



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
CENTRO UNIVERSITARIO REGIONAL DEL ESTE
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO SALUD DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE**

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE CON AL MENOS UN EVENTO DE INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN EN UN CENTRO DE ATENCIÓN PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE ROCHA 2017 2018

Autores:

Br. Benencio, Andrea
Br. Bruno, Florencia
Br. Furtado, Rosario
Br. Soledad, Gonzalez
Br. Larrosa, Catheryn
Br. Noguera, Silvana

Tutor:

Prof. Agdo. Esp. Lic. Sandro Hernández

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

Rocha, 2018

Agradecimientos

Se agradece a nuestro tutor por la orientación brindada. También es importante mencionar la buena disposición de los funcionarios, la dirección de ASSE del departamento de Rocha. Al personal de archivo de la institución, que nos permitieron acceder a la información para esta investigación. A Directora Regional de Biblioteca Inés Islas, que nos brindo su apoyo incondicional.

Cabe destacar el apoyo de familiares y amigos por estar siempre a nuestro lado en todos estos años y confiar en nosotros.

Tabla de contenido

| | |
|----------------------------|----|
| Resumen | 1 |
| Introducción | 2 |
| Pregunta Problema | 3 |
| Objetivos | 3 |
| Fundamentación | 4 |
| Antecedentes | 6 |
| Marco Conceptual | 9 |
| Diseño Metodológico | 14 |
| Variables | 15 |
| Resultados | 17 |
| Análisis | 25 |
| Conclusiones | 28 |
| Sugerencias | 29 |
| Referencias Bibliográficas | 30 |
| Bibliografía | 32 |
| Anexos | 33 |

Resumen

El siguiente trabajo fue realizado por seis estudiantes de Licenciatura en Enfermería, Generación 2014 de la Universidad de la República Oriental del Uruguay, como trabajo final de investigación.

La Investigación, se llevó a cabo en el Departamento de Rocha, siendo de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo.

La población de estudio estará dada por Adolescentes de Rocha con al menos un intento de autoeliminación diagnosticada en el periodo comprendido desde el 1 de enero del 2017 al 31 de marzo del 2018.

Se utilizaron las Historias Clínicas como fuente de información, a fin de conocer su distribución con relación a las variables socioeconómicas y demográficas para obtener un perfil de dichos usuarios.

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 Estadística en el año 2011.

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos y su sistematización es una ficha elaborada por el equipo de investigación.

Introducción

El presente trabajo final de investigación fue realizado por seis estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, pertenecientes a la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Sede Rocha, adhiriéndose a una línea de investigación correspondiente a la Cátedra Salud del niño, niña y adolescente. El problema de estudio fue caracterizar a la población adolescente con Intentos de Autoeliminación (IAE) en el Departamento de Rocha en el período comprendido desde el 1 de enero 2017 al 31 marzo 2018.

El estudio realizado fue de tipo descriptivo transversal cuya población de estudio estuvo comprendida por 67 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, época del año en que realizó el intento, factores desencadenantes, antecedentes familiares, antecedentes personales, ideación suicida, 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.

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.

Área de estudio: Salud Adolescente.

Tema: Intento de Autoeliminación en adolescentes.

Pregunta Problema:

¿Cuáles son las características que presentan los adolescentes con Intentos de Autoeliminación en el Departamento de Rocha en el período comprendido desde el 1 de enero del 2017 al 31 de marzo 2018, en el departamento de Rocha?

Objetivo General:

Caracterizar a la población adolescente con al menos un evento de Intento de Autoeliminación en Institución pública en el departamento de Rocha.

Objetivos Específicos:

- Conocer antecedentes familiares de estudio de intento de autoeliminación.
- Determinar la época del año con más alto índice de adolescentes que presentaron IAE en relación con el sexo/ edad y el número de reiteraciones.
- Identificar métodos empleados y sexo predominante.

Fundamentación

Estadísticamente cerca de 800 000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo, afectando así a familias y países donde tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, siendo este en 2015 la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2015, más del 78% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

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

En la actualidad, unos pocos países han incluido la prevención del suicidio entre sus prioridades sanitarias, y sólo 28 países han notificado que cuentan con una estrategia nacional de prevención del suicidio.

Uruguay cuenta con una población actual de 3.462.967 según el censo de 2011, 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.

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 19 años.

En el interior del país los Departamentos con mayor índice de Suicidio fueron Región Norte Salto, Región Este Rocha, Región Suroeste Colonia y Montevideo.

El método más utilizado para quitarse la vida fue el ahorcamiento (54%), seguido del disparo con arma de fuego (32%) y los envenenamientos (4%). (Estudio de la OMS difundido en el año 2007).

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, el provocar conflictos y llevar al adolescente a desarrollar conductas de riesgo como: delincuencia, deserción escolar, drogadicción, alcoholismo, promiscuidad sexual, embarazo temprano y en el peor de los casos, el suicidio” (Wicks e Isarael, 1997).

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.

Antecedentes

A nivel Internacional anualmente, el suicidio alcanza índices de 16 muertes de cada 100.000 habitantes, es decir una muerte cada 40 segundos.

Epidemiológicamente ésta entre las 10 causas de muertes en el mundo y entre las tres principales en jóvenes comprendidos entre 15 y 34 años. En los últimos 45 años el suicidio se incrementa un 60% en todo el mundo. El mayor problema que se ha identificado frente a esta situación es la falta de conciencia en relación con las conductas auto y heteroagresivas que se presentan en muchas sociedades al no discutirse abiertamente este tema. Son pocos los países que han implementado programas preventivos de suicidio e IAE con carácter prioritario.

Las tasas de Suicidios e IAE están relacionadas entre sí ya que por ejemplo de los individuos que intentaron suicidarse entre 15 y 25% se matarán al año siguiente y un 10% lo conseguirán en los próximos 10 años, de los individuos que se suicidan entre 45 y 70% presentaban trastornos del humor y la mitad de ellos ya lo habrán intentado con anterioridad. (Bailador P, Viscardi N, Dajas F, 1997).

Varias son las investigaciones que se han realizado en Uruguay referente al suicidio y los IAE. Estos últimos se han convertido en una problemática a nivel mundial que requiere ser investigada, pudiendo adoptar alguna medida de prevención.

Es por este motivo que se insiste en seguir abriendo espacios para la discusión de ideas, intentando contribuir desde diferentes aportes para la búsqueda de posibles soluciones a este fenómeno, el cual hoy en día afecta mundialmente a la población, principalmente a la población adolescente.

En Uruguay un estudio publicado en 1990 caracteriza la conducta suicida en la población de la siguiente manera: predominio del sexo masculino en edades altas de la vida. Sin embargo, los IAE presentan un comportamiento contrario, es decir, predominio en sexo femenino y joven, básicamente en población adolescente. (Dajas F, 1994).

Según algunos datos brindados por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) en cada uno de los suicidios es posible que existan entre 10 a 40 IAE, siendo este último el principal predictor del suicidio. Uruguay no escapa a ello, ya que la cifra es de 17 por cada 100.000 habitantes, una de las más altas de Sudamérica (Garay y Vázquez, 2010).

También se visualizó como el sentimiento de tristeza es uno de los principales motivos que conduce a la autolesión, además de la existencia de emociones como la angustia y la ansiedad. Las lesiones mayormente encontradas refieren a la piel, a los golpes, a la superficie. Además, se pudo observar como la gran cantidad de estos adolescentes no buscan ayuda ante los comportamientos auto lesivo. (Rospigliossi, 2010).

Inzunza et al. (2012) y Collado et al. (2014) pudieron demostrar en sus investigaciones que la edad con mayor incremento de intentos suicidas son los 15 años y detectaron que hay un mayor intento de suicidios en mujeres, siendo la ingesta de fármacos el medio por el que más adolescentes han pretendido auto eliminarse.

Existen diversos factores que han aumentado la gravedad del intento a lo largo del tiempo: la violencia familiar, el alcohol, las drogas, la depresión entre todos. En cuanto a la depresión en los adolescentes, se ha visto que se caracterizan por sentimientos de apatía, pérdida de autoestima, y un nulo interés por las actividades comunes, siendo la familia, la que por lo general influye en el desarrollo, en el curso y en la intensidad de la depresión (Collado et al,2014).

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.

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.”

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.

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».

Concepto de Adolescencia

La OMS 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.

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.

Factores

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

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 alcanza 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.

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.

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.

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio: descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Población de estudio: adolescentes (10 a 19 años) con un IAE del Hospital de Rocha.

Criterio de Inclusión:

Adolescentes de 10 a 19 años que hayan sido atendidos en el Hospital de Rocha con al menos un evento de IAE.

Contar con Autorización Institucional para el estudio de su Historia Clínica en el período comprendido entre el 1 de enero del 2017 al 31 de marzo del año 2018, en el sector público.

Criterios de exclusión: Serán excluidos todos aquellos que no cumplan los criterios de inclusión.

Instrumento, Plan de Análisis y Proceso:

Se elaboró una ficha para la sistematización de la información cuya fuente fueron las historias clínicas. (Ver anexo) Se enviaron cartas solicitando autorización al Hospital Institución pública de atención a la salud y a su vez al Departamento de Salud Mental, una vez autorizada nos dirigimos al Departamento de Salud Mental 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, seleccionando diagnósticos de IAE de la población de estudio y luego se utilizó el instrumento en Historias Clínicas, Se tomaron en cuenta todos los aspectos éticos en el proceso de investigación. La información se presenta en tablas, cuadros y gráficas, hallando medidas de tendencia central.

Variable de Estudio

| 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 personales. | Diferentes patologías, modo de vida y características del individuo | Cualitativa nominal | -Patología psiquiátrica. -Enfermedad crónica. -Tratamiento |

| | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------|---|
| | | | farmacológico. |
| Adicción a Drogas | Dependencia de sustancias psicoactivas natural o sintética, que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del normal funcionamiento del sistema nervioso central. | Cualitativa nominal | -Alcohol -Pasta base -Cocaína -Marihuana |
| 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, primavera. |
| Episodios Previos de IAE | 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 con el fin de quitarse la vida. | Cualitativa Nominal | -Síndrome pre suicidio. Plan suicida -Ratificación – Rectificación |
| Atención terapéutica | Proceso de apoyo, seguimiento, monitoreo que permite evaluar el progreso de tratamientos farmacológico y psicológico del usuario. | Cualitativa Nominal | Seguimiento psiquiátrico Seguimiento psicoterapéutico. Sin seguimiento o controles. |

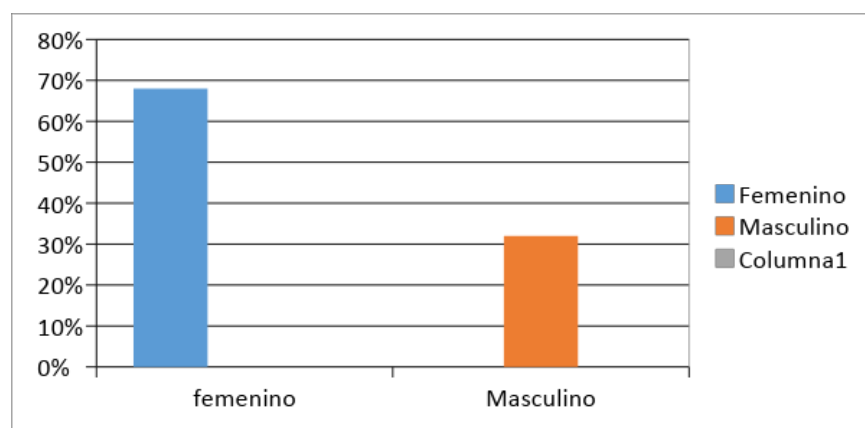
Resultados Prevalencia del intento del suicida.

Tabla 1. Distribución de la población según Sexo.

| Sexo | FA | FR | FR% |
|-----------|----|------|------|
| Femenino | 46 | 0.68 | 68% |
| Masculino | 21 | 0.32 | 32% |
| Total | 67 | 1 | 100% |

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

Gráfica 1- Según Sexo.



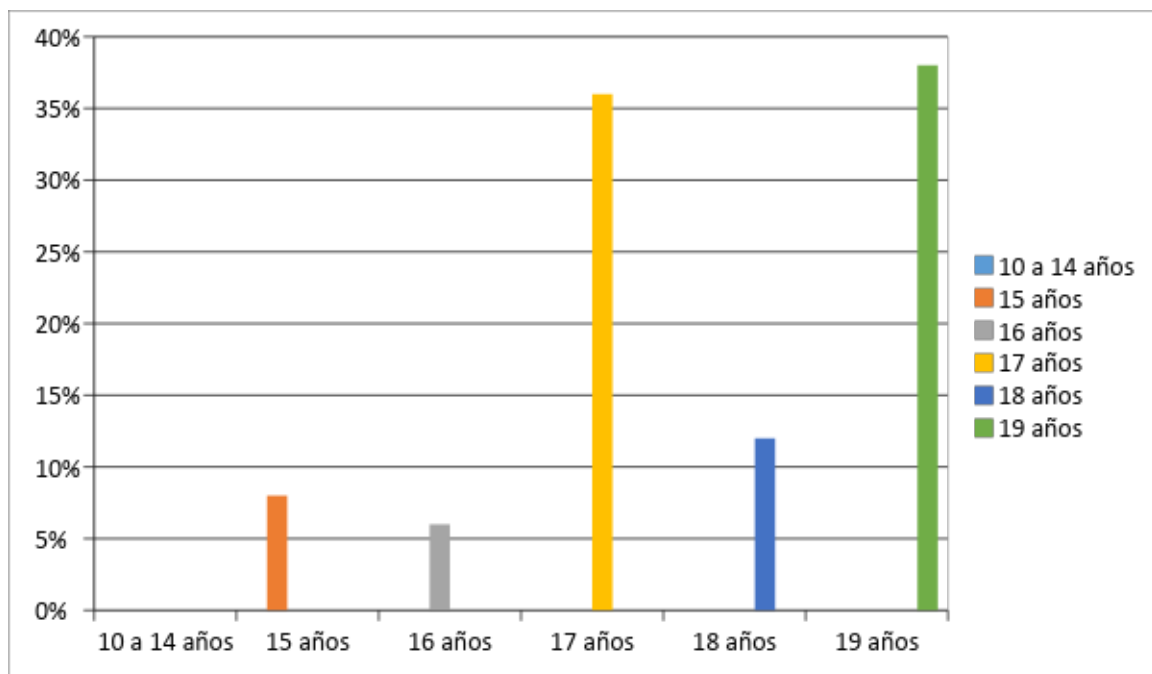
Referente a los sexos de adolescentes predomina el sexo femenino con un 68% y el sexo masculino con un 32%.

Tabla 2 - Distribución de la población según edad.

| Edad | FA | FR | FR% | FAA |
|--------------|----|------|------|-----|
| 10 a 14 años | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15 años | 6 | 0.08 | 8% | 6 |
| 16 años | 4 | 0.06 | 6% | 10 |
| 17 años | 23 | 0.36 | 36% | 33 |
| 18 años | 8 | 0.12 | 12% | 41 |
| 19 años | 26 | 0.38 | 38% | 67 |
| total | 67 | 1 | 100% | |

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

Gráfica 2- Distribución según edad.



Referente a la edad de los adolescentes se encontró que entre los de 10,14 años no se registró ningún caso en el período estudiado, un 8% a los de 15 años, un 6 % a los de 16 años, un 36% a los de 17 años, un 12 % a los de 18 años y un 38% a los adolescentes de 19 años.

Medidas de la tendencia central de la variable edad.

Cálculos estadísticos de moda, media y mediana para la variable edad

Moda (Mo)= 19 años.

Mediana (Me) =17,5 años

15,15,15,15,15,15,16,16,16,16,16,17,18,18,18,18,18,18,18,18,18,19.

Media) =~ 17,6 Promedio.

Tabla 3- Distribución de la población según nivel de instrucción.

| Nivel de Instrucción | FA | FR | FR% |
|-----------------------|----|------|------|
| Primaria Completa | 20 | 0.29 | 30% |
| Primaria Incompleta | 11 | 0.16 | 17% |
| Secundaria Completa | 19 | 0.28 | 28% |
| Secundaria Incompleta | 17 | 0.25 | 25% |
| Total | 67 | | 100% |

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.

Gráfica 3 - Distribución de la población según Nivel de Instrucción.

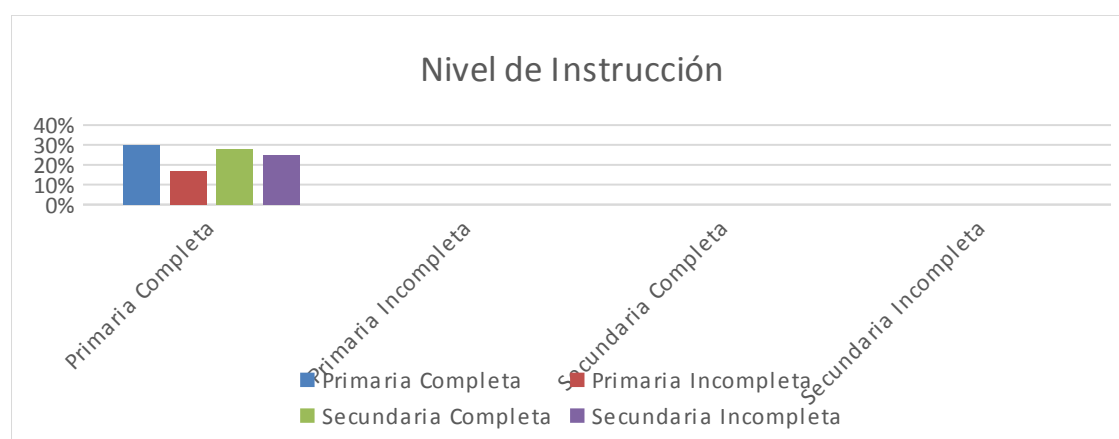


Tabla 4 - Distribución de la población según antecedentes personales.

| Antecedentes Personales | FA | FR | FR% |
|---|-----------|----------|-------------|
| Patologías Psiquiátricas | 28 | 0.42 | 42% |
| Trastornos mentales - Depresión - Esquizofrenia | 9 | 0.14 | 14% |
| Tratamientos farmacológicos | 24 | 0.36 | 36% |
| Otros a destacar | 6 | 0.08 | 8% |
| Total | 67 | 1 | 100% |

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 un 42%, tratamientos farmacológicos un 36%, enfermedades crónicas 14% e igual en otros a destacar con 8%.

Gráfica 4 - Distribución de la población según antecedentes personales

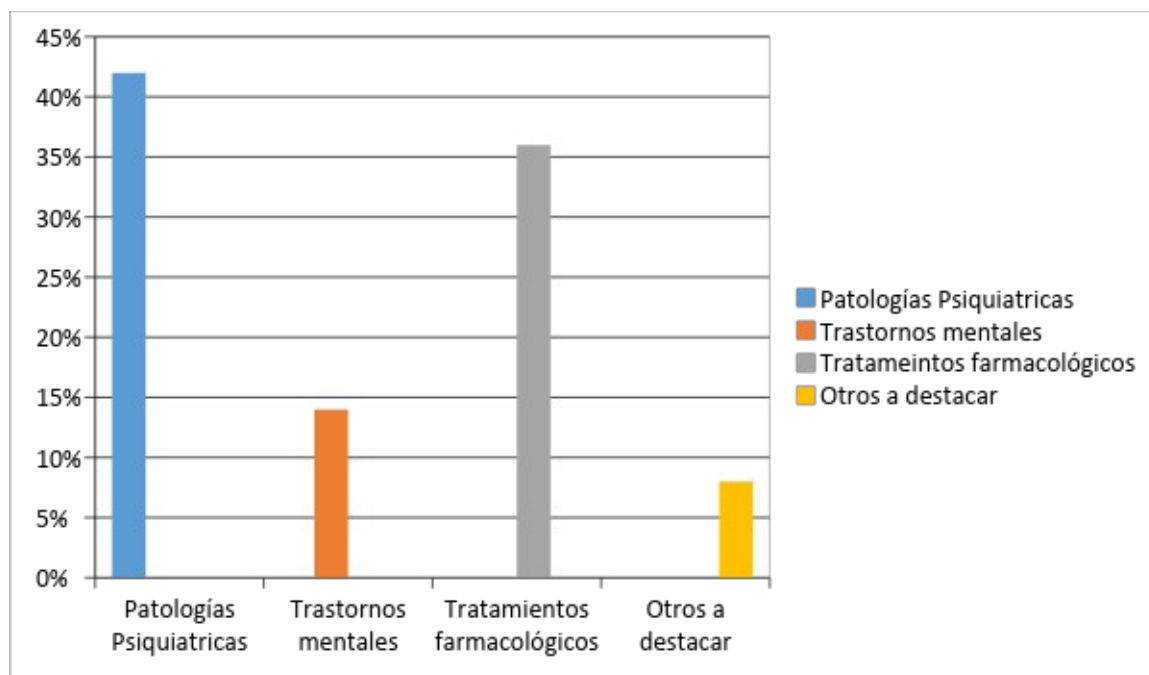


Tabla 5- Distribución de la población según consumo problemático de sustancias.

| Consumo Problemático de sustancias | FA | FR | FR% |
|------------------------------------|----|------|------|
| Alcoholismo | 42 | 0.64 | 64% |
| Pasta Base | 0 | 0 | 0 |
| Cocaína | 2 | 0.02 | 2% |
| Marihuana | 12 | 0.17 | 17% |
| Otros | 0 | 0 | 0 |
| Se Desconoce | 11 | 0.16 | 16% |
| Total | 67 | 1 | 100% |

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

Se puede observar la prevalencia 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 comúnmente mayores problemas conductuales relacionadas con el presente estudio como el tabaco.

Gráfica 5 –Distribución de la población según consumo problemático de sustancias.

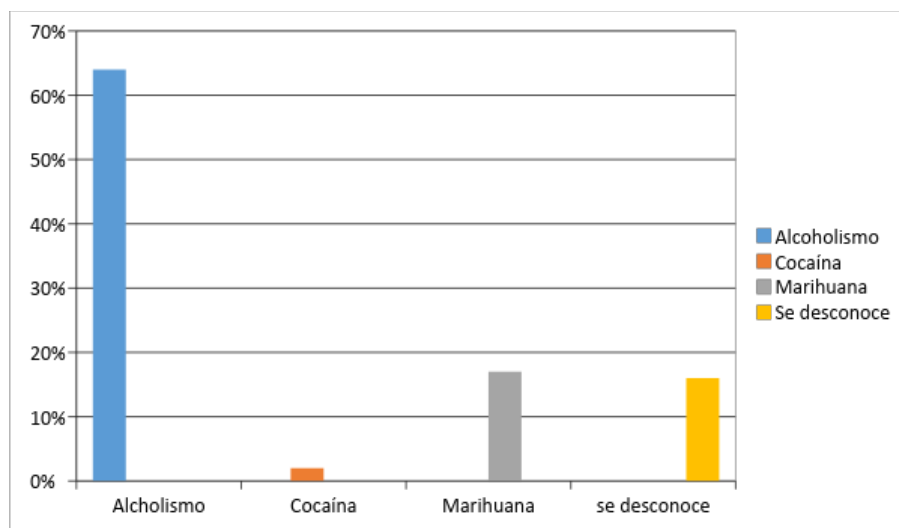


Tabla 6- Distribución de la población según método empleado.

| Método Empleado | FA | FR | FR% |
|-------------------------------|-----------|----------|-------------|
| Ahorcamiento | 2 | 0.02 | 2% |
| Ingesta de fármacos | 58 | 0.88 | 88% |
| Ingesta de sustancias Tóxicas | 1 | 0.01 | 1% |
| Herida de arma Blanca | 0 | 0 | 0 |
| Herida de arma de fuego | 1 | 0.01 | 1% |
| Precipitación | 4 | 0.06 | 6% |
| Inmersión | 0 | 0 | 0 |
| Otros métodos | 1 | 0.01 | 1% |
| Total | 67 | 1 | 100% |

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.

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

Grafica 6 - según método empleado.

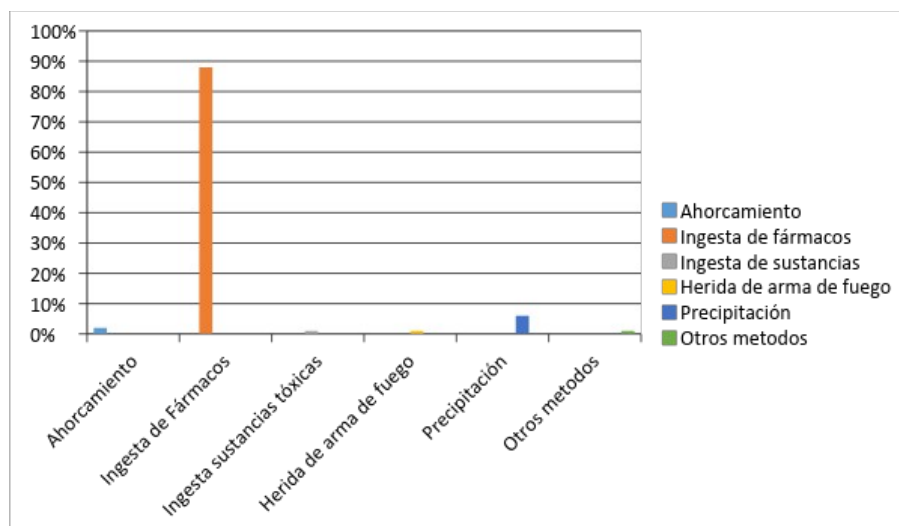


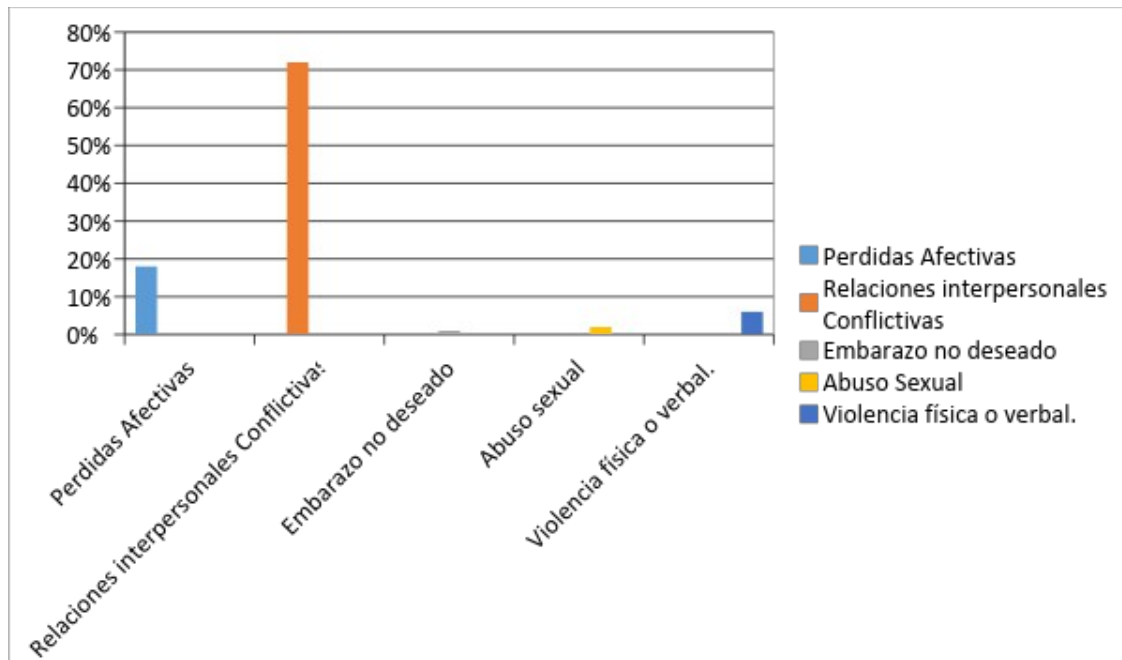
Tabla 7 -Distribución de la población según factores desencadenantes

| Factores desencadenantes | FA | FR | FR% |
|---|-----------|----------|-------------|
| Perdidas Afectivas | 12 | 0.18 | 18% |
| Relaciones interpersonales Conflictivas | 48 | 0.72 | 72% |
| Bajo rendimiento escolar | 0 | 0 | 0 |
| Embarazo no deseado | 1 | 0.01 | 1% |
| Abuso sexual | 2 | 0.02 | 2% |
| Violencia física o verbal | 4 | 0.06 | 6% |
| Otros | 0 | 0 | 0 |
| Total | 67 | 1 | 100% |

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

El factor desencadenante de mayor porcentaje para el intento de auto eliminación 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.

Gráfica 7 - Según factores desencadenantes.



Análisis

Dada la importancia de la problemática, la presente tesis, tuvo como objetivos caracterizar a la población adolescente con al menos un evento de intento de autoeliminación en la población de estudio, según variables sociales y demográficas.

La recolección de datos se llevó a cabo en el Departamento de Rocha en la institución pública, el periodo de estudio abarco desde el 1 de enero del 2017 al 31 de marzo del 2018.

Con la finalidad de conocer los factores que se asocian a dicha conducta.

Se pudo identificar algunas bases para la planeación e implementación de medidas de intervención y prevención en la compleja conducta suicida que afecta a la población adolescente. Al analizar los datos obtenidos mediante la caracterización, la misma reporta que la prevalencia de intento suicida en adolescentes del Departamento de Rocha, es de 67 adolescentes el (100%).

En relación al sexo el 68% predomina femenino, y él 32% masculino, Al igual que en la investigación realizada por Dajas F. 1990 se mantiene el predominio del sexo femenino en cuanto a intentos.

En cuanto a la edad de adolescentes 67 usuarios 100(%) corresponden a la edad de 15 años un (8%), 16 años un (6%) 17 años un (36%), 18 años un (12%) y predomina un (38%) con 19 años. 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 34%), una mediana de 17.5 una media de 17.6 visualizándose en esta investigación que las edades con mayor incremento de intentos son los 17 y 19 años, esto se puede comparar con la investigación de (collado et al 2014) la cual demuestra que la franja de edad sigue siendo la misma en 4 años.

En relación a factores de riesgos, los intentos previos de autoeliminación predominan un 10% con un intento, un 37% con más de dos intentos. Observamos en fichas de Historia Clínica predominan trastornos mentales un (14%) con depresión y esquizofrenia. Al igual que la investigación (rospigliossi,2010) donde manifiesta que el sentimiento de tristeza es uno de los factores por el cual el

adolescente tiene un desequilibrio emocional llevándolo así al IAE , obteniendo como resultado una gran problemática donde los mismos no buscan ayuda ante los comportamientos auto lesivos dando como resultado el aumento de suicidio adolescente.

Con respecto al método utilizado por Adolescentes, un 2% fueron por ahorcamiento, un 88% por Consumo farmacológico, un 1% por ingesta de sustancias tóxicas, y un 6% con precipitación. Estos resultados se logra contrastar con las investigaciones nombradas anteriormente como antecedentes, que las tasas de suicidios están relacionadas entre si, ya que existe un alto porcentaje de individuos que cometieron IAE y así consiguiendo el resultado que sería el suicidio. (Bailador P, Viscardi, 1997)

Con relación a ocupación en adolescentes la mayoría se encuentran desocupados.

Las Adolescentes mujeres utilizaron mayormente para el intento suicida la ingesta de fármaco, seguido por semi ahorcamiento. El hombre también uso más la ingesta de fármacos, seguido por el uso de arma blanca, mostrando una intencionalidad más agresiva.

Estos resultados e mantienen si comparamos con las investigaciones ya mencionadas de (Inzunza 2012) debido a que se mantiene la ingesta de fármacos como el método de intento más utilizado por el adolescente.

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 auto agresión, 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 de instrucción del adolescente corresponde a un grado de estudio que está de acuerdo con la edad, pero debemos destacar que también en este tipo de registro hay omisión importante en la historia clínica.

Con respecto al lugar en el que se realiza el intento sobre la base de la información recabada en esta investigación se observa que el total de la población estudiada, el 94% se desconoce el lugar del intento, lo que implica un registro incompleto del acto en lo que corresponde a lo anteriormente mencionado.

El sexo femenino ha realizado en mayor porcentaje los intentos en primavera, seguido por el verano, en menor medida otoño e invierno, mientras que el masculino ha sido en verano.

Las razones para intentar quitarse la vida, fueron las relaciones interpersonales conflictivas con un 72%, desconociendo con quienes fueron dichos conflictos, dado que en la historia clínica no se contó con esa información. El segundo factor fueron las pérdidas afectivas con un 18%. Siendo el tercero, la violencia física o verbal, 6%), adolescentes con embarazo no deseado un 1%, abuso sexual 2%.

La presente investigación mostró que un 64% de adolescentes que presentaron Intento de autoeliminación consumen alcohol. Fuente de Dichas Historias Clínicas. Mientras que un 17% consumen drogas la misma marihuana la cual está legalizada en Uruguay, y un 2% consume Cocaína.

Los antecedentes familiares a la población estudiada corresponden la mayoría a patologías psiquiátricas. La historia familiar del suicidio es un factor de alto riesgo ya que los adolescentes tienden a copiar e imitar dichas conductas. Los adolescentes con intentos de suicidios en el periodo en estudio cuentan con antecedentes personales mayormente relacionados a enfermedades psiquiátricas un 42%, el 36% tiene tratamientos farmacológicos y el 14% trastornos mentales.

En cuanto a la constitución familiar de adolescentes se desconoce su constitución familiar por falta de registros en la fuente.

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. 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.

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. 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 por 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.

Referencias Bibliográficas

- Abal, A. Cheroni, A. Leopold, S. (2008) *Adolescencia e infracción: una aproximación a la construcción subjetiva*. p. 129. Recuperado de:
http://www.iesta.edu.uy/wp-content/uploads/2014/05/violencia_miedos_FESUR_05815.pdf
- Bailador, P., Viscardi, N., y Dajas, F. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Revista Médica Uruguaya*, 13(3) ,213-23. Recuperado de:
www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/1997v3/art7.pdf
- Capezzuto, B. (2011). *Salud mental, crisis psicopatología en el adulto*. UDELAR, Facultad de Enfermería. Recuperado de: <https://slideplayer.es/slide/1729518/>
- Collado, J., Collado, T., Collado, M., y Martínez, G. (2014). Intento suicida en adolescentes, un problema de salud en la comunidad. *Revista Cuba Investigación médica*, 33(1). Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol33_1_14/ibi08114.htm
- Garay, M; Vázquez, L. (2000). Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay de hoy. *Revista Uruguaya de Enfermería* 5(1): 19-27. Recuperado de:
http://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num9/9_art03_garay_vazquez.pdf
- Inzunza, C., Navia, F., Catalán, P., Breheme, C. y Ventura, T. (2012). Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general: Análisis descriptivo *Revista médica de Chile*, 1. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872012000600009
- Montalbán, A. (2004). El suicidio: la urgencia de un grave problema. *Revista Medica Uruguay*. Recuperado de:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v20n2/v20n2a01.pdf>

Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: un estado de bienestar*.

Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Rospigliosi, S (2010). *Auto-lesiones y factores asociados en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. (Tesis de grado). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado

de: <http://www.tesislatinoamericanas.info/index.php/record/view/48438>

Sampieri, R., Collado, C., y Lucio, P. (2006) *Metodología de la investigación* (4ta.ed.) México: Mcgrau-Hill.

Viscardi, N.; Hor, F.; Dajas, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay. *Revista Médica del Uruguay*, 10, 79-91. Recuperado de: <http://www.rmu.org.uy/revista/1994v2/art1.pdf>.

Bibliografía

Meliá S. *Enfermería en salud mental: conocimiento, desafíos y esperanzas*.

Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2005. Recuperado de:

https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/804860/mod_resource/content/1/Tercer%20Ciclo%20ModuloV.pdf

Meliá, S. (2006). Emergencias emocionales, abordaje interdisciplinario en el primer nivel de atención. *Revista uruguaya de enfermería* 1(2) Recuperado de:

<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/147>

Hernández, E. (2006). Como escribir una tesis. Escuela Nacional de Salud Pública.

Recuperado de:

http://biblioteca.ucv.cl/site/servicios/documentos/como_escribir_tesis.pdf

Hernández, R; Collado, C; Bartista, M (2014). *Metodología de la Investigación*. 6ta

Edición México Mc Graw Hill Recuperado de:

<http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Uruguay. Instituto Nacional de Estadísticas. (2011) *Características generales de la población*. Recuperado de:

<http://www.ine.gub.uy/censos2011/resultadosfinales/pais%20poblacion.html>

Universidad de la República. (Uruguay). Facultad de Enfermería. (1993) Plan de estudios. Recuperado de:

<https://www.fenf.edu.uy/?s=plan+de+estudios+1993&submit=Search>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública.(2018) *Estadísticas de mortalidad: cuadro de mortalidad por causa sexo edad 1992-2010*. Recuperado de:
<http://www.msp.gub.uy/publicación/estadísticas-de-mortalidad>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública.(2003) *Normas de atención integral de la salud de la adolescencia*. Recuperado de:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_abordaje_salud_adolescente__08_10%5B1%5D.pdf

Anexos

Anexo 1- RESULTADOS PREVALENCIA DEL INTENTO DEL SUICIDA

Tabla 8 - Distribución de la población según lugar del intento.

| Lugar del intento | FA | FR | FR% |
|-----------------------|----|------|------|
| Domicilio | 4 | 0.06 | 6% |
| Domicilio de un amigo | 0 | 0 | 0 |
| Vía Pública | 0 | 0 | 0 |
| Centro de estudios | 0 | 0 | 0 |
| Hogar de menores | 0 | 0 | 0 |
| Se desconoce | 63 | 0.94 | 94% |
| Total | 67 | 1 | 100% |

Fuente: Información obtenida de la historia clínica y 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 94% 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.

Gráfica 8 -Según lugar del intento.

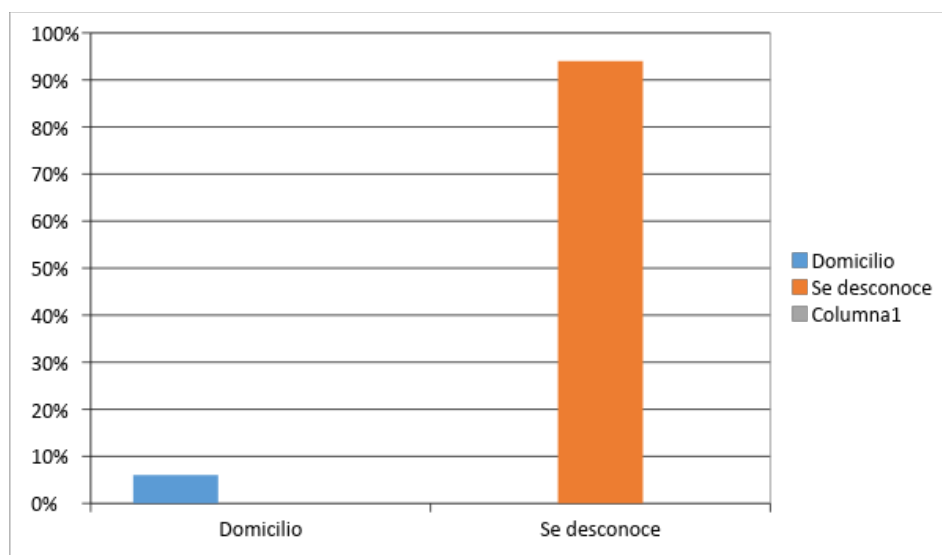


Tabla 9 - Distribución de la población según Época del año.

| Época del año | FA | FR | FR% |
|---------------|----|------|------|
| Verano | 36 | 0.53 | 53% |
| Otoño | 1 | 0.01 | 1% |
| Invierno | 8 | 0.12 | 12% |
| Primavera | 22 | 0.34 | 34% |
| Total | 67 | 1 | 100% |

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.

Gráfica 9 - Según Época del año

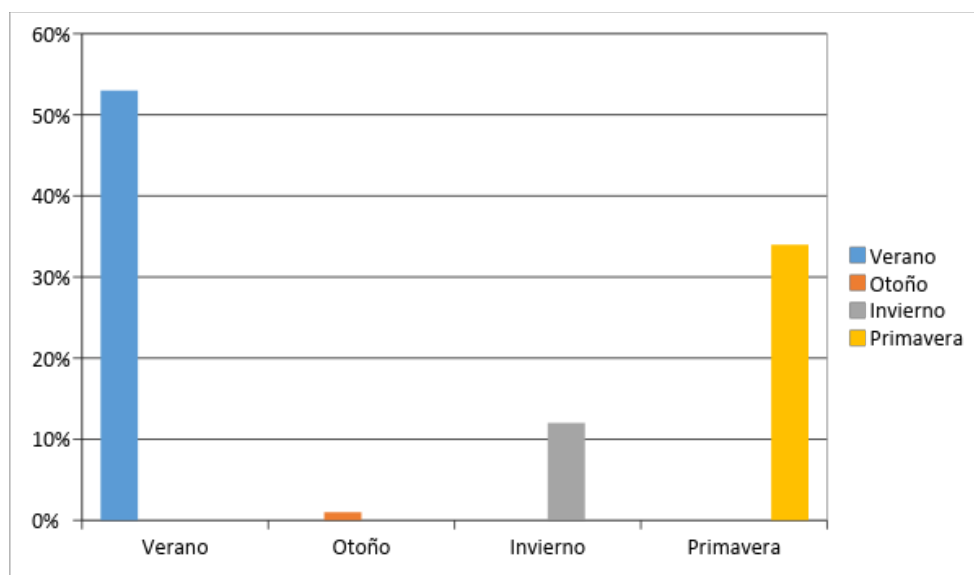


Tabla 10 – Distribución de la población según episodios previos.

| Número de episodios Previos | FA | FR | FR% |
|-----------------------------|----|------|------|
| Sin episodios | 36 | 0.53 | 53% |
| - 1 | 7 | 0.10 | 10% |
| - 2 | 0 | 0 | 0 |
| Más de 2 | 24 | 0.37 | 37% |
| Total | 67 | 1 | 100% |

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 10 %, el 53 % refieren no haber presentado intentos anteriores, el 37% de las mujeres afirma haber tenido más de 2 intentos previos.

Gráfica 10 -según episodios previos.

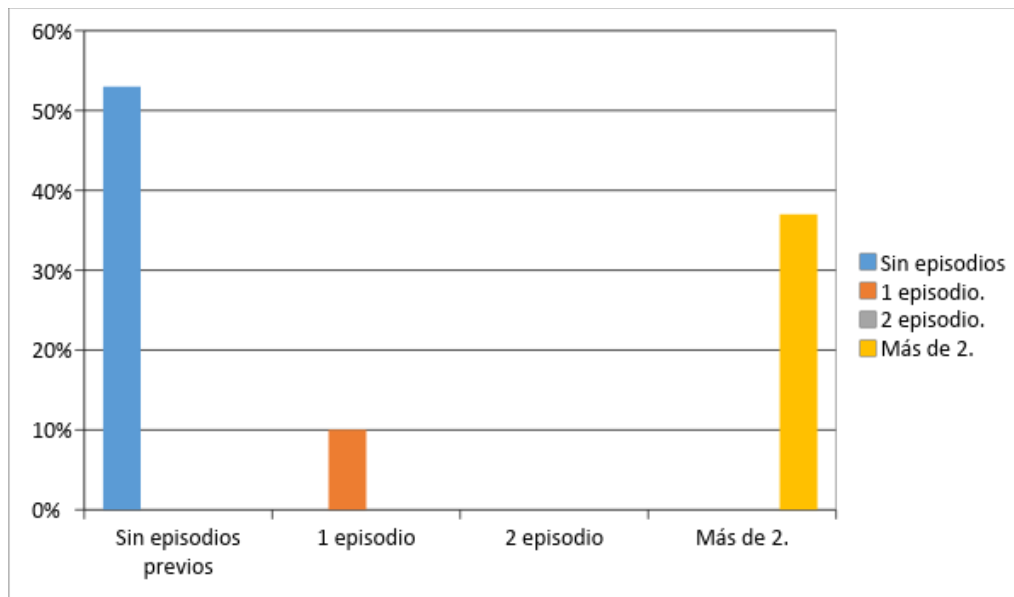
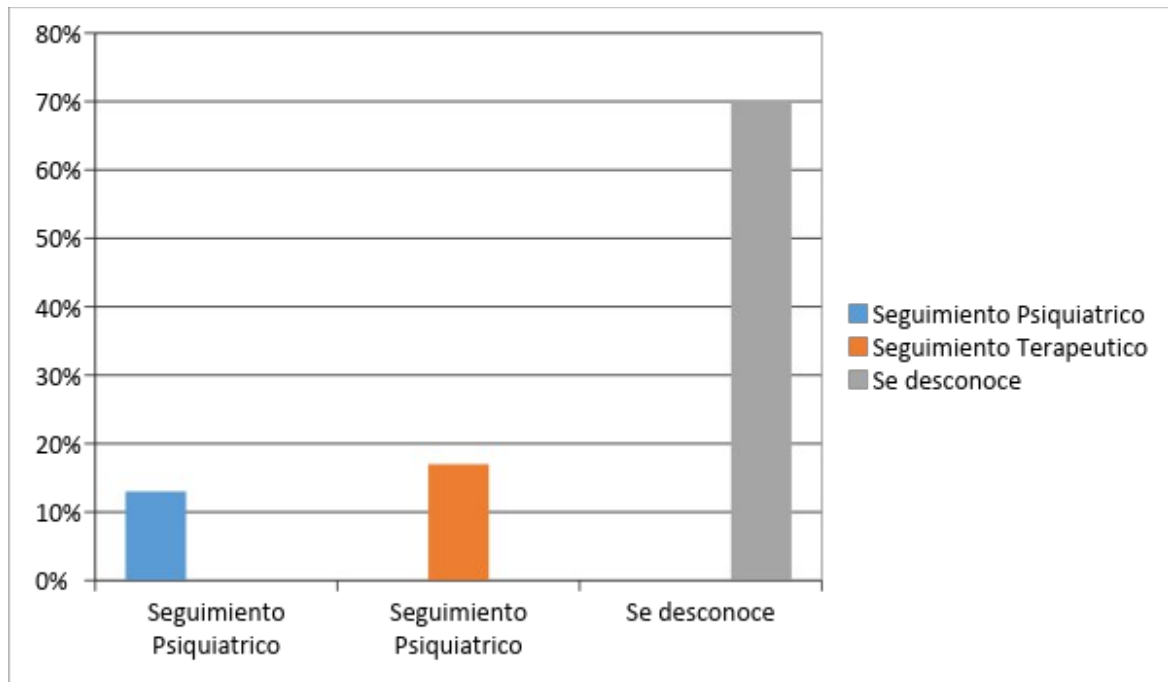


Tabla 11 - Distribución de la población según Salud Mental ASSE Departamento Rocha.

| Salud Mental Asse | FA | FR | FR% |
|--------------------------|-----------|----------|-------------|
| Seguimiento Psiquiátrico | 8 | 0.13 | 13% |
| Seguimiento Terapéutico | 12 | 0.17 | 17% |
| Se desconoce fuente | 47 | 0.70 | 70% |
| Total | 67 | 1 | 100% |

Gráfica 11 - Distribución de la población según Salud Mental ASSE Departamento Rocha.



Anexo 2- Patologías.

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.

Depresión

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 50 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 oxicodona. 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, benzodiazepinas, 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: 51 Sentimientos de mayor confianza y vigor, menos inhibición, insensibilidad local; estimulación potente del sistema nervioso central

Anfetaminas: Son estimulantes, muy adictivas. Estas recetadas 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, unas mayores variedades 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, benzodiazepinas, hidrato de cloral, paraldehído. Tabaco: Es una droga estimulante altamente adictiva que provoca dependencia, enfermedades y muerte. 52 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.

Anexo 3 – Instrumento.

Instrumento de recolección de datos Intento de Autoeliminación.

| Datos Personales | Mes | Año | Estado civil | Nivel de Instrucción |
|--|------------------------|--------------------|------------------------|----------------------|
| Nombre: | | | | |
| Edad: | | | | |
| Sexo: | | | | |
| Antecedentes Familiares | IAE | Suicidio | Patología Psiquiátrica | |
| Antecedentes Personales | Patología psiquiátrica | Enfermedad Crónica | | |
| Tratamiento Farmacológico: ¿Cuáles? | | | | |
| Números de IAE: | | | | |
| Lugar del Intento: | | | | |
| Domicilio | | | | |
| Domicilio de amigos | | | | |
| Vía pública | | | | |
| Centro de estudio | | | | |
| Comisaría | | | | |
| Hogar de menores | | | | |
| Otros: ¿Dónde? | | | | |
| Método Empleado: | | | | |
| Factores Desencadenantes | Si | No | | |
| | | | | |
| Abuso sexual | | | | |
| Perdidas Afectivas | | | | |
| Rel. interpersonales conflictivas | | | | |
| Bajo rendimiento escolar | | | | |

| | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|
| Embarazo no deseado | | | | |
| Violencia física o verbal | | | | |
| ¿Otros cuál? | | | | |
| ADICCIÓN A DROGAS | | | | |
| Alcohol | | | | |
| Pasta Base | | | | |
| Cocaína | | | | |
| Marihuana | | | | |
| Otros | | | | |
| Cuál? | | | | |
| NÚCLEO FAMILIAR | | | | |
| Persona a cargo: | | | | |
| Cuál? | | | | |

Tabla 6. Aspectos a recoger en la evaluación de un paciente con ideación y/o conducta suicidas

| | | |
|--|--|---|
| | DATOS PERSONALES | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Sexo - Edad | <ul style="list-style-type: none"> - País de origen - Grupo étnico | <ul style="list-style-type: none"> - Estado civil - Ocupación |
| FACTORES DE RIESGO | | FACTORES PROTECTORES |
| <ul style="list-style-type: none"> - Presencia de trastornos mentales - Intentos previos de suicidio - Desesperanza - Presencia de ideación suicida - Enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad - Historia familiar de suicidio - Presencia de eventos vitales estresantes - Factores sociales y ambientales - Antecedentes de suicidio en el entorno | | <ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de resolución de problemas - Confianza en uno mismo - Habilidades sociales - Flexibilidad cognitiva - Hijos - Calidad del apoyo familiar y social - Integración social - Religión, espiritualidad o valores positivos - Adopción de valores culturales y tradicionales - Tratamiento integral de la enfermedad física/mental |
| CARACTERÍSTICAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA | | CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO DE SUICIDIO |
| <ul style="list-style-type: none"> - Planificación - Evolución - Frecuencia - Valoración de la Intencionalidad y determinación | | <ul style="list-style-type: none"> - Desencadenantes - Valoración de la Intencionalidad - Letalidad de la conducta - Método <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicación medicamentosa • Intoxicación por otro producto químico • Daño físico - Actitud ante la conducta suicida actual - Medidas de evitación de rescate - Despedida en los días previos |
| EVALUACIÓN CLÍNICA | | TIPO DE CONDUCTA SUICIDA |
| <ul style="list-style-type: none"> - Alteración del nivel de conciencia - Afectación de la capacidad mental - Intoxicación por alcohol u otras drogas - Enfermedades mentales - Estado de ánimo - Planes de suicidio - Capacidad de otorgar un consentimiento informado - Necesidad de valoración por parte de especialista | | <ul style="list-style-type: none"> - Ideación suicida - Comunicación suicida - Conducta suicida |

Fuente: elaboración propia.

Anexo 4- Carta.

4 de Julio del 2018.

Patronato del psicópata

Encargado general de la sala de psiquiatría Rocha

Dr.: Walter Alonso

En la presente quienes suscriben se dirigen a usted con el fin de solicitar autorización para recabar datos para la realización de 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 Licenciado en Enfermería; Sandro Hernández y que se enmarca en las líneas de investigación de la Cátedra de la salud del Niño/a y Adolescente y el Ministerio de Salud Pública.

El objetivo de la misma es conocer Adolescentes entre 10 y 19 años con al menos un diagnóstico médico que presenten Intento de Autoeliminación, para ello requerimos de su autorización para recabar dichos datos de las historias clínicas de estos usuarios respetando los principios Éticos que rigen toda investigación cuyo objeto de estudio son personas, cuyos datos recabados serán de forma anónima (resguardo de datos, secreto profesional, principio de no maleficencia).

Datos requeridos de historia clínica, en el período comprendido 1 de enero 2017 al 31 marzo 2018.

Nombre, Apellido (Iniciales) Sexo, Edad, Domicilio, Estado Civil, Método Empleado de Intento de autoeliminación, Factores Desencadenantes del IAE, Ocupación, Adicción a Drogas, Nivel de Instrucción, Antecedentes Familiares, Antecedentes Personales.

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

Saludan Atentamente.