

Tabla 8 Distribución de la población según antecedentes familiares.-

Ant. Familiares	FA	FR	FR %
IAE	5	0.14	14
Suicidio	5	0.14	14
Pat. Psiquiátricas	7	0.19	19
Se desconoce	15	0.42	42
No tiene	4	0.11	11
Total	36	1	100

**Gráfica
8**



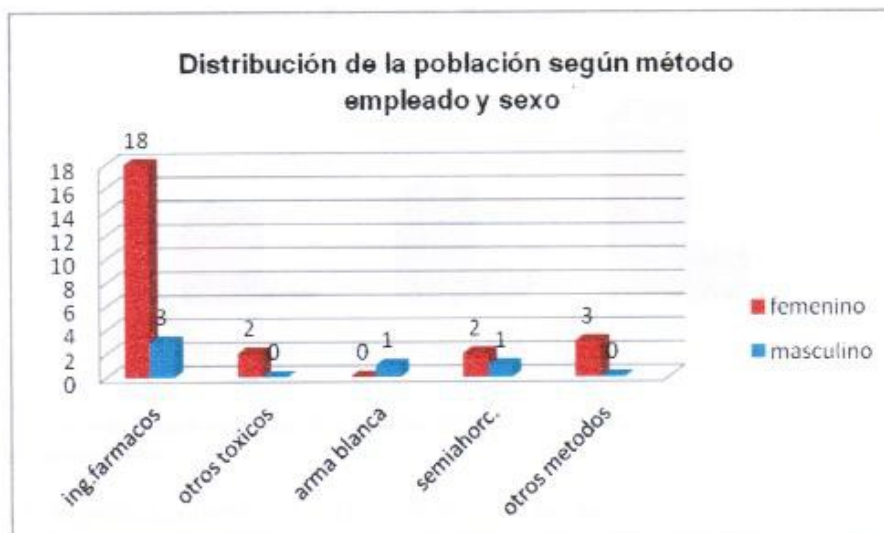
Fuente: Información obtenida de las Historias clínicas mediante: ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

La investigación muestra que los antecedentes familiares de la población estudiada corresponden 7 a patologías psiquiátricas, 5 para IAE, 5 antecedentes de suicidio en la familia y 4 no tienen antecedentes.

Tabla 9 Distribución de la población según método empleado y sexo.-

Método empleado	Sexo					
	Femenino			Masculino		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Ingesta Fármacos	18	0,60	60	3	0,10	10
Ingesta de otros tóxicos	2	0,07	7	0	0	0
Drogas de abuso	0	0	0	0	0	0
Herida de arma blanca	0	0	0	1	0,03	3
Herida de arma de fuego	0	0	0	0	0	0
Ahorcamiento	0	0	0	0	0	0
Semiahorcamiento	2	0,07	7	1	0,03	3
Precipitación o amenaza	0	0	0	0	0	0
Ahogamiento	0	0	0	0	0	0
Semiahogamiento	0	0	0	0	0	0
Flebotomía	0	0	0	0	0	0
Otros métodos	3	0,10	10	0	0	0
Total	25	0,84	84	5	0,16	16

Gráfica 9



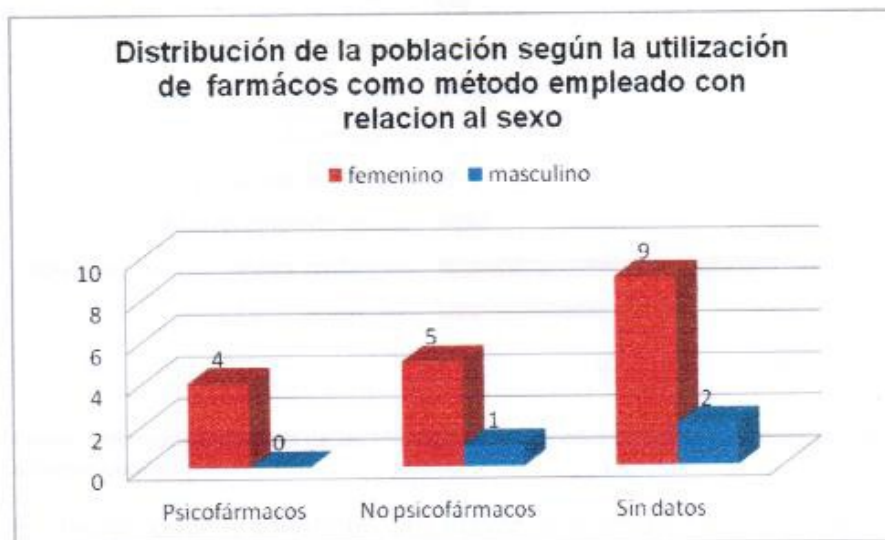
Fuente: Información obtenida de la historia clínica y mediante ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

Los adolescentes mujeres usaron la ingesta de fármacos mayormente seguido por la ingesta de tóxicos y semiahorcamiento. En tanto que el hombre además de la ingesta de fármacos y el semiahorcamiento también el uso de arma blanca.

Tabla 10: Distribución de la población según la utilización de ingesta de fármacos como método empleado con relación al sexo.

Ingesta de fármacos	Femenino			Masculino		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Psicofármacos	4	0,19	19	0	0	0
No psicofármacos	5	0,24	24	1	0,05	5
Sin datos	9	0,43	43	2	0,09	9
Total	18	0,86	86	3	0,14	14

Gráfica 10



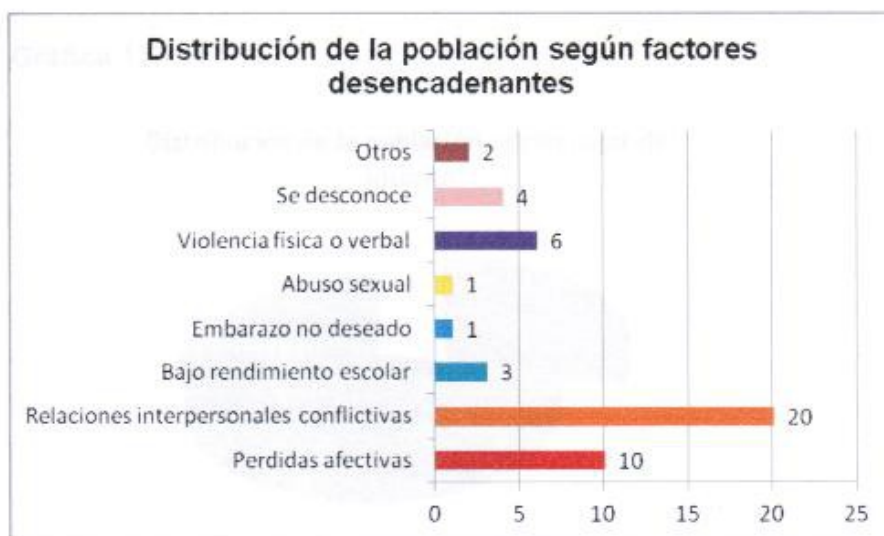
Fuente: Información obtenida de la historia clínica y mediante ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

La ingesta de fármacos, en su mayoría se desconoce las característica de dichas drogas, seguidos por ingesta de no psicofármacos y en su minoría se destacan los psicofármacos.

Tabla 11 Distribución de la población según factores desencadenantes

Factores desencadenantes	FA	FR	FR %
Pérdidas afectivas	10	0.21	21
Relaciones interpersonales conflictivas	20	0.42	42
Bajo rendimiento escolar	3	0.06	6
Embarazo no deseado	1	0.03	3
Abuso sexual	1	0.03	3
Violencia física o verbal	6	0.13	13
Se desconoce	4	0.08	8
Otros	2	0.04	4
Total	47	1	100

Gráfica 11



Fuente: Información obtenida de las Historias clínicas mediante: ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

El factor desencadenante de mayor porcentaje para el intento de autoeliminación tanto en hombres como en mujeres se observó que son las relaciones interpersonales conflictivas, en segundo lugar las pérdidas afectivas y en tercer lugar la violencia física o verbal.

Tabla 12 Distribución de la población según lugar del Intento.-

Lugar del intento	FA	FR	FR%
Domicilio	8	0.29	29
Domicilio de un amigo	0	0	0
Vía pública	0	0	0
Centro de estudios	0	0	0
Comisaría	0	0	0
Hogar de menores	0	0	0
Otros	0	0	0
Se desconoce	20	0.71	71
Total	28	1	100

Gráfica 12.-



Fuente: información obtenida de las historias clínicas mediante: ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

Sobre la base de la información recabada en esta investigación se observa que del total de la población estudiada, el 71% se desconoce el lugar del intento lo que indica un registro incompleto del acto. Para ambos sexos en todos los casos en que se conoce el lugar de los hechos corresponde al domicilio de los adolescentes.

Tabla N°13: Distribución de la población según época del año.-

Estación	Femenino			Masculino		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Verano	6	0,21	21	5	0,179	17.9
Otoño	5	0,18	18	0	0	0
Invierno	5	0,18	18	0	0	0
Primavera	7	0,25	25	0	0	0
Total	23	0,821	82.1	5	0,179	17.9

Gráfica N°13



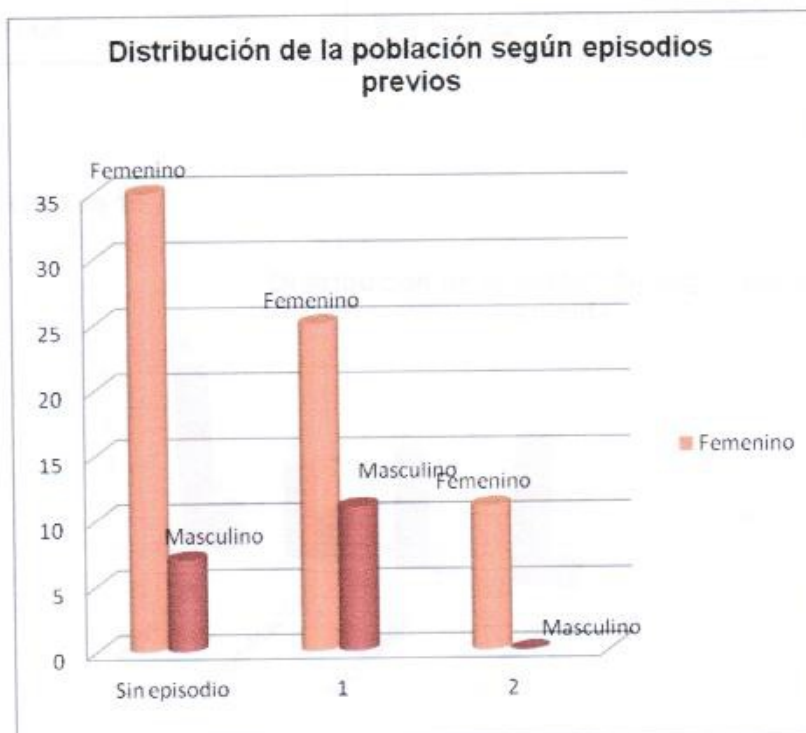
Fuente: información obtenida de las historias clínicas mediante: ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

Se puede ver que en la presente investigación el sexo femenino ha realizado el IAE en primavera, seguido por el verano, mientras que el masculino lo ha hecho en mayores casos en verano.-

Tabla N°14: Distribución de la población según episodios previos.-

Números de episodios previos	Femenino			Masculino			Total		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Sin episodios	10	0,35	35	2	0,07	7	12	0,428	42,8
1	7	0,25	25	3	0,11	11	10	0,357	35,7
2	3	0,11	11	0	0	0	3	0,107	10,7
Más de 2	3	0,11	11	0	0	0	3	0,107	10,7
Total	23	0,82	82	5	0,18	18	28	1	100

Grafica 14



Fuente: Información obtenida de las Historias clínicas mediante: ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

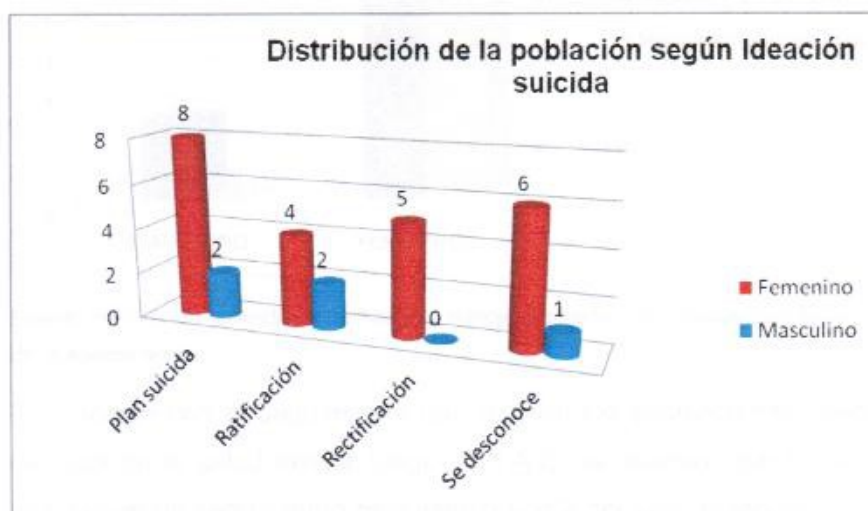
Los adolescentes del sexo femenino que manifestaron tener 1 intento previo de suicidio fue 25 % en tanto el sexo masculino es del 11%, el 35% de las mujeres y el 7 % de los adolescentes hombres refieren no haber presentado intentos

anteriores, el 13% de las mujeres afirma haber tenido 2 intentos y el otro 13% de las mujeres más de 2 intentos.

Tabla N°15: Distribución de la población según ideación suicida

Ideación suicida	Femenino			Masculino		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Plan suicida	8	0,29	29	2	0,07	7
Ratificación	4	0,14	14	2	0,07	7
Rectificación	5	0,18	18	0	0	0
Se desconoce	6	0,21	21	1	0,03	3
Total	23	0,82	82	5	0,18	18

Gráfica 15



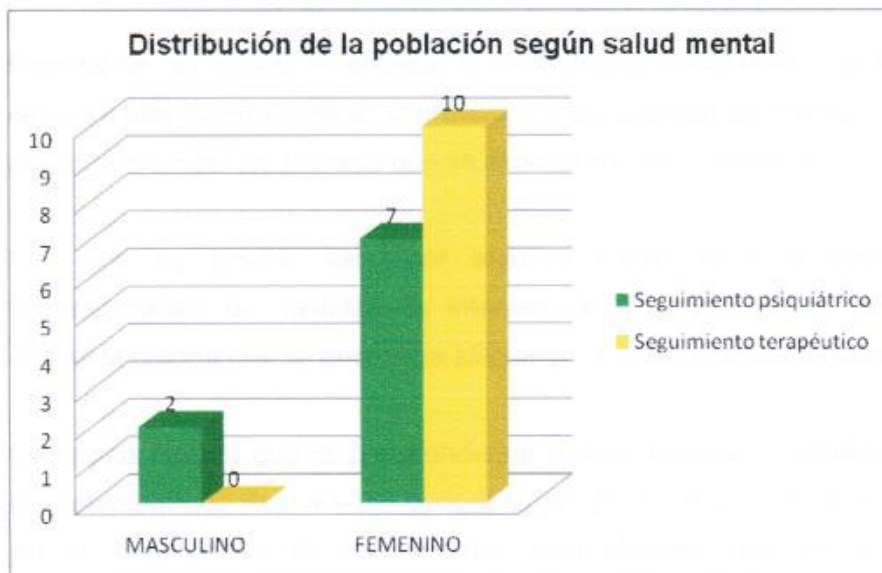
Fuente: Información obtenida de las historias clínicas mediante: Ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

En esta gráfica se desprende que: 10 adolescentes tienen plan suicida (8 mujeres y 2 hombres), ratifican 6 (4 mujeres y 2 hombres), rectifican 5 mujeres y se desconocen 7 en total de los cuales 6 son femeninos y 1 masculino.

Tabla N°16: Distribución de la población según Salud Mental.-

Salud mental	Masculino			Femenino		
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Seguimiento psiquiátrico	2	0,10	10	7	0,37	37
Seguimiento terapéutico	0	0	0	10	0,53	53
Total	2	0,10	10	17	0,90	90

Gráfica 16



Fuente: Información obtenida de las historias clínicas mediante: Ficha recolección de datos de intentos de autoeliminación.

En relación con el seguimiento que reciben los adolescentes desde el punto de vista de la salud mental luego del I.A.E. se muestra que los adolescentes que tienen un seguimiento psiquiátrico son 2 del sexo masculino y 7 femenino mientras que el seguimiento terapéutico es para 10 del sexo femenino.

ANÁLISIS

Dada la importancia de la problemática, la presente tesis, tuvo como objetivos caracterizar a la población adolescente con al menos un diagnóstico médico de Intento de Autoeliminación y conocer los factores de riesgos presentes en la población de estudio según variables sociales y demográficas.

La recolección de datos se llevó a cabo en el Departamento de Rocha en instituciones públicas y privadas, el período de estudio abarcó desde el 1 de enero del 2013 al 31 de marzo 2014.

Para tal fin, se adoptó el enfoque epidemiológico como marco de referencia, debido a que permite obtener la prevalencia e incidencia del intento de suicidio, así como conocer los factores que se asocian con esta conducta.

Con ello es posible identificar algunas bases para la planeación e implementación de medidas de intervención y prevención en la compleja conducta suicida que se encuentra afectando a esta población adolescente.

La misma reporta que la prevalencia de intento suicida en adolescentes del Departamento de Rocha en el período enero 2013 a marzo 2014 es de 0.25% en un total de 11045 adolescentes, observándose que en la población femenina la prevalencia es de 0.43%, mientras que en la masculina esta corresponde a 0.09%.

Referente a la edad de los adolescentes de la población de estudio se encontró que el más alto índice es a los 19 años con un 35.5 % seguido por los de 15 años con un 17,9 % y un 14,3 % a los 18, y en menor porcentaje a los 16 años con 10,7 %, a los 17 años 7,1 % y a los 12 años un 3,6 %.

Con respecto a las medidas de tendencia central de esta variable observamos una moda de 19 (dato reflejado en el alto índice de IAE con el 35%), una mediana de 17.5 una media de 16.89.

Es necesario mencionar que las diferencias en las prevalencias de intento suicida por sexo (82% de mujeres y 18% de hombres), muestra que dicha conducta afecta en mayor medida al sexo femenino, lo que proporciona elementos a destacar a tener en cuenta en programas de intervenciones, estas deben estar encaminadas a tratar la conducta suicida con programas especiales para hombres y para mujeres y así poder responder a las necesidades de cada sexo.

Las adolescentes mujeres utilizaron mayormente para el intento suicida la ingesta de fármacos seguido por la ingesta de tóxicos y semi-ahorcamiento. El hombre también uso más la ingesta de fármacos, seguido por el semi-ahorcamiento pero también eligió el uso de arma blanca mostrando una intencionalidad más agresiva.

En relación a la ingesta de tipos de fármacos de la muestra estudiada, la medicación no controlada es la más usada y en menor porcentaje usaron psicofármacos para la autoagresión, lo que puede indicar que la elección de estos métodos reside en la mayor accesibilidad y disponibilidad de los mismos.

Se observa que el nivel cultural de los adolescentes corresponde a un grado de estudios que está de acuerdo con la edad pero debemos destacar que también en este tipo de registros hay omisiones importantes en las historias clínicas.

Desde el punto de vista del lugar elegido para realizar el intento sobre la base de la información recabada en esta investigación se observa que del total de la población estudiada, el 71% se desconoce el lugar del intento lo que indica un registro incompleto del acto lo que se corresponde con lo anteriormente dicho.

Para ambos sexos en todos los casos en que se conoce el lugar de los hechos corresponde al domicilio de los adolescentes (si bien es escasa la literatura que estudie esta variable, en general los autores coinciden en que el lugar elegido es el propio domicilio de la víctima).

El sexo femenino ha elegido para realizar el IAE la primavera, seguido por el verano y en menor medida otoño e invierno, mientras que el masculino ha elegido el verano.

En relación con el sustrato que recibe los adolescentes desde el punto de vista de las razones para intentar quitarse la vida tanto en hombres como en mujeres, fueron las relaciones interpersonales conflictivas 42,6 %, el segundo factor reportado fueron las pérdidas afectivas 21 %, tercero fue la violencia física o verbal 13%, también el bajo rendimiento escolar con un 6,4 %, en menor porcentaje embarazo no deseado y abuso sexual con 2,2 %.

La presente investigación reporta que el 16 % de los adolescentes que intentaron suicidarse consumen alcohol, el 6 % marihuana, el 3 % cocaína. Por otra parte, se encontró alto nivel de adicción a otras sustancias que no generan comúnmente mayores problemas conductuales relacionadas con el presente estudio como el tabaco.

Los antecedentes familiares de la población estudiada corresponden en el 19% a patologías psiquiátricas, 14% para IAE, 14% antecedentes de suicidio en la familia y un 11% no tienen antecedentes. La historia familiar de suicidio es un factor de alto riesgo ya que los adolescentes tienden a imitar o copiar la conducta de sus familiares.

Los adolescentes con intentos de suicidio en el período estudiado cuentan con antecedentes personales relacionados mayormente con enfermedades psiquiátricas 56% , el 38% tiene tratamientos farmacológicos, el 3 % enfermedades crónicas .

En cuanto a la constitución familiar observamos que 14 adolescentes son hijos de padres separados, 3 viven en pareja, 1 en hogar constituido, y un total de 10 adolescentes se desconoce su constitución familiar por falta nuevamente de registro en la fuente.

Podemos ver que 10 adolescentes tienen ideación suicida (8 mujeres y 2 hombres), ratifican 6 (4 mujeres y 2 hombres), rectifican 5 mujeres y se

desconocen 7 en total de los cuales 6 son femeninos y 1 masculino, la falta de registros es notoria.

En relación con el seguimiento que reciben los adolescentes desde el punto de vista de la salud mental luego del I.A.E. muestra que los adolescentes que tienen un seguimiento psiquiátrico son 2 del sexo masculino y 7 femenino mientras que el seguimiento terapéutico es para 10 del sexo femenino.

Los adolescentes del sexo femenino que manifestaron tener 1 intento previo de suicidios fue del 25 %, en tanto el sexo masculino es del 11%, el 35% de las mujeres y el 7 % de los adolescentes hombres refieren no haber presentado intentos anteriores, el 13% de las mujeres afirma haber tenido 2 intentos y el otro 13% de las mujeres más de 2 intentos.

En relación a la localidad donde residen los adolescentes con IAE encontramos que más de la mitad reside en la capital del departamento de Rocha, seguido por Castillos, la Paloma y luego Chuy, Lascano y Velázquez con menor incidencia.

Al atender la parte emocional de los padres en la evaluación psicológica se valoró también una atención integral no sólo al individuo sino también a la familia y a la comunidad por las repercusiones que el suicidio tiene en todos los niveles.

Esta información pone de manifiesto la necesidad de trabajar en el fortalecimiento del ambiente familiar, especialmente el tiempo de permanencia de los miembros, ya que de esta manera la familia puede funcionar como un elemento protector contra la conducta suicida.

Los adolescentes que han estado a contacto con una fuente de información sumamente importante, por ello es necesario desarrollar campañas que

CONCLUSIONES

Como equipo de trabajo se considera que con esta investigación se cumplieron los objetivos planteados.

Se logra conocer en profundidad algunos de los factores que provocan la intención de suicidio y las características que tienen los adolescentes que lo intentan.

Quizás sea difícil que no se den intentos de autoeliminación o suicidios, se deben mejorar los registros siendo más completos para lograr mayores y mejores elementos en la generación de información que permitan contar con bases fuertes a la hora de diseñar e implementar programas y campañas exitosas que ayuden a disminuir este flagelo.

Estar alerta a los factores de riesgo que constituyen el perfil de un suicida potencial: sentimientos de soledad y vacío, sufrimiento de pérdidas afectivas, dificultades familiares, intentos previos de suicidio, suicidio familiar, depresión, trastornos de personalidad entre otros, permitirá detectar los casos que sugieran un intento de suicidio y poder así referirlo a las unidades psiquiátricas existentes.

Al atender la parte emocional de los pacientes en la atención comunitaria se estará brindando una atención integral no solo al individuo, sino también a la familia y a la comunidad por las repercusiones que el suicidio tiene en todos los niveles.

Esta información pone de manifiesto la necesidad de trabajar en el fortalecimiento del ambiente familiar, específicamente, la forma de interacción de los miembros, ya que de esta manera la familia puede funcionar como un elemento protector contra la conducta suicida.

Los adolescentes que han intentado suicidarse son una fuente de información sumamente importante, por ello es necesario escucharlos, conocer sus

motivos, lo que sucedió antes y después del intento y que ha significado esta experiencia para ellos.

El trabajo se realizó en el primer nivel mediante la Promoción en Salud Mental.

Hay mucho por hacer, pero sin duda nuestra labor debe estar encaminada también a la prevención del intento suicida en los adolescentes, ya que en los últimos años se ha incrementado. Para esto, al igual que en el consumo de drogas, es indispensable convocar a un trabajo de equipo (adolescentes, maestros, padres, personal de salud, autoridades), que permitan llevar a cabo acciones conjuntas para evitar que ocurra dicha conducta.

acompañar el proceso desde el diagnóstico, diagnóstico a la promoción y

Finalmente, concluimos que el suicidio se puede prevenir, siempre y cuando la persona se abra a los demás y pida ayuda, o bien, sea tratada por un especialista y tenga una contención social fuerte.

recomendaciones a introducir en el

Como debilidad es de destacar la ausencia de información en el registro de datos personales y específicos de salud mental y a la no aplicación del instrumento destinado a recabar datos de los usuarios con intentos de autoeliminación confeccionado por el PNPS para medir la tasa en 10 años, la cual se especula se encontrará con baches de información en la recolección de datos estadísticos.

SUGERENCIAS

El trabajo a realizar en el primer nivel incluiría la Promoción en Salud Mental, para que la población esté bien informada de la Atención que pueden recibir en policlínicas psiquiátricas y quitar el estigma que socialmente se tiene de que los centros de salud mental son "Manicomios" o son "solo para locos".

Implementar en los centros de estudio un programa de salud mental que evalúe a los estudiantes detectando precozmente elementos de alerta y así poder acompañar el proceso salud – enfermedad, enfocados a la promoción y prevención de la salud actuando junto a la atención primaria para la salud.

El personal de salud y otros sectores deben comprometerse a trabajar en el diseño de programas de prevención e intervención que respondan a las necesidades de los adolescentes, así como su implementación, realizando todos los registros correspondientes para ayudar a detectar las necesidades y actuar en forma oportuna.

6. Motta S. Dificultad de Libro Gary M. Liko A. Embarazos adolescentes, abortos, interdisciplinario en el primer nivel de atención. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.fenit.edu.uy/temas/tema214_1978_20140601.pdf [consulta: 3 jun 2014].

7. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/> [consulta: 3 junio 2014].

8. Izuel A, Cheroni A, Lopez S. Indefinición e incertidumbre: una aproximación a la construcción subjetiva. En: Palacios H, Garavito P, editors. *Visión, incertidumbre y riesgo en Uruguay: ¿qué sucede tras el día a día laboral cotidiano?* Montevideo: FEBSUR; 2010. p. 124-35.

9. Gary M. Vázquez L. Salud y riesgo de subdesarrollo en el Uruguay de hoy. *Rev Urug Enferm (Internet)* 2013; 2(1): 10-27. Disponible en: http://www.fenit.edu.uy/temas/tema214_1978_20140601.pdf [consulta: 3 jun 2014].

10. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *Normas de funcionamiento clínico de los centros de la red de atención primaria. Capítulo 13. Salud*. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/temas/tema214_1978_20140601.pdf [consulta: 3 jun 2014].

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía citada, pie de página:

- 1- Uruguay. Instituto Nacional de Estadísticas. Características generales de la población. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/pais%20poblacion.html> [consulta: 3 jun 2014].
- 2-Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Estadísticas de mortalidad: cuadro de mortalidad por causa sexo edad 1992-2010. 2014. [Internet]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicación/estadísticas-de-mortalidad> [consulta: 3 jun 2014].
- 3- Meliá S. Enfermería en salud mental: conocimiento, desafíos y esperanzas. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2005.
- 4- Garay M, Vázquez L. Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay de hoy. Rev Urug Enferm [Internet] 2000; 5(1): P. 19, 23, 24,25, 27. Disponible en: http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num9/9_art03_garay_vazquez.pdf [consulta: 3 jun2014].
- 5- Universidad de la República. (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de estudios 1993. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/deptoeducacion/99-el-plan> [consulta: 3 jun 2014].
- 6- Meliá S. Crítica de Libro: Garay M, Díaz A. Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. [Internet]. 2010. Disponible en:http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num2/2_art08_comen2.pdf [consulta: 3 jun 2014].
- 7- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet]. 2013. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ [consulta: 3 jun 2014].
- 8- Abal A, Cheroni A, Leopold S. Adolescencia e infracción: una aproximación a la construcción subjetiva. En: Paternain R, Sanseviero R (comp). Violencia, inseguridad y miedos en Uruguay: ¿qué tienen para decir las ciencias sociales?.Montevideo: FESUR; 2008. p. 129-36.
- 9- Garay M, Vázquez L. Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay de hoy. Rev Urug Enferm [Internet] 2010; 5(1): 19-27. Disponible en: http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num9/9_art03_garay_vazquez.pdf [consulta: 3 jun2014].
- 10- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Normas de atención integral de la salud de la adolescencia. [Internet]. 2003. Disponible en: file:///C:/Documents%20and%20Settings/BlueDeep/Escritorio/Guias_Abordaje_Salud_Adolescente.pdf. CAP.III de pág, 63 a 68 [consulta: 3 jun 2014]

Bibliografía

Bibliografía consultada

- Dartiguelongue J. La Adolescencia como tiempo. En: De Rosa R, (comp). Adolescencia. Buenos Aires: Ed. FADA; 2002. P. 5
- Donas Burak S. Adolescencia y juventud en América Latina. San José de Costa Rica: Libro Universitario Regional: 2001.
- Pineda E, De Alvarado E. Metodología de la investigación. 3a. ed. Washington: OPS; 2008.

Alcaldía

ANEXOS 5:

CUADRAMA DE SANTA

ACTIVIDADES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
SELECCIÓN DEL TEMA	■						
REVISIÓN		■		■	■	■	■
ACTIVIDAD	■						
SELECCIÓN DE	■						
ELABORACIÓN DE LA RESOLUCIÓN	■						
ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE RESOLUCIÓN	■	■					
APLICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO				■			
REVISIÓN DE LOS DATOS				■			
REVISIÓN DE LOS DATOS					■		
REVISIÓN DE LOS DATOS							■

Anexos

ANEXOS 1:

DIAGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES	noviembre	diciembre	febrero	marzo	mayo	junio	setiembre	2014
EECCION DEL TEMA	■							
TUTORIAS		■		■	■	■	■	■
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	■							
FORMULACION DE LA PREGUNTA PROBLEMA	■							
ELABORACION DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION	■	■						
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO				■				
RECOLECCION DE DATOS				■				
PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS					■	■		
DEFENSA TFI								■

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado con éxito en el ámbito de la atención primaria.

ANEXO 2:

ENFERMEDADES MENTALES:

ESQUIZOFRENIA:

Es una enfermedad mental grave que afecta algunas funciones cerebrales tales como el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta.

En cuanto a sus síntomas se engloba dentro de los trastornos psicóticos, aquellos en los que las pacientes pierden el contacto con la realidad.

Además del componente genético, en la mayoría de los pacientes se pueden añadir una serie de factores externos o precipitantes que desencadenan la enfermedad. Algunos de estos factores son los siguientes:

- Consumo de drogas (cannabis, cocaína, anfetaminas, etc.)
- Cambios en el patrón del sueño.
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Factores Sociales/Competitividad/Sobreesfuerzo.

Esta unión de predisposición genética y circunstancias externas que llamamos precipitantes puede producir un desequilibrio químico cerebral que conlleva a una serie de cambios en los neurotransmisores, principalmente los dependientes de la dopamina y la serotonina que desencadenan la esquizofrenia.

DEPRESION.

Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

TRASTORNO BIPOLAR

También llamado enfermedad maniaco-depresiva. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde estados de ánimo muy elevado (por ejemplo, manía) a estados de ánimo muy bajo (por ejemplo, depresión).

Los síntomas del trastorno bipolar son severos. Son diferentes de los altibajos normales que todo el mundo pasa de vez en cuando. Los síntomas del trastorno bipolar pueden dar lugar a relaciones dañadas, mal desempeño en el trabajo o en la escuela, e incluso suicidio. El trastorno bipolar puede ser tratado, y las personas con esta enfermedad pueden llevar una vida plena y productiva.

ALCOHOLISMO

Enfermedad progresiva, crónica y degenerativa; con síntomas que incluyen una fuerte necesidad de tomar a pesar de las consecuencias negativas.

La enfermedad está caracterizada por daños físicos en todos los sistemas del organismo, siendo los más complicados los que se relacionan con el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y el hígado.

Cuando el consumo de bebidas alcohólicas es exagerado o recurrente se produce tolerancia. Es decir, el organismo requiere una mayor dosis de alcohol para obtener las mismas sensaciones. Esta situación facilita la adicción, la cual es acompañada de grandes dificultades por detener el consumo cuando se empieza a beber. Al suspender la utilización de alcohol, se desarrollan síntomas como náuseas, temblores y ansiedad.

Por otra parte, el alcohólico pierde el interés por lo que le rodea, lo cual puede ocasionar la pérdida de su empleo y de su familia.

DROGADICCIÓN

Es el uso de drogas ilícitas o la utilización indebida de fármacos de venta libre o de venta con receta durante al menos un año con consecuencias negativas

Los opiáceos y narcóticos son calmantes muy potentes que causan somnolencia (sedación) y algunas veces sensaciones de euforia. Entre ellos se encuentran: heroína, opio, codeína, meperidina, hidromorfona y oxycodona.

Los estimulantes del sistema nervioso central abarcan anfetaminas, cocaína, dextroanfetamina, metanfetamina y metilfenidato. Estas drogas tienen un efecto estimulante y las personas pueden empezar a necesitar cantidades mayores de ellas para sentir el mismo efecto (tolerancia).

Los depresores del sistema nervioso central abarcan alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas, hidrato de cloral y paraldehído. Estas sustancias producen un efecto sedante y de reducción de la ansiedad, lo cual puede llevar a la dependencia.

Los alucinógenos abarcan LSD, mezcalina, psilocibina y fenciclidina. Pueden hacer que las personas vean cosas que no existen (alucinaciones) y pueden llevar a dependencia psicológica.

El tetrahidrocannabinol (THC) es el ingrediente activo que se encuentra en la marihuana (cannabis) y el hashish.

MARIHUANA:

Proviene de una planta llamada cáñamo o marihuana (*Cannabis sativa*). El hachís es una sustancia tomada de la parte superior de las plantas hembra y contiene la mayor concentración de THC.

LSD Y OTROS ALUCINÓGENO

La LSD (Dietilamida del ácido lisérgico o lisérgida) es un alucinógeno muy fuerte. Sólo se necesitan cantidades diminutas para causar efectos, como las alucinaciones. Otros alucinógenos de los que comúnmente se abusa abarcan: Psilocibina peyote.

COCAÍNA:

La adicción a la cocaína se incrementó sensiblemente hacia fines de los 80 y a principios de los 90, ahora está disminuyendo. Fumar cocaína produce una sensación de gozo (euforia) instantánea e intensa que es atractiva para los adictos. Otros efectos abarcan:

Sentimientos de mayor confianza y vigor, menos inhibición, insensibilidad local; estimulación potente del sistema nervioso central.

ANFETAMINAS:

Son estimulantes, muy adictivas. Estas recetas se consideran sustancias controladas. Con frecuencia, se abusa de fármacos de venta libre semejantes a las anfetaminas. Estas, drogas contienen por lo general cafeína y otros estimulantes y se venden como anorexígenos o como ayudas para mantener a la persona en vigilia y despierta.

INHALANTES:

El consumo se volvió popular entre los adolescentes jóvenes en la década de los sesenta con la "inhalación de pegamentos". Desde entonces, una mayor variedad de inhalantes se han vuelto populares. El uso de inhalantes involucra particularmente a adolescentes jóvenes o niños en edad escolar.

OPIÁCEOS, OPIOIDES Y NARCÓTICOS:

Los opiáceos provienen de la adormidera o amapola del opio y comprenden la morfina y la codeína. Los opioides son sustancias artificiales que tienen el mismo efecto que la morfina y la codeína. El término "narcótico" se refiere a cualquier tipo de droga.

Los narcóticos son analgésicos potentes que causan somnolencia (sedación) y, algunas veces, sensaciones de euforia.

DEPRESORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Estas sustancias producen un efecto sedante y reductor de la ansiedad que puede llevar a dependencia.

Estos tipos de fármacos abarcan:

Alcohol, barbitúricos, benzodiacepinas, hidrato de cloral, paraldehído.

Tabaco:

Es una droga estimulante altamente adictiva que provoca dependencia, enfermedades y muerte.

Cuando se fuma un cigarro se introducen al organismo alrededor de 4600 sustancias, muchas de ellas altamente tóxicas como raticida, mercurio, tolueno y acetona, entre otras; además 50 de esas sustancias están relacionadas con todo tipo de cáncer(de la cavidad oral, de pulmón, de mama, etc.), la mayoría de ellas contenidas en lo que se conoce como alquitrán.¹⁰

TABLA DE REGISTRO DE DATOS INICIALES DE AUTODECLARACIÓN				
I. IDENTIFICACIÓN				
NOMBRE ALUMNO				
CUI				
CURSO				
FECHA				
LUGAR				
CATEGORÍA DEL PARTICIPANTE				
II. HISTORIA CLÍNICA				
ANTECEDENTES PERSONALES				
ANTECEDENTES FAMILIARES				
ANTECEDENTES SOCIALES				
III. EXAMEN FÍSICO				
IV. DIAGNÓSTICO				
V. PLAN DE MANEJO				
VI. SEGUIMIENTO				
VII. OBSERVACIONES				
VIII. ASIGNATURA				
IX. CALIFICACIÓN				
X. OBSERVACIONES FINALES				
XI. FIRMAS				
XII. OBSERVACIONES DEL DOCENTE				

¹⁰ Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Normas de atención integral de la salud de la adolescencia. [Internet]. 2003. Disponible en: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/BlueDeep/Escritorio/Guias Abordaje Salud Ad olescente.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/BlueDeep/Escritorio/Guias%20Abordaje%20Salud%20Adolescente.pdf). CAP.III de pág. 63 a 68 [consulta: 3 jun 2014]

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS INTENTOS DE AUTOELIMINACION					
DATOS PERSONALES					
Nº DE H.CLINICA					
Nombre					
Apellido					
Día		Mes	Año	Hora	
Edad		Años	Meses	LUGAR DEL INTENTO	
Sexo		Masculino	Femenino	Domicilio	
METODO EMPLEADO			Cual?	Domicilio de amigos	
Ingesta de farmacos				Vía publica	
Ingesta de otros toxicos				Centro de estudio	
Drogas de abuso				Comisaría	
Herida de arma blanca				Hogar de menores	
Herida de arma de fuego				Otros	
Ahorcamiento					
Semiahorcamineto					
Precipitacion o amenaza					
Ahogamiento-semiahogamiento					
Flebotomía					
Otro método					
FACTORES DESENCADENANTES			SI	NO	Sindrome presuicidario
Perdidas afectivas					Riesgo vital
rel.interpersonales conflictivas					Valoración psiquiatrica
Bajo rendimiento escolar					Rectificación del IAE
Embarazo no deseado					Ractifica el IAE.
Abuso sexual					
Violencia fisica o verbal					
Otros			Cual?		
ADICCION A DROGAS			NIVEL DE INSTRUCCIÓN		
Alcohol			Prim.incompleta		Episodios previos de IAE
Pasta base			Prim.completa		Nº de episodios
Cocaína			Sec.incompleta		
Marihuana			Sec.completa		
Otros			Nivel terciario		Método
Cual?					
ANTECEDENTES FAMILIARES			SI	NO	ANTECEDENTES PERSONALES
IAE					Patologias psiquiatrica
Suicidio					Enfermedad cronica
Patología Psiquiatrica					Tratamiento farmacologico

				Otros a destacar		
				CONSTITUCION FAMILIAR		
				Persona a cargo del cuidado		
			Cual?			
Nº de historia clínica corresponde a C.I, Nombre y apellido corresponde a las iniciales						



Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

Formulario de Historia Clínica

ANEXO 4



Rocha, 2 de abril del 2014

Encargado General de Salud Mental de COMERO

Dr. Walter Alonso

Por la presente quienes suscriben se dirigen a usted con el fin de solicitar autorización para recabar datos para la realización nuestro trabajo de investigación final, requisito curricular de la carrera de la Licenciatura en Enfermería.

Dicha investigación tiene como título "Intento de Autoeliminación en Adolescentes", siendo el tutor el Profesor, Adgo. Esp. Lic. Enf. Sandro Hernández y que se enmarca en las líneas de investigación de La Cátedra Salud del niño, niña y adolescente y el Ministerio de Salud Pública.

El objetivo de la misma es conocer factores asociados en adolescentes entre 10 y 19 años con intento de auto eliminación, para ello, requerimos de su autorización para recabar dichos datos de las Historias Clínicas de estos usuarios respetando los principios ético que rigen toda investigación cuyo objeto de estudio son seres humanos (anonimato del usuario, resguardo de los datos recabados, secreto profesional, principio de no maleficencia).

Esperando una respuesta favorable y quedando a sus órdenes para cualquier consulta o ampliación de información

Saludan atentamente,

Br. Altez, Laura, Br. Correa, Silvia, Br. De León, Paola, Br. Olivera, Leticia, Br. Pereyra, José.

[Handwritten signature]
Silvia Correa

Mail: silvia.correa98@hotmail.com

[Handwritten signature]
Laura Altez

[Handwritten signature]
Leticia Olivera

11/4/14 *[Handwritten signature]*
JAIME CIBILS 7810, Tel. (5982) 487.00.44/ 487.00.50 Fax (5982) 487.00.43 Anexo: Avda. ITALIA 5/Nº Hospital de Clínicas piso 3. Tel. (5982) 487.08.72 / Fax (5982) 487.69.67
www.fenf.edu.uy E-mail: ninadol@fenf.edu.uy
MONTEVIDEO - URUGUAY

Dr. WALTER ALONSO
MEDICO PSIQUIATRA
C.21.11.004



Rocha, 2 de abril del 2014

Patronato del Psicópata

Encargado General de Sala de Psiquiatría Rocha.

Dr. Walter Alonso

Por la presente quienes suscriben se dirigen a usted con el fin de solicitar autorización para recabar datos para la realización nuestro trabajo de investigación final, requisito curricular de la carrera de la Licenciatura en Enfermería.

Dicha investigación tiene como título "Intento de Autoeliminación en Adolescentes", siendo el tutor el Profesor, Adgo. Esp. Lic. Enf. Sandro Hernández y que se enmarca en las líneas de investigación de La Cátedra Salud del niño, niña y adolescente y el Ministerio de Salud Pública

El objetivo de la misma es conocer factores asociados en adolescentes entre 10 y 19 años con intento de auto eliminación, para ello, requerimos de su autorización para recabar dichos datos de las Historias Clínicas de estos usuarios respetando los principios ético que rigen toda investigación cuyo objeto de estudio son seres humanos (anonimato del usuario, resguardo de los datos recabados, secreto profesional, principio de no maleficencia).

Esperando una respuesta favorable y quedando a sus órdenes para cualquier consulta o ampliación de información

Saludan atentamente,

Br: Altez, Laura, Br: Correa, Silvia, Br: De León, Paola Br: Olivera, Leticia, Br: Pereyra, José.

Staloni
Staloni

Mail: enla.correa98@hotmail.com

JAIME CIBIL 5 2810, Tel. (5982) 487.00.44/ 487.00.50 Fax (5982) 487.00.43 Anexo: Avda. ITALIA 5/Nº Hospital de
Clínicas piso 3. Tel.(5982) 487.08.72 / Fax (5982) 487.69.67
www.fenf.edu.uy E-mail: ninadol@fenf.edu.uy
MONTEVIDEO - URUGUAY

3/4/14 Artículo gr. en el periódico del Servicio
Fav. a dirección o mail de correo para una
cualquier información

Dr. WALTER ALONSO
MEDICO PSICUATRA
C.J.P. 11926

Lic. María Julia Báez

ANEXO 6



Rocha, 2 de abril del 2014Sub

Directora del Hospital departamental de Rocha:

Lic: M^ª Julia Baez:

Por la presente quienes suscriben se dirigen a usted con el fin de solicitar autorización para recabar datos para la realización nuestro trabajo de investigación final, requisito curricular de la carrera de la Licenciatura en Enfermería.

Dicha investigación tiene como título "Intento de Autoeliminación en Adolescentes", siendo el tutor el Profesor, Adgo. Esp. Lic. Enf. Sandro Hernández y que se enmarca en las líneas de investigación de La Cátedra Salud del niño, niña y adolescente y el Ministerio de Salud Pública.

El objetivo de la misma es conocer factores asociados en adolescentes entre 10 y 19 años con intento de auto eliminación, para ello, requerimos de su autorización para recabar dichos datos de las Historias Clínicas de estos usuarios respetando los principios ético que rigen toda investigación cuyo objeto de estudio son seres humanos (anonimato del usuario, resguardo de los datos recabados, secreto profesional, principio de no maleficencia).

Esperando una respuesta favorable y quedando a sus órdenes para cualquier consulta o ampliación de información

Saludan atentamente,

Br: Altez, Laura, Br: Correa, Silvia, Br: De León, Paola Br: Olivera, Leticia, Br: Pereyra, José.

Mailsilvia_correa98@hotmail.com

JAIIME CIBILS 2810, Tel. (5982) 487.00.44/ 487.00.50 Fax (5982) 487.00.43 Anexo: Avda. ITALIA 5/Nº Hospital de Clínicas piso 3. Tel.(5982) 487.08.72 / Fax (5982) 487.69.67
www.fenf.edu.uy E-mail: ninadol@fenf.edu.uy
MONTEVIDEO - URUGUAY

Autora 2014
Lic. María Julia Baez
Directora
ASSE - HOSPITAL DE ROCHA