



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

**FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN
ADOLESCENTES CON INTENTO DE
AUTOELIMINACIÓN EN EL DEPARTAMENTO
DE CERRO LARGO DESDE MARZO DE 2013
A MARZO 2014**

Autoras:

Sylvia Gissel Binagui Ribeiro
Claudia Silvana Gama Rodríguez
María Teresa Silva Dos Santos
Yolanda Marcela Vidal Garay

Tutor:

Prof. Agdo. Lic. Enf. Sandro Hernández

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

Montevideo, 2015

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Profesor Agregado de la Cátedra Salud del niño, niña y adolescente Licenciado Sandro Hernández, tutor de la Tesis; por su orientación, apoyo, dedicación constante y colaboración en el proceso de elaboración de nuestro proyecto de investigación.

A la DIGESSA, al equipo de salud mental del medio; a la mutualista (CAMCEL/IAMPP/FEMI); al servicio de Psiquiatría del Hospital de Melo y su equipo multidisciplinario (médicos Psiquiatras, Psicólogos, Licenciados en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Asistente Social); al Ministerio del Interior; médico forense; personal administrativo de las diferentes entidades de salud (archivos, estadística); Patronato de Cerro Largo.

A nuestra familia, amigos y compañeros que nos han apoyado durante el largo período transitado en la concreción del logro de nuestra carrera durante estos cuatro años.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	1
Justificación.....	3
Fundamentación.....	5
Planteamiento del problema.....	8
Objetivos.....	8
Marco Teórico.....	9
Diseño metodológico.....	14
Definición de variables.....	16
Resultados.....	21
Análisis de los resultados.....	38
Conclusión.....	42
Sugerencias y recomendaciones.....	44
Bibliografía	46
Anexos.....	49

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo ha sido realizado por cuatro estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República, Carrera Escalonada, Generación 2011, cursando Licenciatura en Enfermería; en el marco teórico de la experiencia de Investigación final.

En Uruguay, el suicidio en adolescentes ocupa el segundo lugar en el índice de mortalidad de la población después de los accidentes de tránsito, constituyendo un problema para la salud pública según datos estadísticos del MSP.

El estudio realizado es de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo de corte transversal; cuyo objetivo general fue conocer los factores de riesgo presentes en adolescentes entre 10 y 19 años con Intento de Autoeliminación (IAE), que consultan en las puertas de emergencia de los Servicios de Salud (públicos y privados) del Departamento de Cerro Largo, durante el período comprendido entre marzo 2013 y marzo 2014.

Poder identificar factores de riesgo permite desarrollar e implementar herramientas de abordaje de la temática favoreciendo las intervenciones de forma más eficaz y eficiente. Estas intervenciones deben apuntar a sensibilizar al personal de la salud y a la comunidad eliminando los mitos a través de la educación, difusión de la prevención mediante un trabajo coordinado, multidisciplinario y multisectorial.

Abordar el cuidado de las necesidades del adolescente, la familia y la comunidad, a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), forma parte del rol del Licenciado de Enfermería.

La información fue obtenida mediante la aplicación del instrumento de recolección de datos (herramienta elaborada por las estudiantes) verificados en historias clínicas y procesados estadísticamente.

Se caracterizó a la población y se identificó que en relación a la fecha de realizado el intento de autoeliminación, el mayor porcentaje corresponde al mes de diciembre.

En relación al sexo, el femenino es el de mayor incidencia. El rango etario de adolescentes que realizó el IAE con mayor porcentaje es de 13 a 16 años.

El método más usado fue la ingesta de psicofármacos. En la mayoría de los jóvenes se observó una disfunción en la composición familiar. Los factores de riesgo de mayor relevancia son las adicciones.

Se destaca un escaso registro en Historias Clínicas por el personal de salud.

JUSTIFICACIÓN

El IAE es un tema cuyo abordaje es importante y necesario ya que la frecuencia de casos es elevada, constituyendo un problema de Salud Pública.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2009), cada año aproximadamente un millón de personas se auto eliminan en el mundo, alcanzando una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. Uruguay presenta la tasa de mortalidad por suicidio más elevada del continente junto con Cuba, observándose a partir del año 1989 un aumento constante y sistemático de la misma, lo que constituye un problema mayor para la Salud Pública.

En el año 2009 en la franja etaria de 15 a 19 años la primera causa de muerte externa la constituyó el suicidio.

Según Susana Grunbaum, responsable del Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y la Juventud y directora del estudio: *“solamente una cuarta parte de los pacientes que realizan un IAE concurren a la consulta médica en el momento del mismo y la mitad de los que sí lo hacen no continúan en seguimiento. Lo más difícil es la predicción del riesgo y la prevención de IAE en niños y adolescentes, si se lograra se podría evitar a través de intervenciones de asistencia y contención oportuna”*.¹

En un estudio realizado por la Clínica Psiquiátrica del niño y adolescente, se menciona que *“por cada diez pacientes que consultan por IAE, uno morirá por suicidio”* y que *“el mayor riesgo de repetición está en el primer año luego del intento”*.²

(1) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional de la Adolescencia y Juventud. [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.femi.com.uy/archivos_v/saludadol.pdf [consulta: 20 nov 2014].

(2) Vázquez M, García L, Giachetto G, Martínez A, Viola L. Intentos de autoeliminación en niños y adolescentes: en Uruguay los suicidios son la segunda causa de muerte en jóvenes entre los 10 y 15 años de edad y la primera causa entre los 15 y 19 años. Opción Médica [Internet] 2012. Disponible en: <http://opcionmedica.parentesisweb.com/articulos/intentos-de-autoeliminación-en-niños-y-adolescentes> [consulta: 22 nov 2014].

Frente a esta temática tan compleja, consideramos que desde nuestro rol como Profesionales de Enfermería, a partir de nuestra investigación, seremos capaces de detectar de manera precoz los distintos factores de riesgo que pueden conducir a un individuo al intento de autoeliminación. Dicha investigación, posteriormente, nos brindará la posibilidad de diseñar planes de acción para intervenir de forma eficaz y eficiente en la vida de los adolescentes, de las familias y de la comunidad, con el fin de disminuir los casos de Intento de Autoeliminación.

FUNDAMENTACIÓN

La adolescencia es considerada una etapa del desarrollo de un individuo, que se caracteriza por la presencia de cambios continuos y constantes que pueden ocasionar estrés.

Las exigencias psicosociales derivadas de este proceso evolutivo pueden repercutir en el desarrollo psicológico del adolescente, influyendo en la confianza que este tiene en sí mismo, en la timidez, la ansiedad, el sentimiento de autoeficacia, la autoestima o el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Debido a este conjunto de características que pueden presentar algunos adolescentes, hoy en día nos enfrentamos a una sociedad más violenta, con un alto consumo de sustancias adictivas que a su vez son socialmente aceptadas (como el alcohol, el tabaco, la marihuana, etc.).

Aquellos individuos que se enfrentan a estas exigencias psicosociales, suelen presentar conductas individualizadas, mostrando desinterés por sí mismo y por el prójimo.

Los cambios estructurales en las familias suelen hacer más vulnerable el IAE en adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud estima que *“en el mundo ocurren alrededor de un millón de suicidios cada año, cantidad mayor que la correspondiente 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”*.³

Según la Psiquiatra Susana Grunbaum, directora del Programa Adolescencia y Juventud del MSP, en una encuesta Nacional de Salud Adolescente realizada entre Junio y Julio del 2012: *“el 12.3% de los adolescentes que participaron dijeron que pensaron “seriamente” en suicidarse y un 10% dijo que intentó hacerlo. En un año hubo 90 suicidios de adolescentes y jóvenes. La mortalidad por causas externas es en un 60% de los casos debido al suicidio, el homicidio y los accidentes”*.⁴

En nuestro país los suicidios son la segunda causa de muerte en jóvenes entre los 10 y 15 años de edad y la primera causa de 15 a 19 años. Lo cual

(3) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Plan nacional de prevención del suicidio 2011–2015: un compromiso con la vida. [Internet]. [s.d]. Disponible en: http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_prevenccion_del_suicidio.pdf [consulta: 14 mar 2015].

(4) Suicidio en adolescentes sorprende y preocupa. [Internet]. CIENTOCHENTA 2012 diciembre 20. Disponible en: http://180.com.uy/%2Farticulo%2F30648_Suicidio-en-adolescentes-sorprende-y-preoc [consulta: 25 dic 2013].

arroja una tasa de suicidio de 17/100.000 habitantes y la relación entre IAE y suicidio es 12 a 1.

Según la OMS “la relación entre IAE y suicidio consumado es 20 a 1. Este dato indica que en Uruguay es posible que la incidencia de IAE esté subestimada”.

De acuerdo a datos internacionales, el IAE es más frecuente en el sexo femenino durante el período de la adolescencia, mientras que el suicidio consumado es más común en el sexo masculino.

Según fuentes de diario *El País* “en Montevideo, mientras los intentos de suicidio son de 9,9% entre los adolescentes, en el interior llegan a 10,3%. En tanto, mientras que en las mujeres llega a un 11,9%, en los hombres es de 8,2%”.⁵

La Comisión Nacional Honoraria para la prevención del suicidio muestra que “en el año 2011 cometieron suicidio 83 adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años, haciéndolo 86 en el año 2012”.⁶

En Cerro Largo de acuerdo a los datos que maneja el Programa Nacional de la Salud de Adolescencia y Juventud del año 2009, “el suicidio estaría ocupando el quinto lugar con un porcentaje de 6,3%”.⁷

El programa Nacional de Salud Mental del MSP afirma que “la tasa de suicidio en el 2012 es de 14,2 por cada 100 mil habitantes”⁸. Careciendo de registros de IAE.

Existe una serie de investigaciones previamente realizadas por diversos autores acerca del intento de autoeliminación en adolescentes. Según un estudio llevado a cabo por el Psiquiatra Kaplan Sadock, en el año 2004, “los intentos de suicidio son cuatro veces mayor en niñas que en varones”⁹

(5) Uruguay tiene una de las mayores tasas de la región: 10% de los adolescentes intentó autoeliminarse. [Internet]. *El País* 2013 diciembre 20. Disponible en: www.elpais.com.uy/información/adolescentes-autoeliminarse-msp.html [consulta: 25 dic 2013].

(6) Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, Duran M. Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Montevideo: UR. CSIC; 2012. p. 120.

(7) Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Adolescencia y Juventud. Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay, 2009: primer informe sobre la revisión de certificados de defunción. [Internet].

2012. Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Suicidio%20en%20Adolescentes%20y%20Jovenes%20de%2010%20a%2024%20años.%20Uruguay.%202009.pdf [consulta: 25 mar 2015].

(8) Argentina. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud. Suicidio. [Internet]. Disponible en:

www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio [consulta: 25 dic 2013].

(9) Kaplan H, Benjamin J, Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta psiquiatra clínica.

[Internet]. 2004. Disponible en: <http://es.slideshare.net/bahulasva/kapaln-ysadock> [consulta: 5 abr 2013].(10)

Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, Duran M. Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Op. Cit. p. 130.

La Dra. Cristina Larrobla, al finalizar su investigación en el año 2012, llega a la conclusión de que *“el comportamiento suicida se relaciona con la pobreza, desempleo, pérdida de seres queridos, adicciones, disfunción familiar y ruptura de relaciones”*. A su vez, afirma que *“los antecedentes familiares de suicidio, el abuso de consumo de alcohol y estupefacientes, así como el maltrato en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales (esquizofrenia, depresión) también son considerados factores de riesgo que influyen en el intento de autoeliminación”*.¹⁰

PALABRAS CLAVES: Adolescente, intento de suicidio, factores de riesgo.

(10)Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, Duran M. Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Op. Cit. p. 130.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Área problema: Salud en adolescentes.

Tema: Intento de Autoeliminación.

Pregunta problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo en adolescentes con IAE, en el departamento de Cerro Largo en el período comprendido entre marzo de 2013 y marzo de 2014?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer factores de riesgo presentes en adolescentes con IAE, que concurren a las puertas de emergencia de los diferentes prestadores de salud del departamento en el período comprendido entre marzo 2013 y marzo 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ☛ Caracterizar a la población en estudio desde el punto de vista socio demográfico.
- ☛ Identificar el mes del año con mayor frecuencia de IAE.
- ☛ Conocer los métodos utilizados para el IAE y el más frecuente según sexo y edad.
- ☛ Identificar el porcentaje de adolescentes que consumen sustancias adictivas y reconocer las sustancias que se ingieren con mayor frecuencia.
- ☛ Determinar los principales factores de riesgo presentes en esta población.

MARCO TEÓRICO

El proceso Salud Enfermedad constituye un producto social que se distribuye en las diversas sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. Dicho proceso está profundamente influido y determinado por las características personales de los individuos, por las circunstancias de vida que enfrenta y por las peculiaridades del ambiente en el que vive y por la comunidad a la que pertenece.

Se considera a la salud como *“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”*.¹¹

La salud mental es uno de los componentes de la salud integral. La misma se define según la OMS 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”*.¹²

Frente a un desequilibrio emocional, donde la salud mental se ve afectada, un individuo puede llegar a manifestar una conducta 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”*; y a su vez, define al suicidio como *“la muerte que resulta de un acto suicida”*.

(11) Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de estudio 1993. [Internet]. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta: 14 dic 2015].

(12) 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: 14 abr 2015]

El intento de suicidio en la adolescencia cuestiona paradigmas y modelos teóricos basados en enfoques tradicionales centrados en la vulnerabilidad social. Existe habitualmente una distorsión grave de las funciones de la personalidad en curso de estructuración, en un entorno de alteración del equilibrio entre los factores de protección y de vulnerabilidad que rodean al adolescente.

El intento de autoeliminación (IAE) en un adolescente contrasta el deseo de morir en una etapa de la vida asociada a vitalidad y proyectos. Al momento de considerar las causales, se debe tener en cuenta que esta situación no ocurre sólo en aquellos en situación de vulnerabilidad social.

Según la OMS *“la adolescencia abarca un lapso de tiempo de los 10 a los 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud (entre los 10 y los 24 años). La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años”*.¹³

Durante la adolescencia se ponen de manifiesto características psicológicas como las siguientes:

- Alteración de los sentimientos vitales.
- Impregnación erótica de la individualidad.
- Proyección del yo hacia el futuro.
- Impulso de autoafirmación y adquisición de la personalidad.

En la adolescencia inicial o temprana (etapa que abarca de los 10 a 12 años), es normal un aumento de la estatura, del peso corporal y de la fuerza muscular. Aparecen los caracteres sexuales secundarios. En el caso de la mujer el primer signo del comienzo de la pubertad es el desarrollo incipiente de las mamas. A esto le sigue muy de cerca el crecimiento del vello pubiano. En el

(13) Salud180. Adolescencia. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/adolescencia> [consulta: 14 abr 2013].

varón el primer cambio es el aumento del volumen testicular, un ligero arrugamiento de los escrotos y la aparición de vello pubiano. Aproximadamente un año después comienza el crecimiento del pene.

La adolescencia media, (etapa entre 13 a 16 años), desde el punto de vista puberal, en la mujer aparece la menarquia que da inicio a la etapa. En el varón continúa el crecimiento del pene y la laringe, que ocasiona el cambio de voz característico. En este momento, generalmente, se produce el estirón masculino que, aunque un poco más tardío, es mayor que el de la mujer.

Los adolescentes sienten mayor preocupación por la apariencia y desean aumentar el poder de atracción. Surgen manifestaciones egocéntricas y se inicia la búsqueda de su propia identidad. En esta etapa se inicia el pensamiento abstracto.

En la adolescencia tardía (etapa entre 17 a 19 años), desde el punto de vista del desarrollo puberal, ambos sexos alcanzan las características del adulto. Se logra un mejor control de los impulsos y los cambios emocionales son menos intensos. El adolescente establece una identidad personal y social que pone fin a la etapa.

Los retos que debe afrontar el adolescente son los siguientes:

- 1: Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos.
- 2: Integración de la madurez sexual al modelo personal de comportamiento.
- 3: Separación del tutelaje familiar.

Durante la adolescencia, un individuo puede enfrentarse a distintas circunstancias, conocidas como factores de riesgo, que pueden conducir a que la salud de mismo se vea afectada.

Según la OMS *“un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”*. *“Entre los factores de riesgo más importante cabe citar la*

insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias de saneamiento, y la falta de higiene”. ¹⁴

Los factores de riesgo se pueden agrupar en sociales, familiares, psicológicos y biológicos.

- a) FR sociales: Tensión social; cambio de posición socio económico; problemas con las redes sociales de apoyo; pérdidas personales; pérdida de empleo; catástrofes; desarraigo; aislamiento; exposición al suicidio de otras personas; violencia ambiental de género y violencia intergeneracional.
- b) FR familiares: Funcionamiento familiar problemático; alta carga suicida familiar; abandono afectivo y desamparo; familia inexistente; violencia doméstica; abuso sexual.
- c) FR psicológicos: Intento de autoeliminación anterior; pérdidas familiares; frustraciones intensas; ansiedad; depresión; baja autoestima; cambio brusco del estado anímico; alteraciones del sueño; abandono personal.
- d) FR biológicos: Trastornos metabólicos; factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad; edades extremas de la vida; edades avanzadas; adolescencia; enfermedades y dolor crónico (accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras); enfermedades terminales; trastornos psiquiátricos; deterioro cognitivo.

El abuso en el consumo de sustancias es una enfermedad crónica que puede tener un impacto devastador en la vida social, laboral y familiar de las personas. Existen muchas sustancias adictivas, las cuales pueden ser legales o ilegales. Sin embargo, todas tienen las mismas consecuencias. El abuso de sustancias también coexiste con muchas enfermedades mentales, como depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos de ansiedad.

La OMS define a la adicción como una *“enfermedad física piscoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia,*

(14) Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. [s.d]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [consulta: 14 abr 2015].

actividad o relación. Se caracteriza por un conjunto de signos y síntomas, en los que se involucran factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales".¹⁵

Según la OMS una droga es *"toda sustancia que introducida al organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas en una dirección que pueda hacer deseable repetir la experiencia, pudiendo provocar mecanismo de tolerancia y dependencia"*.¹⁶

Un psicofármaco *"es una sustancia química que ejerce una cierta influencia en los procesos de la mente. Estos agentes inciden en el sistema nervioso central y pueden modificar desde la conciencia hasta la conducta pasando por la percepción. Se emplea como medicamento ya que, por sus características, están en condiciones de cambiar el ánimo de un paciente o mitigar el dolor que le provoca una enfermedad, un trastorno o algún tipo de padecimiento"*.¹⁷

(15) Universidad Rafael Landívar (Guatemala). Adicciones. [Internet]. [s.d].
http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/99/Archivos/adicciones_completo.pdf [consulta: 15 abr 2015]. p.1.

(16) *ibid.* p. 2.

(17) Definición de. Definición de psicofármaco. [Internet]. 2008. Disponible en:
<http://definicion.de/psicofarmaco/#ixzz3PU1yRfjM> [consulta: 15 abr 2015].

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Adolescentes de 10 a 19 años de edad que ingresan a las puertas de emergencias en instituciones públicas y privadas del departamento de Cerro Largo, en el período comprendido entre marzo 2013 y marzo 2014.

La población total estuvo comprendida por veinte adolescentes cuyos registros de FROIAE fueron extraídos de diferentes organismos prestadores de salud.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Todos los adolescentes que ingresen con diagnósticos de IAE a las puertas de emergencia de los centros prestadores de salud del departamento.

PROCEDIMIENTO:

Luego de la revisión bibliográfica referente al tema de estudio se elaboró un protocolo de investigación, solicitando a los prestadores de salud del medio su autorización para abordar dicha investigación (en anexos) y para acceder a las fichas de registro obligatorio de IAE (FROIAE) e Historias Clínicas de adolescentes, comprendidas dentro del período marzo de 2013 a marzo de 2014.

Se elaboró un instrumento para la sistematización de los datos obtenidos de las HC. (en anexos)

Cabe destacar que la información recabada en el proceso de investigación se abordó bajo los principios de ética profesional, respetando el derecho de privacidad y el anonimato.

Para el análisis se empleó la estadística descriptiva mediante la representación en tablas y gráficos de barras, distribuidos en FA, FR y FR% a través de EXCEL.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

PRESTADOR DE SALUD:

Definición Conceptual: Institución de atención médica a la que pertenece el usuario.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume la variable:

- Publica.
- Privada.

FECHA DEL IAE:

Definición conceptual: Meses del año en el cual se realizó el IAE constatado en la historia clínica y FROIAE.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume la variable:

- | | |
|----------|------------|
| -Enero | -Julio |
| -Febrero | -Agosto |
| -Marzo | -Setiembre |
| -Abril | -Octubre |
| -Mayo | -Noviembre |
| -Junio | -Diciembre |

SEXO:

Definición conceptual: Clasificación de los individuos teniendo en cuenta las características anatómicas y cromosómicas.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume la variable:

- Femenino
- Masculino

EDAD:

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta el momento de realizar la consulta.

Definición operacional: Cuantitativa continúa.

Categorías que asume la variable:

- Adolescencia temprana 10 – 12 años.
- Adolescencia media 13 – 16 años
- Adolescencia tardía: 17 – 19 años

RESIDENCIA:

Definición conceptual: Lugar geográfico donde constituye su domicilio legal el individuo.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume las variables:

- Melo
- Río Branco
- Aceguá
- Noblia
- Santa Clara
- Fraile muerto
- Tupambaé
- Vichadero

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Definición conceptual: Máximo nivel educacional alcanzado por el usuario.

Definición operacional: Cualitativa ordinal.

Categorías que asume la variable:

- Analfabeto
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria u otros
- Sin datos

COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR:

Definición conceptual: Todas las personas que viven bajo el mismo techo y se alimentan de una olla en común.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume la variable:

- Hogar constituido
- Hogar sustituto
- Padres separados
- Otros (abuelos, amigos)
- Pareja
- Se desconoce

OCUPACIÓN:

Definición conceptual: Tipo de actividad que posee el usuario.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume la variable:

- Estudia
- No estudia/no trabaja.
- Trabaja
- Sin datos

ANTECEDENTES PERSONALES:

Definición conceptual: Patologías, historiales médicos o quirúrgicos relevantes que presentan los usuarios con IAE.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume la variable:

- Fisio / Patológicos
- Psiquiátricos

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IAE, SUICIDIO Y PSIQUIÁTRICOS:

Definición conceptual: Referencia familiar de IAE, suicidio y/o historial de enfermedades psiquiátricas.

Definición operacional: Variable cualitativa nominal.

Categorías que asume la variable:

- IAE
- Suicidio
- Patologías psiquiátricas.
- Sin datos

EPISODIOS PREVIOS POR IAE:

Definición conceptual: Número de IAE anteriores que presenta, previo al intento actual.

Definición operacional: Cuantitativa discreta.

Categorías que asume la variable:

- No tuvo
- Tuvo 1
- 2 o mas
- Sin datos

MÉTODO UTILIZADO PARA EL IAE:

Definición conceptual: Se refiere a la forma utilizada para realizar el acto.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume la variable:

- Ahorcamiento.
- Heridas cortantes.
- Inhalación (cemento).
- Intoxicaciones (pesticidas).
- Ingesta de psicofármacos.
- Otros (penicilina, insulina).

FACTORES DE RIESGO:

Definición conceptual: Cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importante cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias de saneamiento y la falta de higiene.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume las variables:

- Adicciones.
- Violencia familiar.
- Perdida de persona importante.
- Maltrato
- Trastorno de la conducta

- Situación económica desfavorable.
- Trastorno de la conducta.
- Depresión.
- Falta de soporte familiar.
- Inconformismo de género.
- Fracaso en la escolaridad

SUSTANCIAS ADICTIVAS:

Definición conceptual: Compuestos semejantes a los neurotransmisores encargados de desencadenar la actividad de los centros cerebrales de recompensa o placer, los cuales permiten la expresión de emociones gratificantes como entusiasmo, alegría y serenidad.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categoría que asume la variable:

- Alcohol
- Psicofármacos
- Tabaco
- Otros
- sustancias ilegales

REFERENCIA A PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL:

Definición conceptual: Pase o derivación desde el personal actuante en la puerta a psiquiatra.

Definición operacional: Cualitativa nominal.

Categorías que asume la variable:

- Si
- No

RESULTADOS

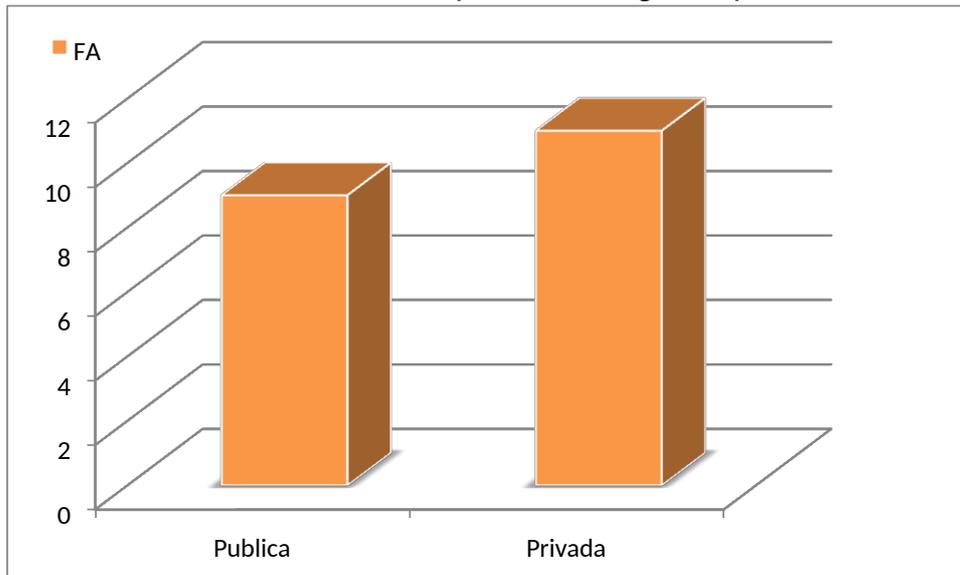
Tabla N°1. Distribución de la población según el prestador de salud.

PRESTADOR DE SALUD	FA	FR	FR%
Publica	9	0,45	45
Privada	11	0,55	55
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

De acuerdo a la lectura de los datos recabados a partir de la variable “Distribución de la población según el prestador de salud” se puede afirmar que hubo más consultas en cobertura privada con un 55%, que en la salud pública con un 45%.

Gráfica N° 1: Distribución de la población según el prestador de salud.



Fuente: Historia clínica.

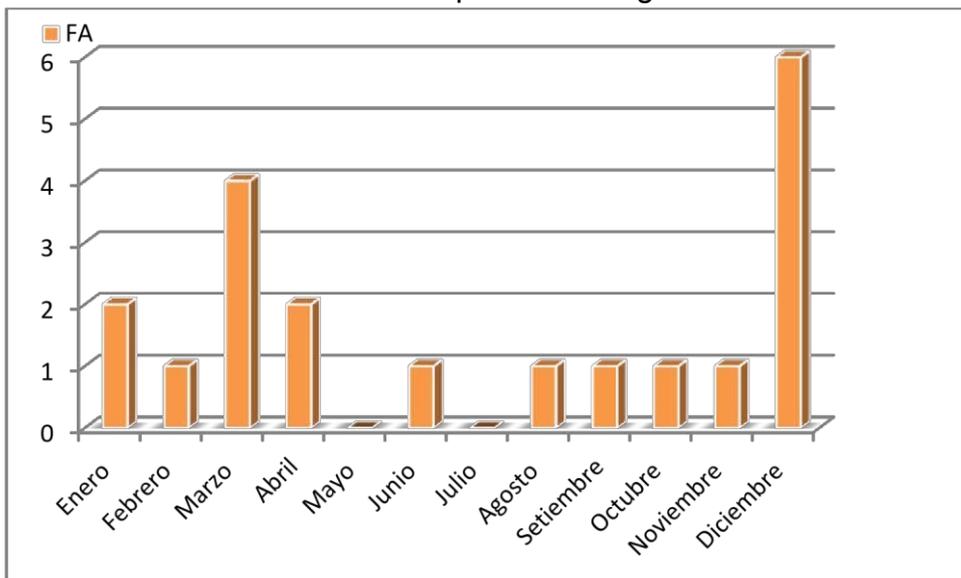
Tabla N°2 Distribución de la población según el mes de realizado el IAE.

MES	FA	FR	FR%
Enero	2	0,1	10
Febrero	1	0,05	5
Marzo	4	0,2	20
Abril	2	0,1	10
Mayo	0	0	0
Junio	1	0,05	5
Julio	0	0	0
Agosto	1	0,05	5
Setiembre	1	0,05	5
Octubre	1	0,05	5
Noviembre	1	0,05	5
Diciembre	6	0,3	30
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

Haciendo referencia a la variable “Distribución de la población según el mes de realizado el IAE”, se registró un 30% en el mes de diciembre. Seguido con un 20% al mes de marzo, un 10% en los meses de enero y abril, 5% febrero, junio, agosto, setiembre, octubre y noviembre. No constatándose casos en mayo y julio.

Gráfica N° 2: Distribución de la población según el mes de realizado el IAE



. Fuente: Historia clínica.

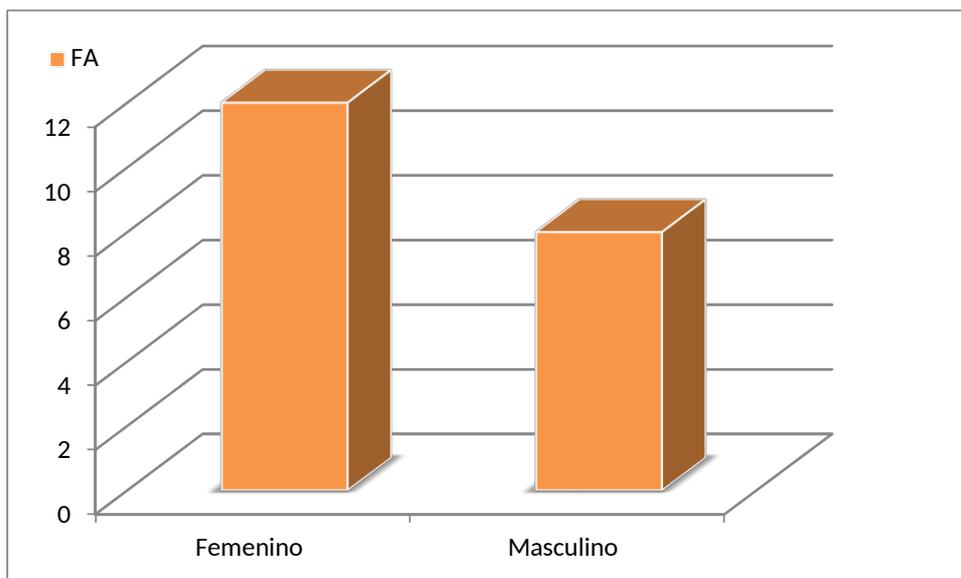
Tabla N° 3: Distribución de la población según el sexo.

SEXO	FA	FR	FR%
Femenino	12	0,6	60
Masculino	8	0,4	40
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

La lectura de datos que se realiza a partir de la variable “Distribución de la población según el sexo” es la siguiente: los casos de IAE en adolescentes fueron de un 60% para el sexo femenino y de un 40% para el sexo masculino.

Gráfica N° 3: Distribución de la población según el sexo.



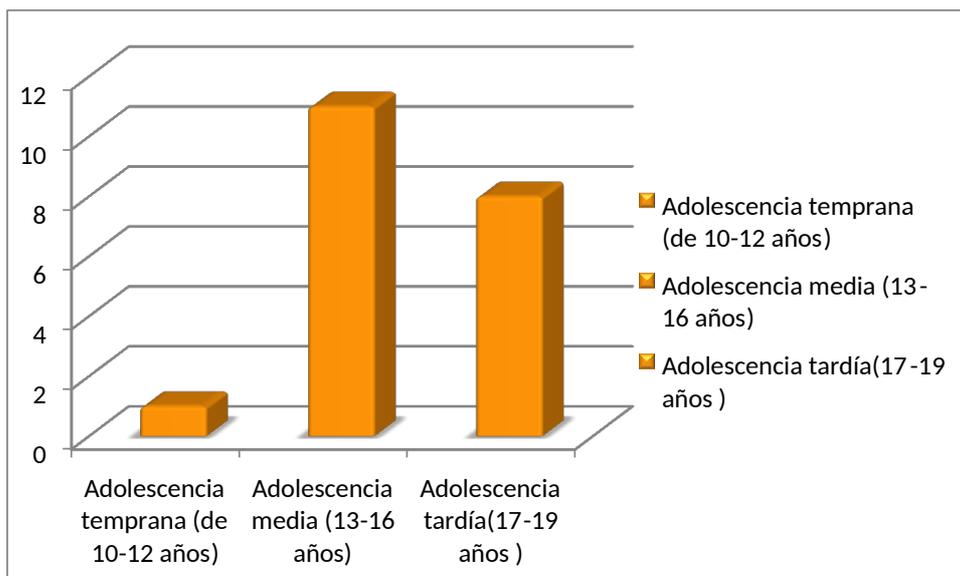
Fuente: Historia clínica.

Tabla N° 4. Distribución de la población según la edad.

EDAD	FA	FR	FR%
Adolescencia temprana (de 10-12 años)	1	0,05	5
Adolescencia media (13-16 años)	11	0,55	55
Adolescencia tardía (17-19 años)	8	0,4	40
TOTAL	20	1	100

Referente a la variable “edad”, un 55% corresponde a adolescentes de 13 a 16 años, un 40% de 17 a 19 años y un 5% de 10 a 12 años.

Gráfica N°4 Distribución de la población según la edad.



Fuente: Historia clínica.

Tabla N° 5. Distribución de la población según la residencia.

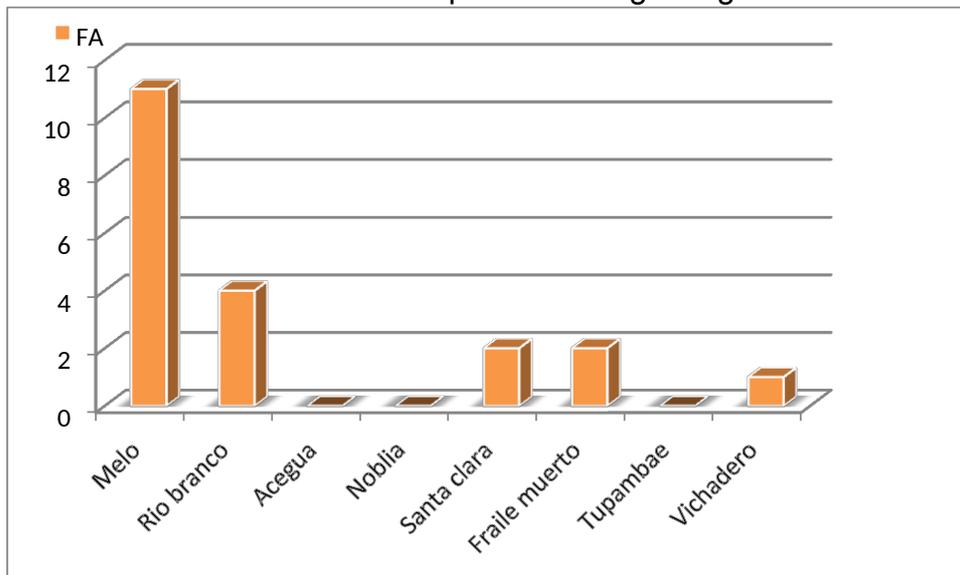
RESIDENCIA	FA	FR	FR%
Melo	11	0,55	55
Rio Branco	4	0,2	20
Acegua	0	0	0
Noblia	0	0	0
Santa clara	2	0,1	10
Fraile muerto	2	0,1	10
Tupambae	0	0	0
Vichadero	1	0,05	5
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

De acuerdo a los datos que arroja la variable “Distribución de la población de acuerdo a la residencia” un 55% corresponde a Melo, un 20% a Río Branco, un 10% a Santa Clara, un 10% a Fraile Muerto y un 5% a Vichadero.

Cabe aclarar que tanto Vichadero, localidad perteneciente al departamento de Rivera, como Santa Clara, correspondiente al departamento de Treinta y Tres; son evaluadas como " subcategorías de la variable" por ser Cerro Largo una zona de influencia debido a la cercanía y facilidad de rutas con ambas localidades.

Gráfica N°5 Distribución de la población según lugar de residencia.



Fuente: Historia clínica.

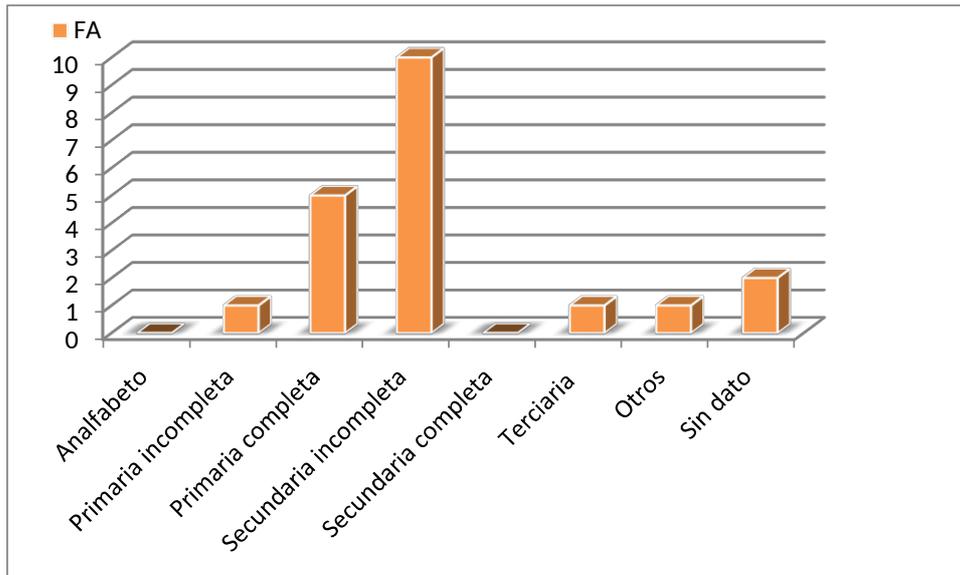
Tabla N° 6. Distribución de la población según el nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR	FR%
Analfabeto	0	0	0
Primaria incompleta	1	0,05	5
Primaria completa	5	0,25	25
Secundaria incompleta	10	0,5	50
Secundaria completa	0	0	0
Terciaria	1	0,05	5
Otros	1	0,05	5
Sin dato	2	0,1	10
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

Según la variable “Nivel de instrucción” el mayor porcentaje de IAE corresponde a los adolescentes con secundaria incompleta con un 50%, primaria completa con un 25%, terciaria con un 10%, con el mismo porcentaje de 10% sin datos. Esto corresponde a la falta de registros del nivel educativo por parte del equipo médico.

Gráfica N° 6: Distribución de la población según el nivel de instrucción.



Fuente: Historia Clínica

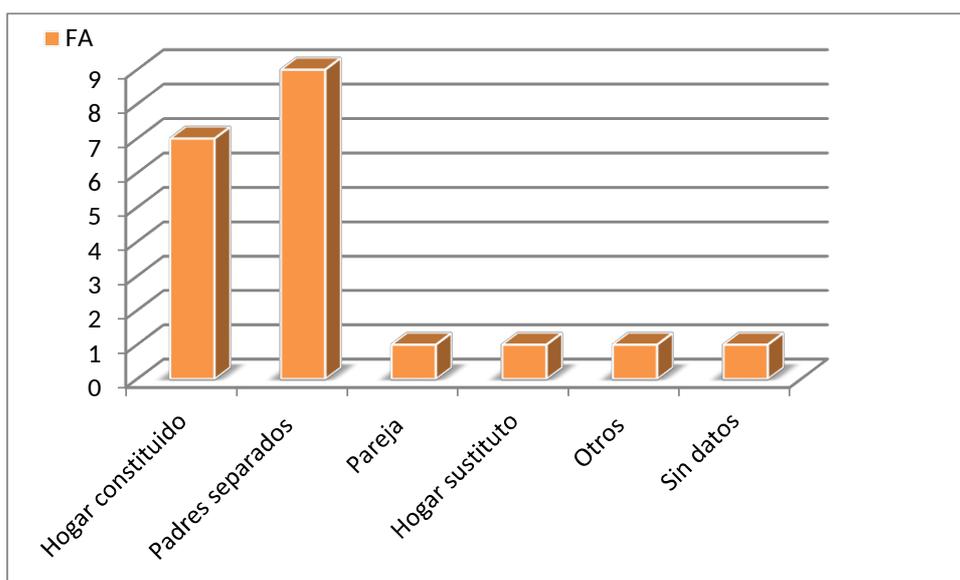
Tabla N° 7. Distribución de la población según la composición del núcleo familiar.

COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR	FA	FR	FR%
Hogar constituido	7	0,35	35
Padres separados	9	0,45	45
Pareja	1	0,05	5
Hogar sustituto	1	0,05	5
Otros	1	0,05	5
Sin datos	1	0,05	5
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

Según la variable “Composición del núcleo familiar” se registró 45% padres separados, 35% hogar constituido, con un 5% respectivamente para hogar sustituto, pareja, otros y sin datos.

Gráfica N° 7: Distribución de la población según la composición del núcleo familiar.



Fuente: Historia clínica.

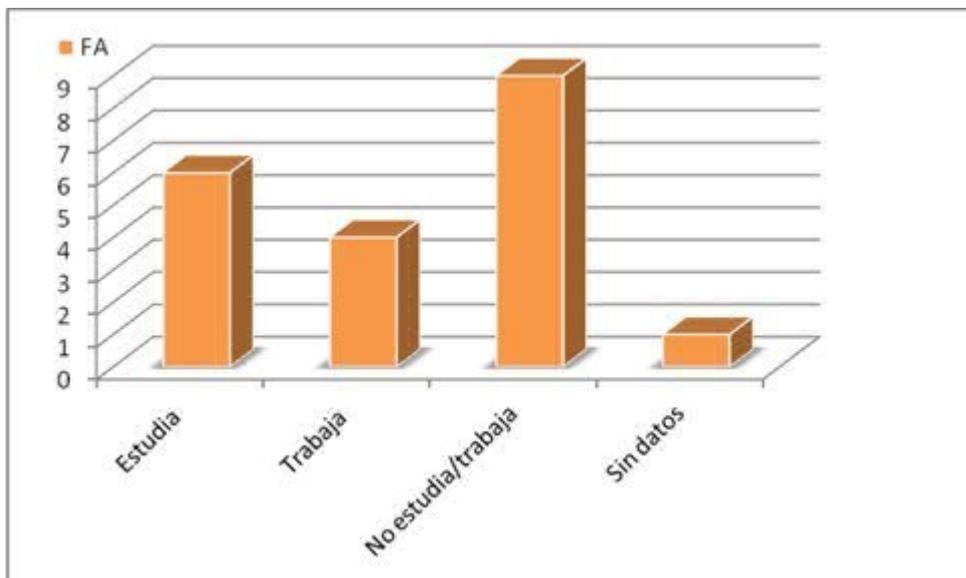
Tabla N° 8. Distribución de la población según la ocupación.

OCUPACIÓN	FA	FR	FR%
Estudia	6	0,3	30
Trabaja	4	0,2	20
No estudia/trabaja	9	0,45	45
Sin datos	1	0,05	5
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

En base a la información extraída de la variable “Distribución de la población según la ocupación” se registró un 45% de adolescentes que no estudian ni trabajan. Un 30% de estos sí estudian, un 20% son trabajadores y un 5% sin datos registrados.

Gráfica N°8: Distribución de la población según la ocupación.



Fuente: Historia clínica.

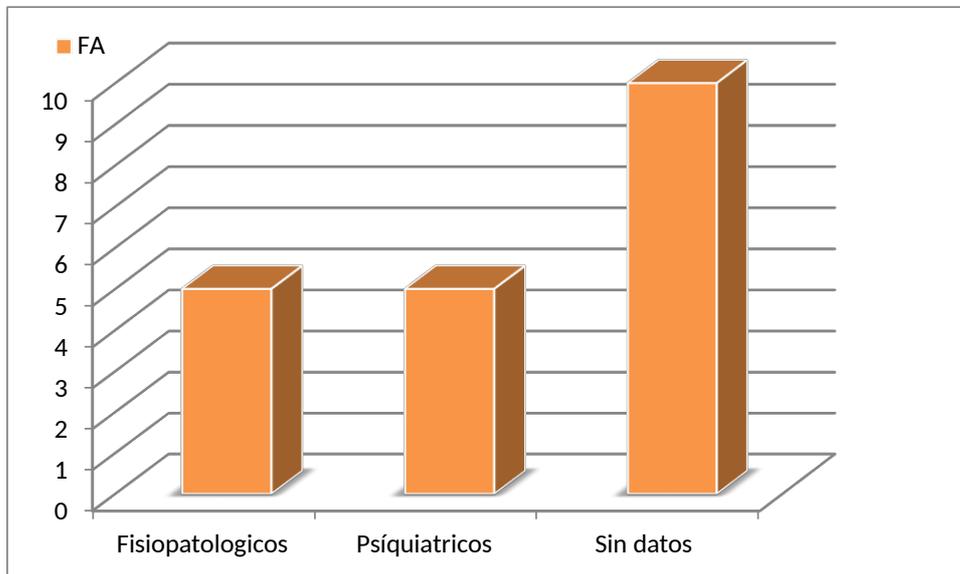
Tabla N° 9. Distribución de la población según los antecedentes personales.

ANTECEDENTES PERSONALES	FA	FR	FR%
Fisiopatológicos	5	0.25	25
Psiquiátricos	5	0.25	25
Sin datos	10	0.50	50
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

En referencia a la variable “Distribución de la población según los antecedentes personales” se observa un alto porcentaje (50%) sin datos o falta de registros. Un 25% para antecedentes fisiopatológicos y el 25% psiquiátricos respectivamente.

Gráfica N°9: Distribución de la población según los antecedentes personales.



Fuente: Historia clínica.

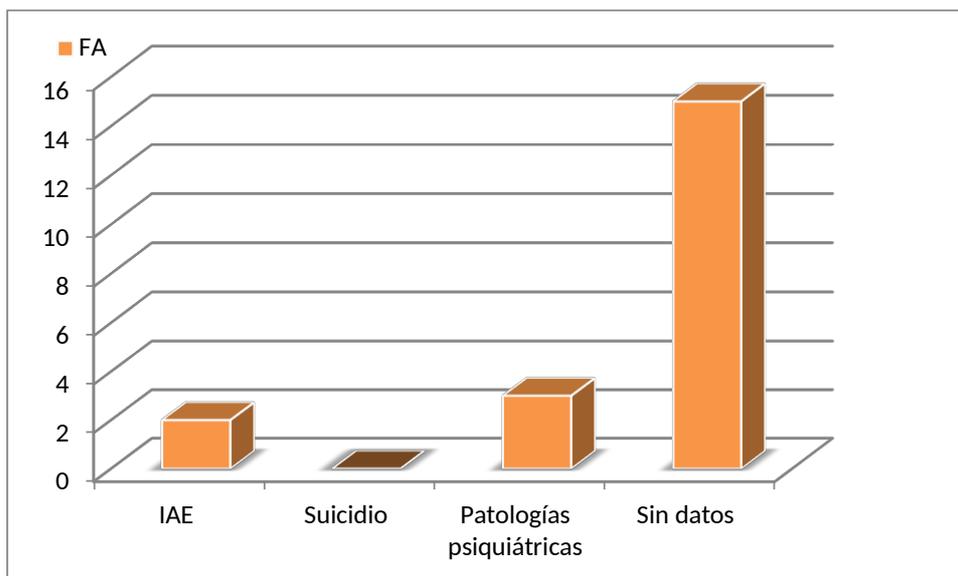
Tabla N°10. Distribución de la población según los antecedentes familiares de IAE, suicidio y psiquiátricos.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IAE Y/O PSQUIÁTRICOS	FA	FR	FR%
IAE	2	0,10	10
Suicidio	0	0	0
Patologías psiquiátricas	3	0,15	15
Sin datos	15	0,75	75
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

La investigación muestra que los antecedentes familiares corresponden a un 75% sin registros de datos, un 15% presenta patologías psiquiátricas, un 10% han tenido IAE, no registrándose antecedentes de suicidios en la familia.

Gráfica N°10: Distribución de la población según antecedentes familiares de IAE y/o psiquiátricos.



Fuente: Historia clínica.

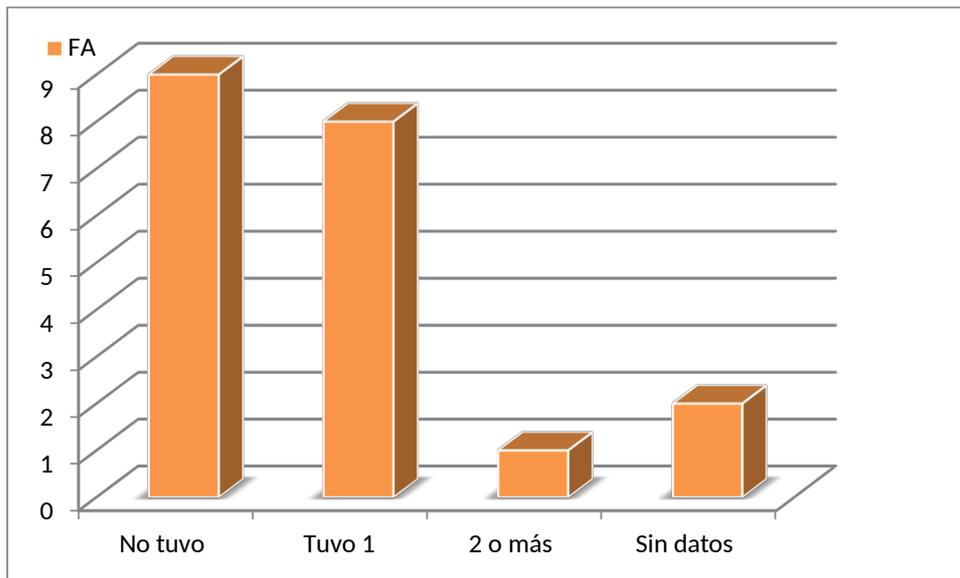
Tabla N° 11. Distribución de la población según los episodios previos por IAE.

EPISODIOS PREVIOS POR IAE	FA	FR	FR%
No tuvo	9	0,45	45
Tuvo 1	8	0,4	40
2 o más	1	0,05	5
Sin datos	2	0,1	10
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

De acuerdo a la variable “episodios previos por IAE” un 45% no tuvo, 40% tuvo 1 IAE, 10% sin registros de datos y un 5%, 2 o más intentos previos.

Gráfica N°11: Distribución de la población según episodios previos de IAE.



Fuente: Historia clínica.

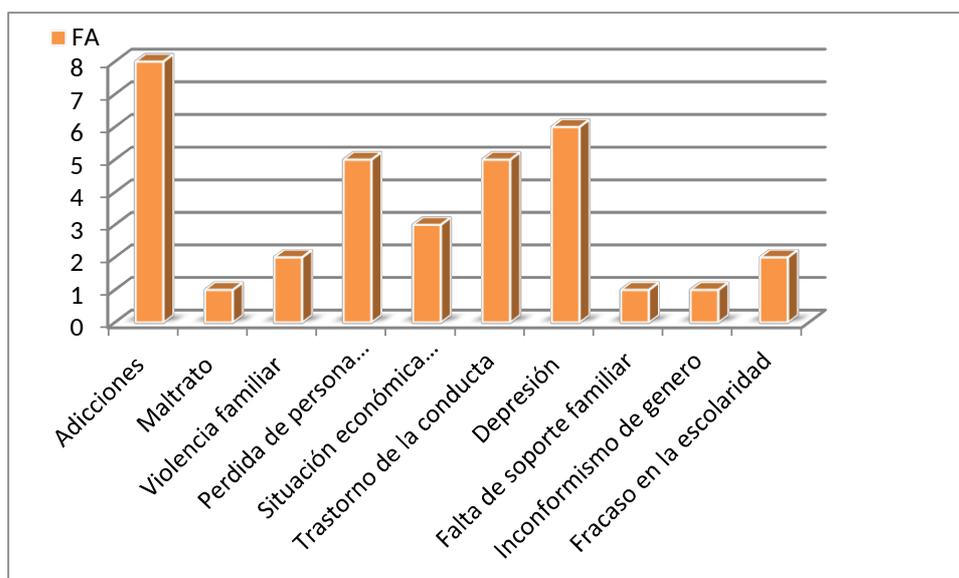
Tabla N°12. Distribución de la población según factores de riesgo

FACTORES DE RIESGO	FA	FR	FR%
Adicciones	8	0,24	24
Maltrato	1	0,03	3
Violencia familiar	2	0,06	6
Perdida de persona importante	5	0,14	14
Situación económica desfavorable	3	0,09	9
Trastorno de la conducta	5	0,14	14
Depresión	6	0,18	18
Falta de soporte familiar	1	0,03	3
Inconformismo de genero	1	0,03	3
Fracaso en la escolaridad	2	0,06	6

Fuente: Historia clínica.

Dentro de la población estudiada referente a los “factores de riesgo” vemos que el primer lugar lo ocupan las adicciones, luego la depresión, seguida de la pérdida de persona importante y trastorno de la conducta.

Gráfica N°12: Distribución de la población según los factores de riesgo.



Fuente: Historia clínica.

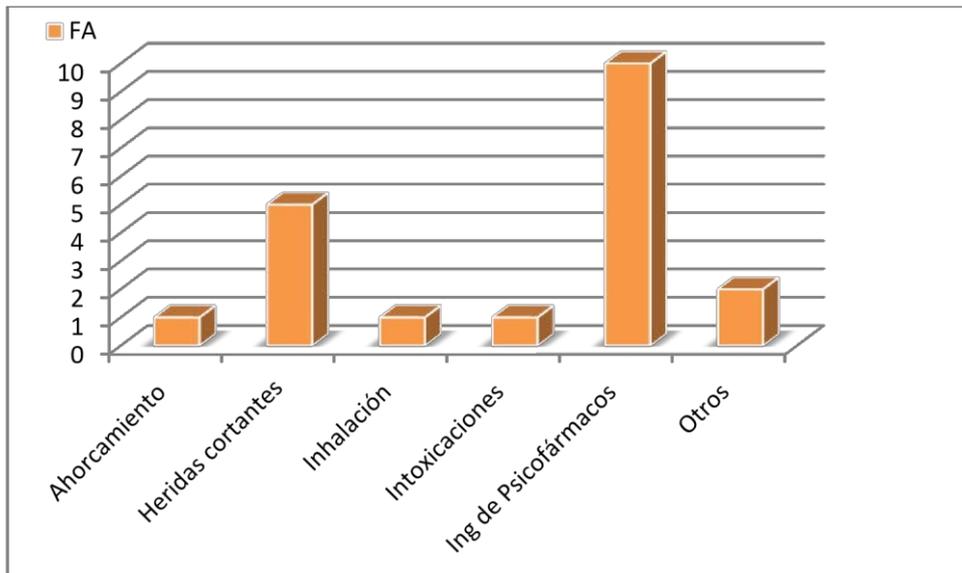
Tabla N°13. Distribución de la población según el método utilizado para el IAE.

MÉTODO UTILIZADO PARA EL IAE	FA	FR	FR%
Ahorcamiento	1	0,05	5
Heridas cortantes	5	0,25	25
Inhalación	1	0,05	5
Intoxicaciones	1	0,05	5
Ingesta de Psicofármacos	10	0,5	50
Otros	2	0,1	10
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

Referente al “método utilizado para el IAE” el mayor porcentaje con un 50% es la ingesta de psicofármacos, con un 25% heridas cortantes (arma blanca y/u otros) y con un 10% otros (que corresponde a ingesta de insulina y penicilina), con el 5% respectivamente intoxicaciones, inhalación y ahorcamiento.

Gráfica N°13: Distribución de la población según el método utilizado para el IAE.



Fuente: Historia clínica.

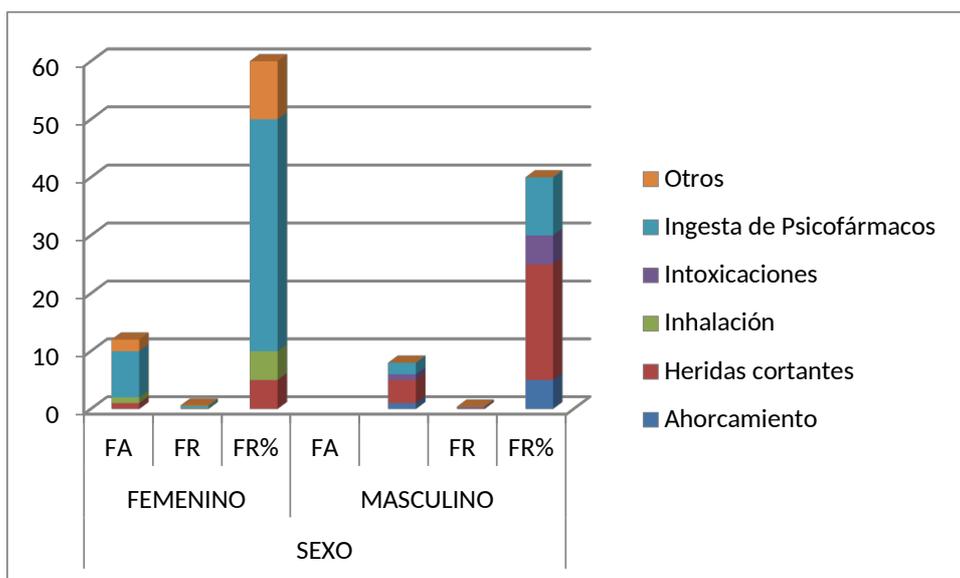
Tabla N°14. Distribución de la población según el sexo y el método utilizado para el IAE

MÉTODO UTILIZADO PARA EL IAE	SEXO						TOTAL		
	FEMENINO			MASCULINO					
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Ahorcamiento	0	0	0	1	0,05	5	1	0,05	5
Heridas cortantes	1	0,05	5	4	0,20	20	5	0,25	25
Inhalación	1	0,05	5	0	0	0	1	0,05	5
Intoxicaciones	0	0	0	1	0,05	5	1	0,05	5
Ingesta de Psicofármacos	8	0,40	40	2	0,10	10	10	0,50	50
Otros	2	0,10	10	0	0	0	2	0,1	10
TOTAL	12	0,60	60	8	0,40	40	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

Referente a la variable “Distribución de la población según sexo y método utilizado” podemos señalar que el mayor porcentaje con un 40% corresponde a la ingesta de psicofármacos en el sexo femenino, y el menor porcentaje con 5% heridas cortantes e inhalación (cemento). Respecto al sexo masculino podemos decir que el mayor porcentaje con un 20% ocupa heridas cortantes y el menor porcentaje con un 5% comparte ahorcamiento e intoxicaciones (pesticida).

Gráfica N° 14. Distribución de la población según sexo y método utilizado.



Fuente: Historia clínica.

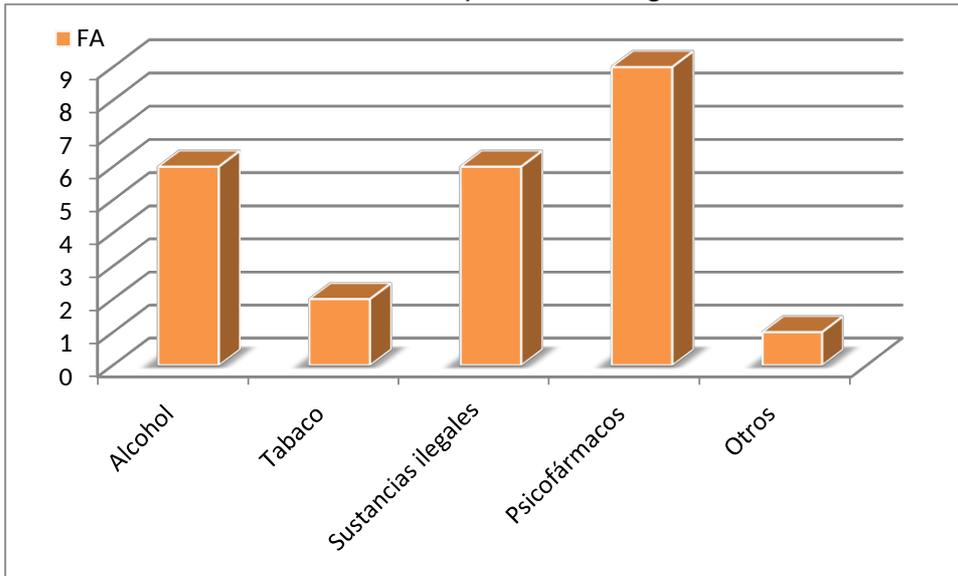
Tabla N°15. Distribución de la población de la población según el uso de sustancias adictivas.

USO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS	FA	FR	FR%
Alcohol	6	0,25	25
Tabaco	2	0,08	8
Sustancias ilegales	6	0,25	25
Psicofármacos	9	0,38	38
Otros	1	0,04	4

Fuente: Historia clínica.

Dentro de la población en estudio según el uso de sustancias adictivas el primer lugar ocupa el uso de psicofármacos, comparten el segundo lugar el consumo de alcohol y sustancias ilegales.

Gráfica N°15: Distribución de la población según el uso de sustancias adictivas.



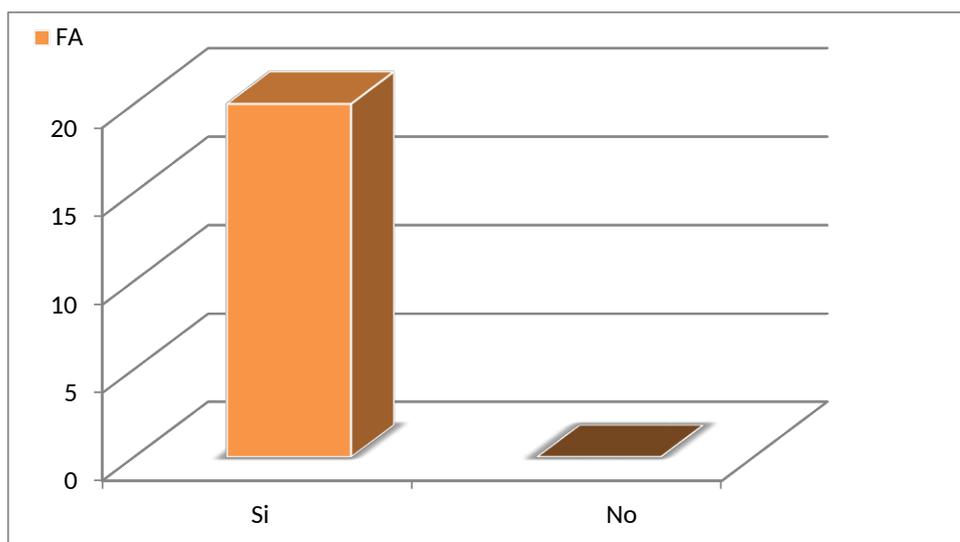
Fuente: Historia clínica.

Tabla N°16. Distribución de la población según la consulta a psiquiatra luego de consumado el intento.

PSIQUIATRA	FA	FR	FR%
Si	20	1	100
No	0	0	0
TOTAL	20	1	100

Fuente: Historia clínica.

El 100% de la población fue valorada por psiquiatra luego de realizado el IAE. Gráfica N° 16: Distribución de la población según consulta a psiquiatra.



Fuente: Historia clínica.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El intento de autoeliminación en adolescentes es una problemática muy compleja que afecta a la sociedad. Para el análisis de la misma se utilizaron datos recabados en distintos prestadores de salud (públicos y privados) del departamento de Cerro Largo.

El periodo de estudio estuvo comprendido desde marzo de 2013 hasta marzo de 2014, registrándose una población de 20 individuos.

El 55% de la población entre 10 y 19 años asiste a una cobertura privada, mientras que el 45% asiste a salud pública, con un total de 15261 adolescentes en el departamento de Cerro Largo.

Partiendo de los resultados obtenidos de la caracterización sociodemográfica de la población se observa que el mes que presenta una mayor cantidad de casos de IAE corresponde a diciembre, con un 30%. La alta frecuencia de estos episodios que ocurren a lo largo de este mes podría relacionarse con las fiestas navideñas y las variadas emociones que estas causan a los individuos.

Gracias a los datos recabados, se observa que la conducta de IAE afecta en mayor medida al sexo femenino, con un 60%, que al sexo masculino, con un 40%, siendo este sexo el que llega a la consumación del acto, es decir, al suicidio. Se observa que dichos datos coinciden con estudios realizados internacionalmente.

De la población en estudio según la edad, el mayor porcentaje de casos, con un 55%, corresponde a la etapa de adolescencia media (de 13 a 16 años), seguida de la adolescencia tardía (de 17 a 19 años) con un 40%. Estos datos coinciden con cifras que brindan estudios realizados por el M.S.P. en el programa adolescencia. Dicho estudio afirma que en nuestro país la primera causa de muerte externa en jóvenes de entre 15 y 19 años, es el suicidio.

La mayoría de los IAE fueron realizados en la residencia del individuo. Un alto porcentaje de autores que se refieren a esta temática, coinciden con que el lugar elegido para llevar a cabo el IAE, la mayoría de las veces, es el domicilio de la víctima.

En cuanto al lugar geográfico, que constituye su domicilio legal, se observa un mayor porcentaje en la capital del departamento (Melo), con un 55% de los casos. Lo sigue la ciudad de Rio Branco, zona fronteriza, con un 20%. En tercer lugar Santa Clara (departamento de Treinta y Tres), con un 10% y por último Vichadero (departamento de Rivera) con un 5%. Cabe destacar que los dos últimos centros poblados constan de individuos que se atienden en Melo debido a la accesibilidad de rutas y/o distancias.

En esta investigación el 50% de adolescentes constan con un nivel de instrucción de secundaria incompleta, lo cual coincide con el grado o nivel de estudio y la edad del adolescente.

Se debe destacar que el 45% de la población, en el momento de realizado el IAE no estudia ni trabaja, observándose que la falta de ocupación o el ocio proporciona una mayor vulnerabilidad, siendo este un factor de riesgo importante. Estudios como “Guía para los sectores de educación y salud” afirman que los centros educativos cumplen una función importante de contención y soporte.

A lo largo de la investigación se registraron distintos factores de riesgo presentes en la población de estudio.

En relación a los antecedentes personales de la población en estudio, se destaca que solamente el 25% consta de antecedentes psiquiátricos.

En relación a los antecedentes familiares de la población en estudio, se registra un 25% con antecedentes psiquiátricos, un 10% que poseen IAE. No se

observan casos de suicidios en antecedentes familiares. Se considera a los mismos un factor de alto riesgo ya que los adolescentes tienden a repetir o imitar conductas de sus familiares.

No es posible llegar a una conclusión debido a la falta de registro en un 75% de la población en relación a dicha temática.

Se registró que el 60% de los adolescentes que intentaron auto eliminarse, vivían en hogares disfuncionales, lo cual puede relacionarse con lo que cita la Psiquiatra Larrobla en un estudio publicado en el año 2012. El mismo informa que el comportamiento suicida se relaciona con la disfunción familiar, pérdidas de seres queridos, falta de soporte familiar, violencia familiar, maltrato y existencia de adicciones. En la población de estudio se encontró el consumo de psicofármacos, alcohol, drogas ilegales y tabaco.

Otro factor de riesgo registrado, es el número de intentos de auto eliminación previos. En la población de estudio se observó que un 45% de los individuos intentó auto eliminarse más de una vez.

El método empleado para el IAE que posee mayor frecuencia es la ingesta de psicofármacos y de otras drogas, registrándose un total de 60%.

En el sexo femenino se observa un mayor porcentaje en la utilización de este método, pudiendo deberse a una mayor accesibilidad, automedicación, falta de vigilancia en la medicación prescrita o por ser este, menos agresivo.

Como lo establece la bibliografía “Comportamiento suicida en niños y adolescentes” de Martínez –Schiavo el sexo femenino utiliza la ingesta de psicofármacos como método más frecuente en el IAE.

El método que se destaca por su alta frecuencia en el sexo masculino son las heridas cortantes, con un 20% de los casos. Le sigue el ahorcamiento, con un 5% y las intoxicaciones (por ejemplo pesticidas) con un 5%. Dichos registros

permiten llegar a la conclusión de que el método elegido por el sexo masculino es más agresivo y letal que el método que eligen individuos del sexo femenino, por lo tanto es más probable consumir el acto suicida en hombres que en mujeres.

Cabe destacar que el 100% de la población de estudio que consultó en las puertas de emergencias de los prestadores de salud, fueron valoradas por médico psiquiatra antes de las 24 horas de internación.

CONCLUSIÓN

Al finalizar la investigación acerca de los factores de riesgo presentes en adolescentes que intentan autoeliminarse en el departamento de Cerro Largo, durante el período comprendido entre marzo de 2013 y marzo de 2014, se puede afirmar que se cumplió con los objetivos planteados.

Durante la investigación se presentaron dificultades a la hora de acceder a la información en Historias Clínicas, debido a una notoria carencia de registro en ellas. En muchos casos se encuentran registros de Indicaciones Médicas cumplidas por parte del personal de enfermería. Sin embargo no se encuentran registros de las tareas independientes del Licenciado en Enfermería como la valoración, la planificación, la ejecución y la evaluación de los cuidados que estos deben realizar. Se considera que esto es debido a que el ingreso de los pacientes que forman parte de la población de estudio, se produjo mayoritariamente en turnos vespertinos y nocturnos, donde se carece de enfermería profesional, tanto en prestadores públicos como privados.

Se puede concluir que existen diversos factores de riesgo que llevan al individuo a que cometa el IAE. Aquellos que presentan mayor frecuencia en la población de estudio son:

- Factores de riesgo sociales ya que la situación económica desfavorable es más visible junto con elevado porcentaje de desocupación y ocio de nuestros jóvenes.
- Factores de riesgo familiares como la deestructuración de la familia, la familia inexistente, el funcionamiento familiar problemático, la falta de soporte, la violencia doméstica y el maltrato están como institucionalizado. Cuando la función de contención y soporte de la familia falla, trae como resultado la convivencia en conflicto, haciendo más dificultosa la interacción entre los miembros, aumentando así la conducta suicida de los adolescentes.

- Factores de riesgo psicológicos como la pérdida de un ser querido, la depresión, el fracaso en la escolaridad, el inconformismo de género, trastorno de la conducta e IAE anteriores. Este último es considerado alarmante ya que existen casos de adolescentes que han practicado esta conducta hasta siete veces, presentando una mayor vulnerabilidad como respuesta a estados de estrés.
- Como factor de riesgo biopsicosocial cultural están las adicciones, flagelo que cada vez es más importante combatir en nuestros adolescentes.

Se destaca la falta de factores de protección, como la contención familiar, la ocupación, el seguimiento y el control. Por lo tanto, se considera la necesidad de trabajar en el fortalecimiento del soporte familiar y en medidas de prevención a nivel de la comunidad, abarcando el ámbito de la salud, la educación, la sociedad, las autoridades y políticas, con el objetivo de reducir aquellos factores de riesgo anteriormente mencionado y a su vez disminuir los casos de IAE.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

- Regularizar los registros en HC, en FROIAE con el objetivo de ayudar a deliberar las necesidades de esta población y actuar en forma oportuna.
- Apuntar a la implementación de estrategias de prevención de factores de riesgo, para eso se debe trabajar estrictamente con los adolescentes, familia, amigos, centros de estudio y con la comunidad.
- Fomentar e implementar pautas y estrategias a nivel educativo (primaria y secundaria) para disminuir el riesgo de IAE en edades tempranas.
- Aumentar los recursos humanos.
- Mejorar en capacitación al personal de salud sobre la temática, implementando estrategias para poder realizar intervenciones eficaces, llevando adelante la prevención y promoción en centros de salud mental y la evaluación de estas intervenciones, no solo a nivel hospitalario sino también frente a la comunidad.
- Involucrar a la sociedad a través de los medios de comunicación para poner fin con mitos que afirman que “el hecho de hablar sobre el IAE o el suicidio aumenta el riesgo de que estos se vuelvan a practicar”.
- Comprometer a todos los sectores a trabajar en el diseño de prevención de IAE.
- Cumplir el seguimiento de forma exhaustiva con aquellos adolescentes que tuvieron uno o más intentos, con el fin de prevenir la conducta suicida.

El Licenciado de Enfermería debería estar presente en las planificaciones y estrategias de los programas de prevención de los IAE, siendo quien realiza el cuidado del usuario durante las 24 hs del día.

Trabajando de forma multisectorial podemos contribuir a disminuir los factores de riesgo de esta población.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional de la Adolescencia y Juventud. [Internet]. 2007. Disponible en: http://www.femi.com.uy/archivos_v/saludadol.pdf [consulta: 20 nov 2014].
- 2- Vázquez M, García L, Giachetto G, Martínez A, Viola L. Intentos de autoeliminación en niños y adolescentes: en Uruguay los suicidios son la segunda causa de muerte en jóvenes entre los 10 y 15 años de edad y la primera causa entre los 15 y 19 años. Opción Médica [Internet] 2012. Disponible en: <http://opcionmedica.parentesisweb.com/articulos/intentos-deautoeliminación-en-niños-y-adolescentes> [consulta: 22 nov 2014].
- 3- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud.

Plan nacional de prevención del suicidio 2011 – 2015: un compromiso con la vida. [Internet]. [s.d]. Disponible en:

http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_prevenccion_del_suicidio.pdf [consulta: 14 mar 2015].
- 4- Suicidio en adolescentes sorprende y preocupa. [Internet]. CIENT8CHENTA 2012 diciembre 20. Disponible en:

http://180.com.uy/%2Farticulo%2F30648_Suicidio-en-adolescentes-sorprende-y-preoc [consulta: 25 dic 2013].
- 5- Uruguay tiene una de las mayores tasas de la región: 10% de los adolescentes intentó autoeliminarse. [Internet]. El País 2013 diciembre 20. Disponible en: www.elpais.com.uy/información/adolescentes-autoeliminarsemp.html [consulta: 25 dic 2013].
- 6- Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, Duran M. Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Montevideo: UR. CSIC; 2012. p. 120.
- 7- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Adolescencia y Juventud. Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay, 2009: primer informe sobre la revisión de certificados de defunción. [Internet]. 2012. Disponible en:

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Suicidio%20en%20Adolescentes%20y%20Jóvenes%20de%2010%20a%2024%20años.%20Uruguay,%202009.pdf [consulta: 25 mar 2015].
- 8- Argentina. Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud. Suicidio. [Internet]. Disponible en:

- www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio
www.msa.gov.ar/index.php/component/content/article/48/215-suicidio [consulta: 25 dic 2013].
- 9- Kaplan H, Benjamin J. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta psiquiatría clínica. [Internet]. 2004. Disponible en: <http://es.slideshare.net/bahulasva/kapaln-ysadock> [consulta: 5 abr 2013].
 - 10- Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, Duran M. Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Op. Cit. p. 130.
 - 12- Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de estudio 1993. [Internet]. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/deptoeducacion/99-el-plan> [consulta: 14 dic 2015].
 - 13- 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: 14 abr 2015].
 - 14- Salud180. Adolescencia. [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.salud180.com/salud-z/adolescencia> [consulta: 14 abr 2013].
 - 15- Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. [s.d]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [consulta: 14 abr 2015].
 - 16- Universidad Rafael Landívar (Guatemala). Adicciones. [Internet]. [s.d]. http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/99/Archivos/adicciones_completo.pdf [consulta: 15 abr 2015]. p.1.
 - 17- Ibid. p. 2.
 - 18- Definición de. Definición de psicofármaco. [Internet]. 2008. Disponible en: <http://definicion.de/psicofarmaco/#ixzz3PU1yRfjM> [consulta: 15 abr 2015].
 - 19- Ilustrados. La adolescencia y sus etapas. [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/5912/adolescencia-etapas.html> [consulta: 14 abr 2015].
 - 20- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Guia%20de%20prevenci%C3%B3n%20y%20detecci%C3%B3n%20de%20factores%20de%20riesgo%20conductas%20suicidas.pdf>

20suicidas.pdf [consulta: 15 abr 2015].

21- Mentosana Cuerposano. Sustancias adictivas. [Internet]. 2007. Disponible en:
http://www.mentosanacuerposano.com/es_public/articles/attPub29_12933.asp [consulta: 15 abr 2015].

ANEXOS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

A.F: Antecedentes familiares.

A.P: Antecedentes personales.

ARP: Adulto referente protector.

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.

CAMCEL/IAMPP/FEMI: Centro de Asistencia Médica de Cerro Largo.
Institución de Asistencia Médica privada de Profesionales sin fines de lucro.
Federación Médica del Interior.

CATP: Comisión Asesora Técnica Permanente.

DIGESA: Dirección General de Salud Ambiental.

E.PSQ: Enfermedades psiquiátricas.

ESM: Equipo de salud mental

FA: Frecuencia absoluta.

FR: Frecuencia relativa.

FR%: Frecuencia relativa porcentual.

FRO-IAE: Ficha de registro obligatorio - IAE

FP: factores protectores

FR: Factores de riesgo.

IAE: Intento auto eliminación.

MI: Ministerio del Interior.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PNPS: Plan Nacional de Prevención del Suicidio.

PNSM: Programa Nacional de Salud Mental.

SNIS: Sistema Nacional Integrado de Salud.

UPS: Uso problemática de sustancias.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AÑO	2014							2015						
		FEB	MAR	ABR	MAYO JUNIO JULIO AGOSTO SET	OCT	NOV	DIC	FEB	MAR	ABR	MAY O	JUNI O	JULI O	AGO STO
CLASES DE ORIENTACIÓN DE TESIS CON DOCENTE DE LA CATEDRA															
SOLICITUD DE ACCESO A INFORMACIÓN A LOS PRESTADORES DE SALUD DEL MEDIO															
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA															
FORMULACIÓN PREGUNTA PROBLEMA															
DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO															
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO															
PROCESO Y ANÁLISIS DE DATOS															
DELIMITACIÓN DE CONCLUSIONES															
PRESENTACIÓN DE LA TESIS															
DEFENSA DE LA TESIS															

INSTRUMENTO PARA RECOLECCION DE DATOS					
FECHA DE IAE:			FECHA DE CONSULTA		
PRESTADOR DE SALUD:	PUBLICA				
	PRIVADA				
EDAD:					
SEXO:	MASCULINO		FEMENINO		
RESIDENCIA	MELO		F, MUERTO		
	R. BRANCO		TUPAMBAE		
	ACEGUA		OTROS		
	NOBLIA				
	STA. CLARA				
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:	ANALFABETO				
	PRIMARIA COMPLETA				
	PRIMARIA INCOMPLETA				
	SECUNDARIA COMPLETA				
	SECUNDARIA INCOMPLETA				
	TERCIARIO				
	OTROS				
	SIN DATOS				
COMPOSICION DEL NUCLEO FAMILIAR :			HOGAR CONSTITUIDO		
			PADRES SEPARADOS		
			PAREJA		
			HOGAR SUSTITUTO		
			OTROS		
			SE DESCONOCE		
OCUPACION:	ESTUDIA	SI		NO	
	TRABAJA	SI		NO	
	NO ESTUDIA/TRABAJA				
	SIN DATOS				
ANT.PERSONALES	FISIO-PATOLOGICOS	SI		NO	
	PSIQUIATRICOS	SI		NO	
ANT. FAMILIARES DE:	IAE	SI		NO	
	SUICIDIO	SI		NO	
	PAT PSIQUIATRICA	SI		NO	
	SIN DATOS				



Melo, 26 de marzo de 2014.

Directora del Centro de Salud de Cerro Largo.

Licenciada en Ciencias Sociales.

Sra. Karina Moura.

De nuestra mayor consideración:

Por la presente solicitamos a usted autorización para observar registros en Historias Clínicas de dicha Institución, con el fin de llevar a cabo una investigación estadística, requerida para la elaboración de nuestra Tesis final.

El tema de la misma fue dictaminado por el Prof. Adjunto Licenciado en Enfermería Sr. Sandro Hernández de la Cátedra de Salud del Niño y Adolescentes, sobre suicidio e IAE en niños y adolescentes de 10 a 19 años de edad en el periodo marzo 2013 a marzo 2014.

Las abajo firmantes, somos estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, Carrera de Licenciatura Modalidad Escalonada, Generación 2011.

Sin otro particular, la saludamos atentamente.

Estudiantes de Lic. De Enfermería:

Binagui Ribeiro Sylvia Gissel.

Gama Rodriguez Claudia Silvana. C.I.

Silva Dos Santos María Teresa.

Vidal Garay Yolanda Marcel.

PD:

Recibido 27/3/2014
A [Signature]

Lic. Ent. ALEJANDRA VAZQUEZ
ADJ. DIRECCION-RAP U.E. 080
A.S.S.E. - CERRO LARGO

Melo, 26 de marzo de 2014.

Director del Hospital Departamental de Cerro Largo.

Dr. Leandro Santos.

De nuestra mayor consideración:

Por la presente solicitamos a usted autorización para observar registros en Historias Clínicas de dicha Institución, con el fin de llevar a cabo una investigación estadística, requerida para la elaboración de nuestra Tesis final.

El tema de la misma fue dictaminado por el Prof. Adjunto Licenciado en Enfermería Sr. Sandro Hernández de la Cátedra de Salud del Niño y Adolescentes, sobre suicidio e IAE en niños y adolescentes de 10 a 19 años de edad en el periodo de marzo 2013 a marzo 2014.

Las abajo firmantes, somos estudiantes de la Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, Carrera de Licenciatura Modalidad Escalonada, Generación 2011.

Sin otro particular, lo saludamos atentamente.

Estudiantes de Lic. De Enfermería:

Binagui Ribeiro Sylvia Gissel. C. [Redacted] [Signature]

Gama Rodriguez Claudia Silvana. C.I. [Redacted] [Signature]

Silva Dos Santos Maria Teresa. C. [Redacted] [Signature]

Vidal Garay Yolanda Marcel. C.I. [Redacted] [Signature]

PD: [Redacted]

Hospital "Dr. Rincón Artigas"
Melo 26 / 3 / 14 / Hora 13:00
Entrada / Salida
Secretaria [Signature]

[Signature]
Lic. María Alejandra Paggiola Antúnez
Jefa de Registros Médicos
Hospital Dr. Rincón Artigas Yarcé
A.S.S.E. - U.E. 017

AutORIZADO

[Signature]
DR. LEANDRO SANTOS
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE CERRO LARGO U.E. 017





Melo, 26 de marzo de 2014.

Jefe del Departamento de Policía de Cerro Largo

Inspector Mayor

Sr. José Adán Olivera Morales

De nuestra mayor consideración:

Por la presente solicitamos a usted autorización para observar registros oficiales de dicha institución, con el fin de llevar a cabo una investigación estadística, requerida para la elaboración de nuestra Tesis final.

El tema de la misma fue dictaminado por el Prof. Adjunto Licenciado en Enfermería Sr. Sandro Hernandez de la Cátedra de Salud del Niño y Adolescentes, sobre suicidio e IAE en niños y adolescentes de 10 a 19 años de edad, en el periodo comprendido de marzo 2013 a marzo 2014.

Aseguramos a usted, que dicha información será manejada con carácter científico y total discreción.

Las abajo firmantes, somos estudiantes de la Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, Carrera de Licenciatura Modalidad Escalonada, Generación 2011

Sin otro particular, lo saludamos atentamente.

Estudiantes de Lic. De Enfermería:

Binagui Ribeiro Sylvia Gissel C. [Redacted]

Gama Rodriguez Claudia Silvana [Redacted] *Claudia Gama*

Silva Dos Santos Maria Teresa C. [Redacted] *Maria Teresa*

Vidal Garay Yolanda Marcel C. [Redacted] *Yolanda Vidal*

PD [Redacted]

C [Redacted]



26/03/14

Sylvia Gissel Binagui Ribeiro

LA FACULTAD DE ENFERMERIA
CARRERA DE LICENCIATURA MODALIDAD ESCALONADA
CERRO LARGO



Melo, 27 de marzo de 2014.

Coordinadora del Patronato de Cerro Largo.

Lic. En Psicología: Josefa Correa

De nuestra mayor consideración:

Por la presente solicitamos a usted, una entrevista personal para recibir asesoramiento e información sobre salud mental del departamento, para la elaboración de nuestra Tesis final.

El tema de la misma fue dictaminado por el Prof. Adjunto Licenciado en Enfermería Sr. Sandro Hernández de la Cátedra de Salud del Niño y Adolescentes, sobre suicidio e IAE en niños y adolescentes de 10 a 19 años de edad, en el periodo comprendido de marzo 2013 a marzo 2014.

Aseguramos a usted, que dicha información será manejada con carácter científico y total discreción.

Las abajo firmantes, somos estudiantes de la Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, Carrera de Licenciatura Modalidad Escalonada, Generación 2011.

Sin otro particular, lo saludamos atentamente.

Estudiantes de Lic. De Enfermería:

Binagui Ribeiro Sylvia Gissel. C.I. [Redacted] [Signature]

Gama Rodriguez Claudia Silvana. C.I. [Redacted] [Signature]

Silva Dos Santos María Teresa. C.I. [Redacted] [Signature]

Vidal Garay Yolanda Marcel. C.I. [Redacted] [Signature]

PD: [Redacted] C.I. [Redacted]
[Redacted] [Redacted]

[Signature]
Lic. Psic. Mo. JOSEFA CORREA
Coordinadora Patronato
Cerro Largo.



Cooperativa Asistencial Médica de Cerro Largo

José P. Varela 623 - Tel. 4642 8686 *
Administración y Policlínicas
La Rosa 576 - Tel. 4642 8686* - Fax: 4642 3620
e- mail: camcelfemi@femi.com.uy
MELO



Melo 26 de marzo de 2014

**Sras. Sylvia Binagui, Claudia Gama, Teresa Silva y Marcel Vidal.
Presente.**

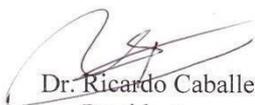
El Consejo Directivo de CAMCEL, en su reunión del día de la fecha recibió su solicitud.

La misma fue analizada y en virtud de la naturaleza de la misma este Consejo Directivo resolvió solicitar asesoramiento al Asesor Jurídico y a la Comisión de Bioética de la Institución, a fin de tomar resolución.

Es el espíritu de esta Directiva colaborar con el proceso de formación por ustedes emprendido pero en el marco del apego a las normas vigentes en la materia.

Sin otro particular y a la espera de los citados asesoramientos las saludan con la estima de siempre.


Dr. Antonio Fernández
Secretario


Dr. Ricardo Caballero
Presidente

JEFATURA DE POLICIA DE CERRO LARGO



Melo, 27 de Marzo de 2014

SUICIDIOS E INTENTOS DE SUICIDIOS AÑO 2013 Y 2014.-

AÑO 2013.-

SUICIDIO AÑO 2013: MES DE JULIO:1 DE 15 AÑOS.-
MES DE AGOSTO:1 DE 15 AÑOS.-

INTENTO DE SUICIDIO MES DE ENERO:1 DE 16 AÑOS.-
MES DE ABRIL:1 DE 13 AÑOS.-
MES DE OCTUBRE:1 DE 14 AÑOS Y OTRO DE 19 AÑOS.-
MES DE DICIEMBRE:1 DE 15 AÑOS.-

AÑO 2014.-

SUICIDIO AÑO 2014 MENORES DE 10 A 19 AÑOS NO HA HABIDO HASTA LA FECHA.-

INTENTO DE SUICIDIO MES DE ENERO: 1 DE 16 AÑOS.-✓

MES DE MARZO: 3 DE 14,17,18 AÑOS.-

Melo, 28 de Enero de 2015.

Sres. Integrantes de la Comisión de Bioética de CAMCEL IAMPP.

Presente.

Las abajo firmantes, estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UDELAR, habiendo finalizado los Cursos curriculares estamos abocadas a la realización de nuestra Tesis final.

El tema que nos adjudicaron refiere a Intento de Auto Eliminación en adolescentes entre 10 y 18 años en el periodo marzo de 2013 a marzo de 2014 en el Departamento de Cerro Largo.

Solicitamos a la Comisión Directiva de CAMCEL IAMPP autorización para acceder a las Historias Clínicas de pacientes con esa patología a los efectos de recabar valiosa información para nuestro trabajo, con el compromiso de mantener la más absoluta reserva sobre los mismos.

Las variables de datos a recabar son AP, AF, fecha de consulta, edad, sexo, ocupación, nivel de instrucción, localidad (urbano o sub urbano) y método utilizado para el IAE.

La Comisión Directiva con fecha 26 de marzo de 2014 refiere solicitara asesoramiento a esa Comisión de Bioética; habiendo transcurrido 10 meses sin obtener respuesta es que nos dirigimos a ustedes solicitando la misma.

Sin otro particular les saludan atentamente,

Estudiantes de Lic. De Enfermería

Binagui Ribeiro Sylvia Gissel C.I. [Redacted] [Signature]

Gama Rodríguez Claudia Silvana C.I. [Redacted] [Signature]

Siva Dos Santos Maria Teresa C.I. [Redacted] [Signature]

Vidal Garay Yolanda Marcel C.I. [Redacted] [Signature]

Melo, 4/03/2015

Señores miembros de la Comisión Directiva de CAMCEL

De nuestra consideración:

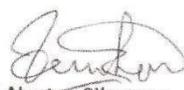
Los abajo firmantes, en nombre del Comité de Bioética Asistencial de CAMCEL, dada la recepción de una nota de fecha 28/01/2015 de un grupo de estudiantes de Enfermería Universitaria solicitando acceso a HC de la Institución para preparar su tesis final, tema que fuera asignado por sus profesores.

Es posición de este Comité, que frente a estudios con fines de docencia o investigación (profesor Beca, 2008), con las reservas exigibles de nombres y direcciones, o exposición de cualquier otro dato que revele la identificación del paciente, no generan conflictos en el área de la bioética.

Además, si algunas de las interesadas en el estudio fueran funcionarias de CAMCEL, están necesariamente involucradas en el secreto médico que abarca a todo el equipo de salud.

De todas formas no es competencia de este Comité la autorización a lo solicitado por lo que se eleva esta recomendación a la C.D. a los efectos que crea convenientes.

Salúdalos atentamente, por CEA-CAMCEL


Prof. Nestor Silvestre


Prof. Roberto Cabrera


Dra. María Bancalari

CD. 10/3/2015 -

Se Resuelve poner copia a los Interesados

JOSÉ LUIS SILVERA
Presidente de la Comisión Directiva
CAMCEL IAMPP

MAIL RECIBIDO POR LA COMPAÑERA MARCEL VIDAL:

El día 3 de marzo se reunió el COMITÉ DE BIOETICA de CAMCEL, se consideró nota recibida de estudiantes de Licenciatura en Enfermería de

UDELAR, se asesoró a la comisión directiva de la institución que es quien tomara la decisión.

Por COMITÉ DE BIOETICA de CAMCEL

--

Lic. en Nut. Ethel Silvera

POLICLÍNICAS De centros Poblados

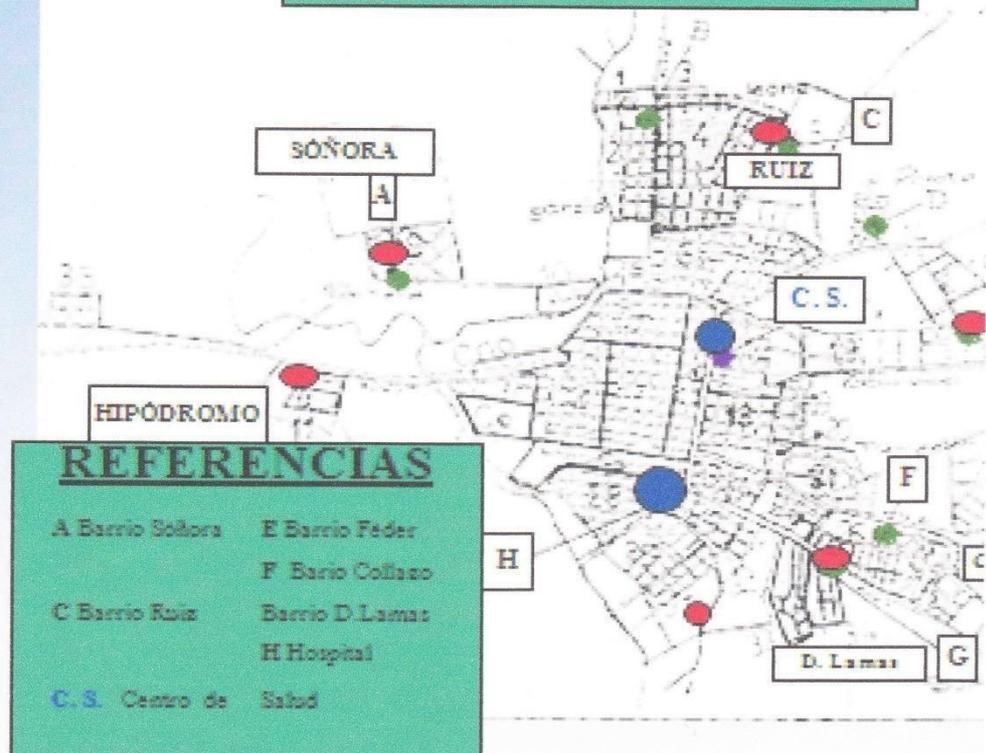
CERRO LARGO

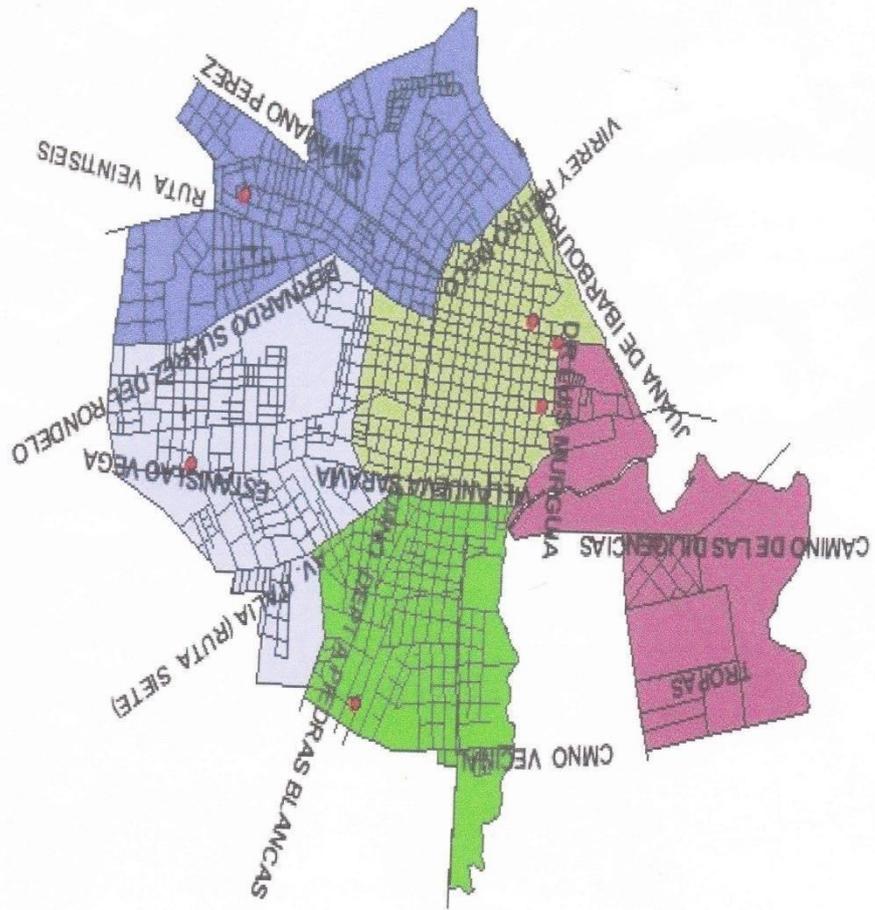
⊙ Centros poblados

● Policlinicas
Rurales



POLICLÍNICAS PERIFÉRICAS PRIORIZADAS de Melo





UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOTECA

Constancia de Tutoría

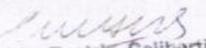
Montevideo,

Por la presente el Departamento de Documentación y Biblioteca de la Facultad de Enfermería, de la Universidad de la República, deja constancia que:

Estudiante: Ms. Tatiana Silva dos Santos CI
Estudiante: Claudia Gama CI
Estudiante: Yolanda Marcel Vidal Gama CI
Estudiante: Sylvia Rosa CI
Estudiante: CI

Título del trabajo:

asistieron regularmente a esta dependencia durante el mes de, del corriente año, cumpliendo con las instancias necesarias de capacitación sobre los aspectos formales de presentación del trabajo final de investigación, así como la corrección de citas bibliográficas, a cargo del personal de Biblioteca de esta Institución.


Lic. Beatriz Celiberti
Directora de Biblioteca
Facultad de Enfermería

Directora de Departamento de Documentación y Biblioteca