



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

**CARACTERIZACIÓN DE LOS
ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS,
CON INTENTO DE
AUTOELIMINACIÓN EN LA CIUDAD
DE BELLA UNIÓN, DURANTE EL
PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 1°
DE DICIEMBRE 2017 AL 30 DE
NOVIEMBRE DE 2018**

Autoras:

Bueno Silvia, Teresita
De los Santos, Nury Hiojanes
Fernandez, Yacqueline Yannet
López, Zulma Judith
Paiva, Giovanna

Tutores:

Prof. Agdo. Lic. Esp. Sandro Hernández
Prof. Adj. Lic. Carolayn Nassif

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

Montevideo, 2019

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a La Universidad de la República, a la Facultad de Enfermería por brindarnos la oportunidad de estudiar y adquirir conocimientos. Al Departamento salud del niño, niña y adolescente, y principalmente a nuestros tutores Prof. Agdo Lic. Esp. Sandro Hernández y Prof. Adj. Lic. Carolayn Nassif por su dedicación, paciencia y brindarnos sus orientaciones en este proceso de aprendizaje, con el fin de lograr un Trabajo Final de Investigación adecuado.

Agradecemos a la dirección del Hospital de Bella Unión que nos autorizó el uso de las de Historias Clínicas para la investigación y en particular al personal de Registros Médicos que nos ayudó de manera cordial en la búsqueda de las mismas.

Para finalizar nuestro agradecimiento a nuestras familias, compañeros y amigos que nos brindaron un importante apoyo e incentivo durante todo este tiempo.

INDICE

Introducción.....	Pág. 4
Planteamiento del problema.....	Pág. 6
Objetivos.....	Pág. 6
Antecedentes.....	Pág. 8
Fundamentación.....	Pág. 10
Marco Teórico.....	Pág. 12
Diseño Metodológico.....	Pág. 19
Resultados.....	Pág. 25
Análisis.....	Pág. 46
Conclusiones.....	Pág. 51
Sugerencias.....	Pág. 54
Bibliografía.....	Pág. 55
.	
Anexos.....	Pág. 57
1. Diagrama de Gantt	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Carta autorización	
4. Protocolo IAE – ASSE	

INTRODUCCIÓN

El siguiente informe fue elaborado por cinco estudiantes de la Carrera Escalonada de la Licenciatura en Enfermería, generación 2011, de Facultad de Enfermería, en el marco del Trabajo Final de Investigación (TFI), correspondiente al Departamento de salud del niño, niña y adolescente.

El mismo tiene como propósito principal caracterizar la población adolescente con Intento de Autoeliminación (IAE), atendidos en servicios de salud de ASSE de la ciudad de Bella Unión, en el departamento de Artigas. Partiendo de la necesidad de identificar características propias de la adolescencia, vinculadas a los intentos.

El número de suicidios y de IAE representan un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo, existiendo una tendencia al aumento del fenómeno a edades tempranas. En Uruguay las tasas de mortalidad por suicidio se ubican entre las más elevadas del continente, ascendiendo en el año 2015 a 18,55 muertes por cada 100.000 habitantes (MSP– UNFPA, 2015).

El diseño metodológico utilizado para esta investigación, fue de tipo descriptivo, cuantitativo de corte trasversal. La población de estudio estuvo conformada por 18 adolescentes, que ingresaron al servicio de emergencia del hospital de Bella Unión, en el período comprendido entre el 1 de Diciembre de 2017 al 30 de Noviembre de 2018. Cabe destacar que la fuente de obtención de la información fueron las historias clínicas de dichos adolescentes. Para esto se diseñó un instrumento de recolección de datos que permitió caracterizar la población objetivo e identificar los factores de riesgo relacionados al fenómeno.

De este estudio se desprende que el 67% de los intentos de autoeliminación en adolescentes, corresponde al género femenino. En cuanto a la franja etaria predominaron las situaciones en edades de 14 a 19 años, lo que corresponde a adolescencia media (39%) y a adolescencia tardía (39%), dándose en menor medida en adolescencia temprana (22%).

Otros datos relevantes obtenidos fueron que estos presentaban con un 72% secundaria incompleta y un 22% primaria completa. El 45% de los adolescentes provenían de hogares con padres separados. Otro dato relevante obtenido fue que el 61% de los adolescentes estudiaba y un 28% no estudiaba ni trabajaba. Cuando se indagó la variable de antecedentes personales patológicos se encontró que un 67% presentaba antecedentes psiquiátricos, evidenciado un factor de riesgo relevante. En relación a los antecedentes familiares también coincide la categoría más predominante psiquiátricos con un 39%. En lo que respecta al método utilizado para IAE un 72% utilizó ingesta de psicofármaco, seguido de ahorcamiento con un 17%.

Uno de los propósitos centrales de este trabajo fue identificar los factores de riesgo presentes en esta población, con la finalidad de aportar insumos para la prevención y atención de situaciones. Los factores más prevalentes encontrados fueron: depresión, adicción a drogas y falta de soporte familiar. Seguidos por casos de abuso sexual, violencia intrafamiliar y Bullying. En menor número fracaso escolar, inconformismo de género y pérdida de persona importante.

En relación a la variable consumo de sustancias psicoactivas, considera ésta como una conducta de riesgo que a edades tempranas puede causar mayor daño, generando alteraciones en la persona, de los casos caracterizados todos presentaron consumo de al menos una sustancia. Siendo el alcohol la droga social más consumida por estos y por los jóvenes uruguayos en general. Seguido de la marihuana y el tabaco.

Otros de los objetivos específicos era identificar los eventos estresantes cercanos al IAE, encontrándose con un 46% las discusiones familiares o conflictos con personas del círculo cercano. Los trastornos del ánimo con angustia y/o desesperanza continúan con un 22%. Se constata que la gran mayoría (89%) tuvo derivación a profesional del equipo de Salud Mental, considerando esto como una prioridad para lograr una atención adecuada y prevención de nuevas situaciones. Según la OMS, un alto porcentaje de suicidios es prevenible, para ello se requiere de una estrategia de prevención con un enfoque integral multisectorial.

PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las características del perfil de los adolescentes de 10 a 19 años, con intento de autoeliminación en la ciudad de Bella Unión, desde diciembre de 2017 a Noviembre de 2018?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Caracterizar la población adolescente con Intento de Autoeliminación, atendidos en servicios de salud de ASSE de la ciudad de Bella Unión.

Objetivos Específicos

- Determinar características sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar factores de riesgo asociados a los Intentos de autoeliminación.
- Describir factores relacionados al evento en estudio.

ANTECEDENTES

El número de suicidios y de Intentos de Autoeliminación (IAE) representan un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo, existiendo un aumento en la tendencia del fenómeno en edades tempranas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa en su publicación del año 2014 titulada "Prevención del suicidio, una imperativa Mundial", que en el año 2012 los suicidios fueron la segunda causa principal de muerte de la población joven a nivel mundial, en edades que van entre los 15 a 29 años. Implicando significativos costos psicológicos, sociales y económicos para la sociedad. Estima que para el año 2020, si la tendencia actual se mantiene, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio, se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado se calcula que existen 20 intentos de suicidio fallidos que determinan múltiples lesiones y graves secuelas emocionales tanto para el sujeto suicida como para su familia y allegados.

De acuerdo a un Informe regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre la Mortalidad por suicidios en las Américas en el año 2014, el Intento de autoeliminación, es más frecuente en el sexo femenino, mientras que el suicidio consumado es más común en el sexo masculino. Una de las razones que explicarían esto es que los varones emplean métodos más violentos y letales.

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. La tasa de suicidio en nuestro país es 18/100.000 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.

Según datos divulgados por el Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay, (MIDES, 2011), entre el periodo 2004-2009, 65% de las muertes de

adolescentes fueron causadas por suicidio, accidentes y homicidios. Registrándose un total de 2.383 muertes de adolescentes y jóvenes comprendidos entre 10 y 24 años. De esas muertes, 18% fue por suicidio.

Según un estudio realizado en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), en el año 2009 por Martínez, A., Goyenech, N., Kehyaian, V., Lungo, G., Viola, L., estiman que el riesgo de suicidio consumado en un paciente con antecedentes de IAE es 38-47 veces superior al riesgo en la población general. Agregando que 40 % de los pacientes que realizaron un primer IAE van a presentar otro en los dos años siguientes y 10 % se suicidarán en los siguientes diez años.

Otro estudio realizado por los mismos autores durante el año 2008 en el CHPR, destaca que se realizaron 596 consultas desde el Departamento de Emergencia Pediátrico a la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, y los resultados arrojaron que el 23% de las consultas se debieron a IAE. A los dos años de seguimiento, un tercio de ellos presentaron un intento recurrente. Estas cifras son aún más alarmantes si se considera que se trata de niños y adolescentes menores de 15 años. Este estudio investigó factores individuales, familiares, socioculturales y biológicos de la muestra seleccionada. Mostró que el 30% de los pacientes con IAE en el CHPR presentaba al momento de la internación un trastorno psiquiátrico diagnosticable, siendo los más frecuentes trastornos del estado de ánimo, trastornos disruptivos y los rasgos de personalidad. Más del 60% de estos pacientes no estaban en tratamiento psiquiátrico al momento del IAE, 82% fueron adolescentes de entre 12 y 14 años y un 75% correspondió al sexo femenino. Dentro de los factores de riesgos más frecuentemente encontrados se destacan la presencia de patología psiquiátrica en el paciente que realiza el IAE y en algún integrante de su núcleo familiar, así como también la existencia de familias altamente disfuncionales y rupturas familiares importantes en el período previo al IAE.

En el año 2012 el Programa del Adolescente del Ministerio de Salud, divulgaba cifras que alertaban sobre la salud de los adolescentes en el país, en la sección referida a conducta suicida y violencia, se observaba que, para la franja entre 10 y 24 años, la tasa de mortalidad por suicidio era de 10 cada 100.000 habitantes. Montevideo tenía una tasa de 8,3 cada 100.000 adolescentes y

jóvenes y en el interior de 11 cada 100.000. Acerca del comportamiento suicida, un 12% del total de la muestra de 3524 estudiantes, había considerado quitarse la vida en el año previo a la encuesta, el 11% había pensado como hacerlo, y 10% había realizado un IAE en el año previo.

Entre los años 2009 y 2010, se llevó a cabo una investigación en la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU), Domingo Arena, a cargo de las Dras. Cristina Larrobla, Alicia Canetti y equipo, con la finalidad de realizar un screening de factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes comprendidos entre 10 y 19 años. Los datos arrojaron que de 310 entrevistados, el 45% tenía un allegado o familiar con Intento de Autoeliminación (IAE) o que había suicidado, 4,5% presentaba depresión moderada o severa, 9,5% desesperanza moderada o severa, 14% presentaba ideación suicida con al menos 1 punto en escala y 3% con 10 puntos o más, y 7% de los encuestados había tenido un IAE previo a la entrevista.

FUNDAMENTACIÓN

El tema es seleccionado debido a la necesidad de identificar las características comunes a la población adolescente con intento de autoeliminación que consultan en servicio de ASSE de la ciudad de Bella Unión, ya que existe una percepción de que las consultas han aumentado considerablemente, pero carecemos de información calificada y sistematizada al respecto. Como enfermeros nos interesa investigar, caracterizar la población y los posibles factores de riesgo prevalentes, ya que estos datos luego pueden contribuir a un mejor abordaje de las situaciones de IAE.

Durante la revisión bibliográfica encontramos datos de factores de riesgo que inciden en un intento de autoeliminación o en un suicidio adolescente, pero no conocemos cuales predominan en la población adolescente de esta ciudad.

En el Protocolo de Atención a Adolescentes con Intento de Autoeliminación de ASSE (2017), se informa que con respecto a los usuarios que consultaron en la red de servicios de salud ambulatorios, se destaca que de un total de 22.941 usuarios de 10 a 14 años que se asistieron en el período 2014-2015, el 5,8% corresponden a adolescentes que consultaron por problemas psicológicos. En el mismo periodo los adolescentes de 15 a 19 años que consultaron en policlínica fueron 20.939 de los cuales el 4.5% lo hizo por problemas psicológicos. En el mismo se destaca que las consultas relativas a IAE en la población de 10 a 19 años por tramo etario y por sexo durante 2014 y 2015, puede existir sub registro debido en parte a que el sistema de reporte es de reciente implementación. Se observa el aumento de las consultas por esta causa en los adolescentes de 15 a 19 años y se destaca el alto número de consultas en las mujeres sobre las de varones en ambos tramos etarios en los dos periodos descritos.

El sistema de reporte implementado a partir del año 2013 es la ficha de registro obligatorio (FRO), de intento de autoeliminación, implementada por el programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud, por la Ordenanza Ministerial

modificada N° 801/2012 de 27(09/2013), con el objetivo de favorecer la detección, tratamiento y seguimiento de usuarios y de construcción de un sistema de vigilancia y monitoreo epidemiológico nacional.

Al caracterizar la población, teniendo en cuenta las particularidades de la adolescencia y la complejidad de un Intento de autoeliminación, podemos contribuir a identificar elementos predictores, lo que puede incidir en la prevención.

Podemos apreciar una notoria preocupación intersectorial en disminuir la presencia de estos hechos, principalmente desde el sector salud, y desde nuestro rol de enfermeros tenemos posibilidad de incidir positivamente dada nuestra cercanía y conocimiento de la población y el trabajo interdisciplinario en equipo.

MARCO TEORICO

Para el desarrollo de nuestra investigación consideramos importante tener en cuenta un marco teórico que integre diferentes aspectos relacionados a la atención primaria de la salud, la adolescencia y los intentos de autoeliminación.

La conferencia de Alma-Ata definió la Atención Primaria de Salud (APS) como:

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención en salud” (Art.VI,1978, pág.1).

El concepto de Salud de la Universidad de la República, de la Facultad de Enfermería dice que:

“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”. (Plan 93, Facultad de enfermería, pág 2).

El proceso Salud Enfermedad 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. La salud mental es uno de los componentes de la salud integral. La misma se define según la OMS (2018) 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”.

Según la OMS (2005), los niños y adolescentes con una buena salud mental, son capaces de lograr y mantener un óptimo funcionamiento y bienestar psicológico y social. En el encuentro con los adolescentes se deberá conocer su historia infantil y observar la persistencia de determinadas conductas, señales o situaciones que, pudiendo ser típicas en esta etapa de la vida, cuando se presentan en forma intensa o reiterada a lo largo del tiempo, o afectan su vida personal, familiar y/o social, merecen ser consideradas y acompañadas de forma especial, pues pueden provocar problemas de salud mental.

En Uruguay, la promulgación de la Ley 18.211 (2007), marca la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), y en el artículo 4 del mismo se definen sus objetivos. Siendo el primero de ellos alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población. El segundo objetivo hace referencia a implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos. El tercer objetivo plantea impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales. El cuarto objetivo enuncia organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales. El resto de los objetivos plantean lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse; promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica; fomentar la

participación activa de trabajadores y usuarios; establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

El artículo 34 de la misma Ley establece que el Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención. Así es que el modelo de atención integral a la salud de las y los adolescentes uruguayos basado en la estrategia de APS pauta los lineamientos de atención establecidos en la ley del SNIS.

En este marco el Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud (2015) propone un modelo de atención que ubica al ser adolescente en el centro y lo vincula con su micro, macro entorno, en el que se privilegia la promoción de estilos de vida saludable y la prevención de condiciones o problemas de salud.

La OMS (1990) operacionalmente ha definido a la adolescencia como el período de la vida que transcurre desde los 10 a los 19 años. Su inicio se relaciona con los primeros cambios corporales de la pubertad y su finalización, con la adquisición de la madurez física, emocional, vocacional, laboral y económica de la adultez. Dadas las diferencias, dentro de la misma etapa la adolescencia se subdivide en adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia intermedia (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años). En cada una de ellas y dentro de las mismas el proceso de crecimiento y desarrollo es heterogéneo.

Más allá de las distintas perspectivas y tiempos, la “crisis adolescente” implica cambios biológicos, psicológicos y sociales. Desde el punto de vista biológico, los procesos de crecimiento y desarrollo son fenómenos simultáneos e interdependientes que tienen características comunes a todos los individuos de la misma especie, lo que los hace predecibles. Este patrón típico emerge de la interacción de factores genéticos y ambientales que establecen el potencial de

este proceso y la magnitud con que éste se expresa. Esta etapa de la vida se caracteriza por un aumento importante de la velocidad con que se producen.

Sin embargo, dichos procesos presentan amplias diferencias entre los sujetos, dadas por su carácter individual. Cada adolescente tiene su propio tiempo que se refleja sobre todo en las variaciones de la edad en la cual se inicia la pubertad, el denominado estirón puberal, la edad de la menarquia o espermarquia y el período de tiempo necesario para completar el crecimiento somático. Asimismo, existen diferencias de tiempos de desarrollo entre varones y mujeres.

Si bien existe una variabilidad individual, hay cambios que caracterizan cada etapa como por ejemplo la adolescencia temprana se caracteriza por el inicio de la pubertad, la adaptación al cuerpo nuevo e imagen corporal, un pensamiento concreto con impulsividad. Se presentan situaciones de ambivalencia y en relación a la familia se produce una separación, cobrando importancia los pares, principalmente del mismo sexo. Influencia de opinión de pares y de medios de comunicación y redes sociales. Se desarrollan las características biológicas y aparecen cambios en el estado de ánimo.

En la adolescencia media se completan cambios puberales, se genera una intensa preocupación por la apariencia física y se presenta una influencia de los medios sobre la imagen y la autoestima. El pensamiento es abstracto y operativo formal- hipotético-deductivo. Se configura la identidad y personalidad, con una visión hacia la orientación sexual. En lo emocional existen fluctuaciones extremas del humor, con egocentrismo, no sujeto a leyes naturales. En relación a la familia se genera un distanciamiento y conflictos. Los amigos son de ambos sexos y comienzan los primeros noviazgos. Se profundizan los vínculos con el grupo de pares y se agudiza la confrontación con los adultos. A partir de las primeras relaciones de pareja, que suelen ser de corta duración, se debilitan los lazos afectivos con el grupo; sin dejar de ser éste el espacio privilegiado durante toda la etapa adolescente.

En relación a la adolescencia tardía se completa la maduración biológica, y una aceptación de la imagen corporal. Hay una consolidación de la identidad y la personalidad, con una definición de la orientación sexual. El pensamiento es operativo formal presentando una escala de valores propios. Desarrollo moral

consolidado y se genera un acercamiento a la familia, capacidad de sostener relaciones interpersonales con pares, noviazgo, pareja.

El lugar de la familia y de los referentes adultos durante la adolescencia es fundamental en la misma y de no estar presente, adquiere características particulares que deberán de ser tenidas en cuenta por los equipos de salud.

La familia entendida como construcción sociocultural e histórica, que se conforma en diversas modalidades de agrupamiento, convivencia y compromiso. Hoy coexisten familias nucleares, monoparentales, ensambladas, de parejas homosexuales, entre otras, por lo que se hablará de “familias”. Se las visualizará en su rol desde el punto de vista afectivo, vincular y económico. Las familias que puedan cubrir las necesidades humanas fundamentales, promover las capacidades de los adolescentes más allá de su configuración, serán protectoras: sin maltrato o violencia, una familia que pueda apostar a la educación, al acceso al arte y a la diversión, en definitiva, que habilite al desarrollo de sus miembros.

La OMS (1976) define suicidio o 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 del que conozcamos o no los verdaderos motivos”. Define al intento de autoeliminación como una acción autoinfligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal. Y conducta suicida como toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida, incluyendo cualquier intención, ideación, o pensamiento que pudiera finalizar en dicha acción, aun cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta.

Por otro lado señala que la ideación suicida es el pensamiento o ideación de servirse como agente de la propia muerte, que expresa el deseo o la intención de morir. Puede variar en severidad dependiendo de la especificidad del plan y del grado de intención. En cambio la ideación de muerte es el pensamiento en cuyo contenido manifiesto se expresan fantasías de muerte, pero no se acompañan de intención suicida explícita o implícita. No se expresa intención de daño. El plan suicida son pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración, sumamente grave para quien los presenta pues significa que desea suicidarse, utilizando un método específico y no otro, a determinada

hora, por un motivo concreto, para dejar de vivir y ha tomado las debidas precauciones para no ser descubierto.

Y el riesgo suicida es el término utilizado para referirse a sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro inmediato o aquellos que lo pudieran cometer durante su vida. Estudios realizados acerca de la ideación suicida en la adolescencia, subrayan que aunque no es un factor determinante para llegar al suicidio, como en esta etapa ocurre momentos de ansiedad e impulsividad puede convertirse en tal. Por lo tanto es posible ubicar a la ideación suicida en uno de los polos del continuum que puede terminar en un suicidio. Este continuum abarca desde la ideación suicida al intento de autoeliminación terminando en el suicidio consumado.

En una revisión sistemática realizada por Mann y colaboradores (2005), si coexisten factores precipitantes con trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, habrá mayores posibilidades de avanzar en el continuum, por lo que se han identificado diferentes modalidades de intervención como alternativas de prevención de la conducta suicida, donde hay objetivos específicos dirigidos a equipos de salud del Primer Nivel de Atención.

Durante la adolescencia, como en otras etapas de la vida, un individuo puede enfrentarse a distintas circunstancias y elementos que lo torne vulnerable, lo definimos como factores de riesgo, que pueden conducir a que la salud del 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. Cuando se habla de factores de riesgo se hace referencia a situaciones contextuales o personales, que al estar presentes aumentan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. Son variables que pueden afectar negativamente el desarrollo de las personas y ser indicativos de que un individuo, una comunidad o una población es particularmente vulnerable al suicidio.

Los factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes se pueden dividir en individuales, socioculturales, situacionales

Los individual incluyen el intento de suicidio previo, trastorno mental, abuso de alcohol u otras drogas, desesperanza, sentimiento de aislamiento, falta de

apoyo social, pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos), tendencias agresivas, impulsividad, antecedentes de trauma, maltrato y/o abuso sexual, angustia emocional aguda, enfermedades crónicas, limitantes, incluyendo dolor, HIV, antecedentes familiares de suicidio, factores neurobiológicos, trastornos de identidad sexual(desarrollo personal).

En los sociocultural podemos encontrar el estigma asociado con búsqueda de ayuda, barreras para el acceso al cuidado de la salud, especialmente salud mental y tratamiento de abuso de sustancias, ciertas creencias culturales y religiosas (por ejemplo que el suicidio es una resolución noble de un dilema personal); exposición a comportamientos suicidas, a través de medios de comunicación, y/o influencia de otros que han muerto por suicidio.

Y en los situacional podemos visualizar la falta de empleo y pérdidas financieras. Pérdidas relacionales, familiares o sociales. Conflicto entre padres (familiares) y relacionales entre padres/hijos problemáticas. Fácil acceso a medios letales. Grupos locales de suicidio que pueden influir de forma contagiosa, eventos estresantes de la vida, problemas legales, disciplinarios, dificultades en la escuela. Abandono escolar. Redes sociales y medios de comunicación que inducen conductas suicidas.

También existen según informa la Revista de hospital psiquiátrico de la Habana, Cuba (2012) determinados factores desencadenantes como la crisis de identidad, sentimientos de rechazo, temor en la diferenciación del grupo de pares y la vulnerabilidad a los ambientes caóticos, y para las conductas suicidas factores precipitantes como conflictos y discusiones con los miembros de la familia, de la pareja, y como detonante el estrés, la pérdida de un ser querido, el divorcio de los padres, entre otros.

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio: es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

Población: la población de estudio estuvo constituida por 18 adolescentes.

Criterio de Inclusión: adolescentes de 10 a 19 años, de la ciudad de Bella Unión atendidos en servicio de salud de ASSE, con diagnóstico de Intento de Autoeliminación.

Criterios de Exclusión

- Adolescentes de otro efector de salud.
- Otros diagnósticos.

Instrumento para la recolección de datos: planilla de recolección de datos para las historias clínicas (Ver anexo 2).

Plan de análisis y tabulación de resultados: se realizó un instrumento administrado por el investigador, donde existían dos módulos. El módulo 1: caracterización de la población y el módulo 2 información sobre el IAE. Posterior a la recolección de datos, los mismos fueron contabilizados y organizados en tablas según las variables a estudiar. Se procesaron teniendo en cuenta su carácter cuantitativo en frecuencias absolutas, frecuencias relativas y frecuencias relativas porcentual. El análisis de los datos obtenidos fueron realizados en tablas de tabulación del programa informático Microsoft Office Excel 2010, y los resultados de los mismos se representaron en distribución de frecuencias con sus porcentajes

Aspectos éticos de la investigación: todo el proceso fue llevado a cabo teniendo presentes los Derechos a salvaguardar en lo que respecta a privacidad, integridad y respeto de las creencias y valores de los datos. Se solicitó autorización para recolectar la información al Hospital de Bella Unión (Ver anexo 3)

Operacionalización de las variables a utilizar

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala
Etapa de la Adolescencia	Período de tiempo transcurrido de los 10 a los 19 años.	-Cualitativa -Ordinal -Politómica	Adolescencia temprana Adolescencia media Adolescencia tardía
Género	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como femeninos o masculinos.	-Cualitativa -Nominal -Dicotómica	Femenino Masculino
Residencia	Lugar geográfico donde constituye su domicilio legal el individuo.	Cualitativa nominal	Zona urbana -Zona suburbana -Zona rural
Nivel de instrucción	Máximo nivel educacional alcanzado por el usuario.	Cualitativa ordinal.	Analfabeto Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Terciaria u otros Sin datos

Prestador de salud	Institución de atención médica a la que pertenece el usuario.	Cualitativa nominal.	Pública Privada
Fecha del IAE	Meses del año en el cual se realizó el IAE constatado en la historia clínica y FROIAE	Cualitativa nominal Politómica	Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.
Núcleo de convivencia	Se refiere a la o las personas con que convive el individuo, teniendo en cuenta nuevas formas familiares diversas o de relación interpersonal	Cualitativa nominal.	Hogar constituido Padres separados Pareja Hogar sustituto Hogar monoparental Hogar adoptivo Otros (abuelos, amigos) Se desconoce
Ocupación	Tipo de actividad que posee el usuario.	Cualitativa nominal.	Estudia Trabaja No estudia/no trabaja. Sin datos
Antecedentes personales patológicos	Historiales médicos o quirúrgicos relevantes que presentan los usuarios	Cualitativa nominal	Fisiológicos Anatómicos Psiquiátricos
Antecedentes	Historiales médicos	Cualitativa nominal	IAE

familiares patológicos	relevantes que presentan los familiares directos		Suicidio Patologías Psiquiátricas. Sin datos
Episodio previo de IAE	Número de IAE anteriores que presenta, previo al intento actual.	Cuantitativa discreta.	No tuvo Tuvo 1 2 o mas Sin datos
Método utilizado para el IAE	Se refiere a la forma utilizada para realizar el acto.	Cualitativa nominal.	Ahorcamiento. Heridas cortantes. Inhalación (cemento). Intoxicaciones (pesticidas). Ingesta de psicofármacos. Inmersión Otros.
Factores de riesgo	Rasgo, atributo o característica de un individuo o su entorno, que incrementa la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Cualitativa nominal.	Adicciones. Maltrato/abuso sexual. Violencia familiar. Pérdida de persona importante. Situación económica desfavorable. Trastorno de la conducta. Depresión. Falta de soporte familiar. Inconformismo de

			género Fracaso en la escolaridad Bullying
Sustancias adictivas	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.	Cualitativa nominal.	Alcohol Tabaco Marihuana Sustancias ilegales Psicofármacos Otros
Referencia a profesional de la salud mental	Pase o derivación desde el personal actuante en la puerta a equipo de Salud Mental.	Cualitativa nominal. dicotómica	Si No
Factor precipitante	Elemento que causa o que contribuye a la producción de un hecho, evento.	Cualitativa nominal	Discusión/conflicto Pérdida de ser querido Separación padres Estrés Angustia/desesperanza Sin datos
Lugar donde realiza IAE	Espacio físico en el que se encuentra la persona al momento de realizar IAE	Cualitativa nominal	Domicilio Internación Institución educativa Espacio público Sin datos

RESULTADOS

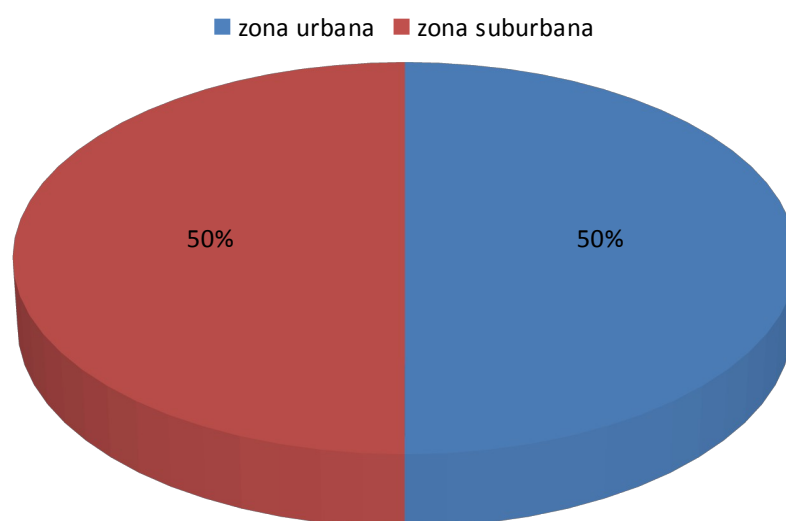
Tabla N° 1: Distribución de la población según género

Sexo	FA	FR%
Femenino	12	67%
Masculino	6	33%
Total	18	100 %

Fuente: Historias clínicas

Gráfica N°1

Distribución de la población según procedencia



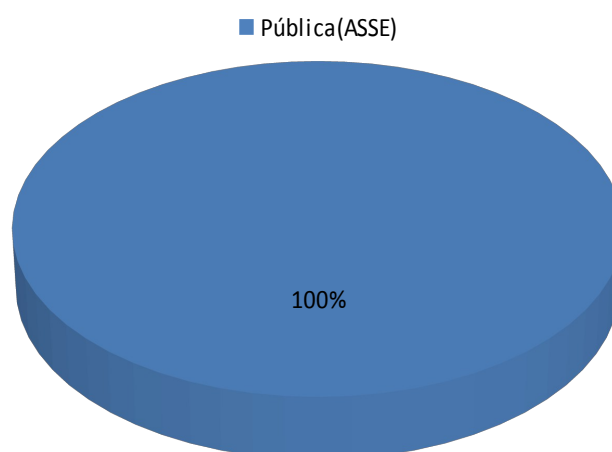
Fuente: Historias Clínicas

Como podemos observar, los Intentos de Autoeliminación (IAE) son más frecuentes en el género femenino con un 67%, mientras que un el 33% corresponde el género masculino.

Tabla N° 2: Distribución de la población por etapa adolescencia

Etapa de la adolescencia	FA	FR%
temprana(10 a 13 años)	4	22%
Media (14-16 años)	7	39%
Tardía (17-19 años)	7	39%
Total	18	100%

Fuente: Historia Clínica.

Gráfica N° 2**Distribución de la población segun prestador de salud**

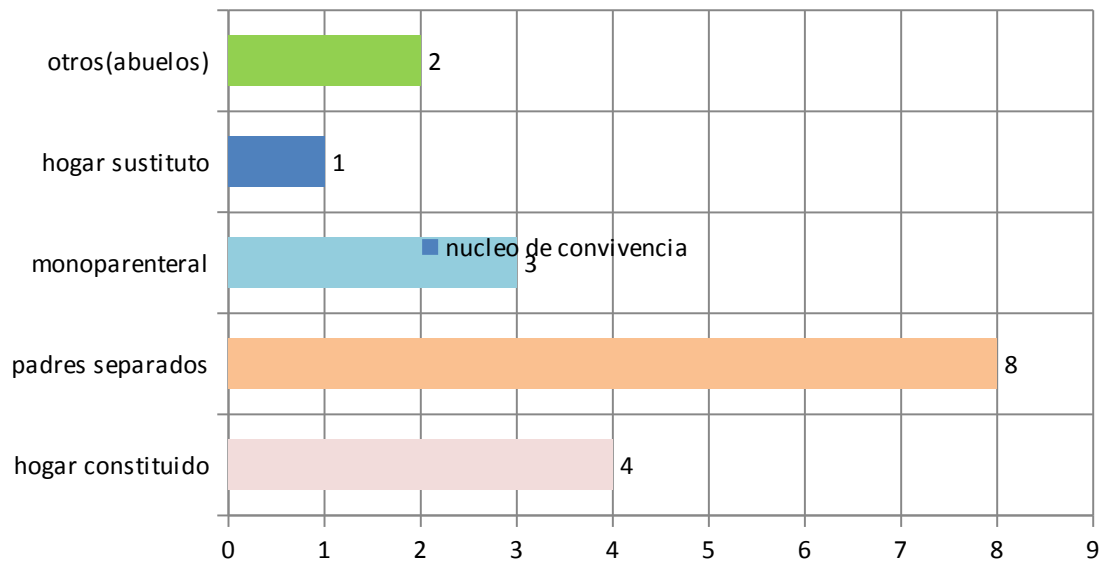
Fuente: Historia Clínica

De los intentos de autoeliminación estudiados se pudo establecer que el 39% se da en la adolescencia media (14-16 años), el otro 39% se da en la adolescencia tardía (17-19 años) y con un porcentaje menor, un 22% en la adolescencia temprana (10-13 años).

Tabla N° 3: Distribución de la población por lugar de residencia

Lugar de residencia	F.A	F.R %
Zona urbana	9	50%
Zona periférica	9	50%
Zona rural	0	0
Total	18	100%

Fuente: Historias Clínicas

Gráfica 3**Distribución de la población según núcleo de convivencia**

Fuente Historias Clínicas.

Se observa una procedencia de casos igual para la zona urbana y la suburbana con una incidencia de 50% de la población estudiada para cada una. No tenemos casos en nuestra investigación proveniente de zona rural.

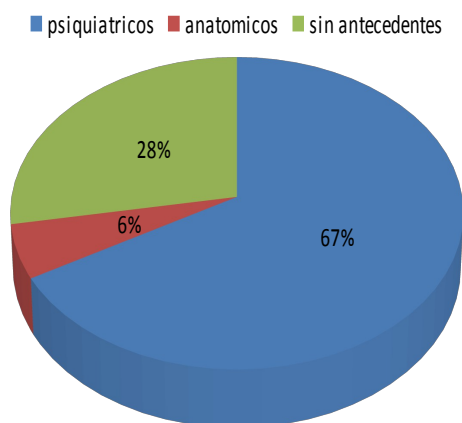
Tabla N° 4: Distribución de población según Nivel de Instrucción

Nivel de Instrucción	F.A	F.R %
Analfabeto	1	6 %
Prim incompleta	0	0
Prim. Completa	4	22%
Secundaria incompleta	13	72%
Sec. Completa	0	0
Terciarios u otros	0	0
Sin dato	0	0
total	18	100%

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfica N° 4

Distribución de la población según antecedentes personales patológicos



Fuente Historias Clínicas

En la gráfica se evidencia que el 72% de los usuarios alcanzó hasta la fecha de la investigación secundaria incompleta. El 22% tiene como máximo nivel alcanzado, primaria completa y un 6% se consideró analfabeto.

Tabla N° 5: Distribución de la población según Prestador de salud.

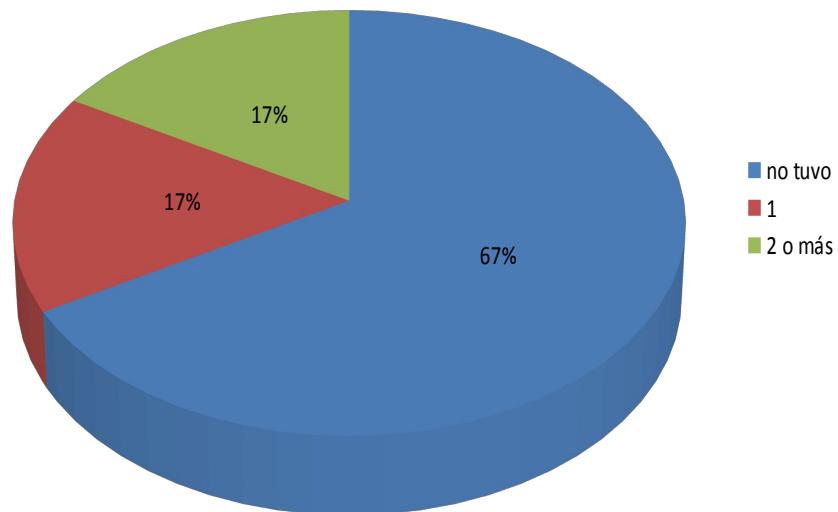
Prestador de Salud	FA	FR%
--------------------	----	-----

Pública	18	100%
Privada	0	0%
Total	18	100 %

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfica N° 5

Distribución de la población según intentos previos de autoeliminación



Fuente Historias Clínicas

Se observa que el 100 % de los usuarios son usuarios de ASSE.

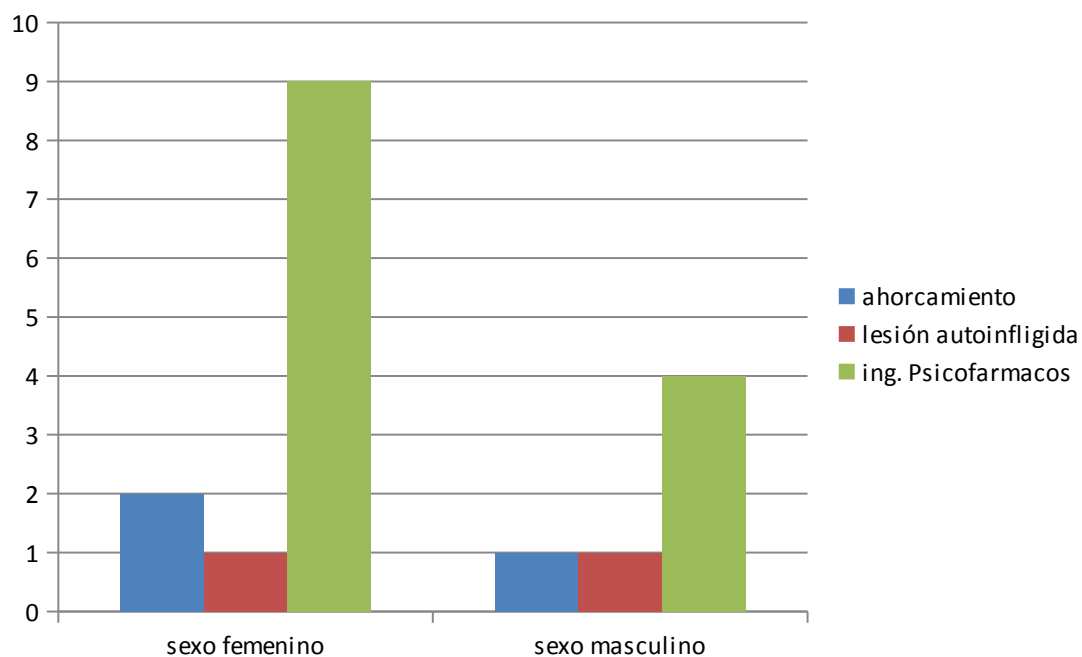
Tabla N° 6: Distribución de la población según Mes del año que realizó IAE.

Mes del IAE	F.A	F.R %
Enero	0	0 %
Febrero	1	5,5 %
Marzo	3	17%

Abril	0	0%
Mayo	2	11 %
Junio	2	11%
Julio	2	11%
Agosto	1	5,5%
Setiembre	3	17%
Octubre	1	5,5%
Noviembre	1	5,5%
Diciembre	2	11%
Total	18	100%

Fuente: Historias Clínicas

Gráfica N° 6



Fuente: Historias Clínicas

Se observa que se dieron más casos en los meses de marzo y setiembre, con un 17%. Seguido de los meses mayo, junio y julio con 11% cada uno.

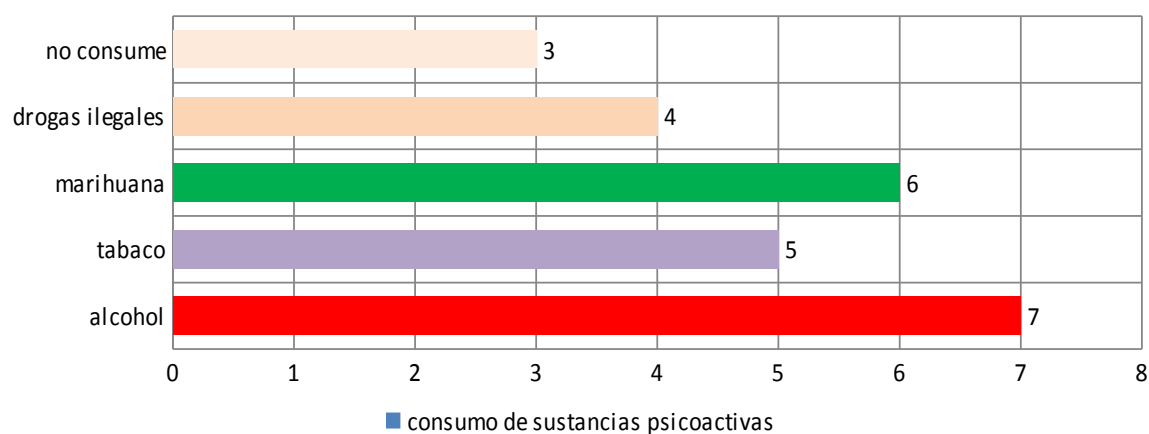
Tabla N° 7: Distribución de la población según Núcleo de convivencia.

Núcleo de convivencia	F.A	F.R %
Hogar constituido	4	22
Padres separados (con nueva pareja)	8	45
Hogar monoparental (solo padre/solo madre)	3	17
Pareja	0	0
Otros (abuelos, tíos, amigos)	2	11
Hogar sustituto/institucionalizado	1	5
Hogar adoptivo	0	0
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfica N° 7

Distribución de la población según consumo de sustancias psicoactivas



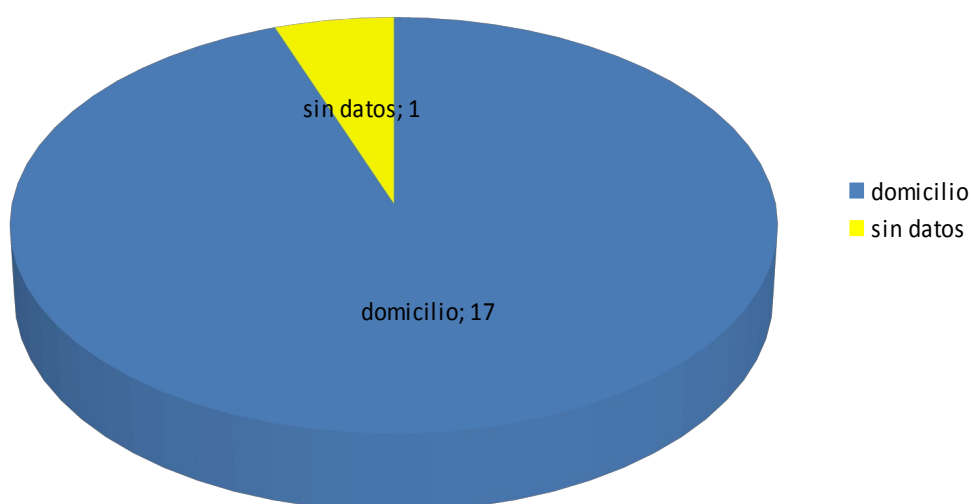
Fuente Historias Clínicas

Se muestra que la mayor población 45% con intentos proviene de un hogar con padres separados. El 22% viene de un hogar constituido, el 17% de hogar monoparental. El 11% convive con abuelos, tíos o amigos y el restante 5% proviene de un hogar sustituto

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

Ocupación	F.A	F.R %
Estudia	11	61
Trabaja	2	11
No estudia/no trabaja	5	28
Estudia y trabaja	0	0
Sin datos	0	0
Total	18	100

Fuente: Historia Clínicas

Gráfica N° 8**Distribución de la población según lugar donde se realizó IAE**

Fuente Historias Clínicas

El 61% de la población relevada se encuentra vinculada a un centro de estudio formal, el 28% no estudia ni trabaja en el momento de la investigación y el 11% trabaja.

Tabla N° 9: Distribución de la población según antecedentes personales patológicos:

A.P.P	F.A	F.R%
-------	-----	------

Fisiológicos	0	0
Anatómicos	1	5%
Psiquiátricos	12	67%
Sin A.P.P	5	28%
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfica N° 9



Fuente: Historias Clínicas

Se deja de manifiesto que el 67% de los usuarios presentan antecedentes psiquiátricos, considerando esto un alto factor de riesgo que conllevan los IAE. El 28% no presentó antecedentes patológicos personales y el 5% presenta antecedentes anatómicos. No se constataron antecedentes fisiológicos.

Tabla N° 10: Distribución de la población según presencia de antecedentes familiares patológicos

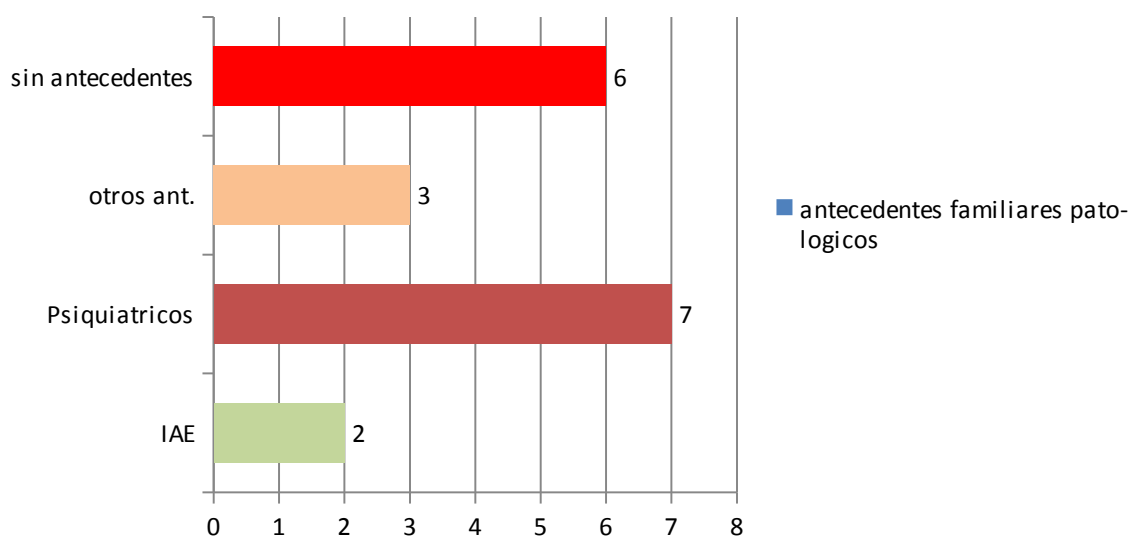
A.F.P.	F.A	F.R%
IAE	2	11
Suicidio	0	0

Psiquiátricos	7	39
Otros antecedentes	3	17
Sin antecedentes	6	33
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfica N° 10

istribución de la población según antecedentes familiares patológicos



Fuente: Historias Clínicas

El 39% de los usuarios presentan familiares directos con antecedentes psiquiátricos, el 33% no presenta antecedentes constatados, un 17% presenta antecedentes de otra índole y el 11% presentan familiares con IAE.

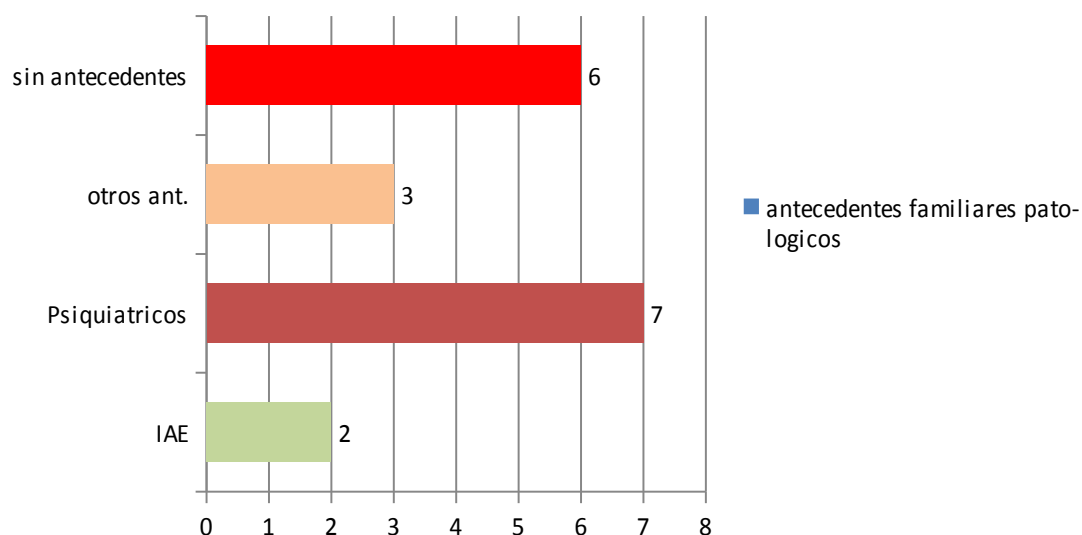
Tabla N° 11: Distribución de la población según presencia de intento previo de autoeliminación

Episodio previo de IAE	F.A	F.R%
Ninguno	12	67
Uno	3	16
Dos o más	3	17
Total	18	100

Fuente: historias Clínicas

Gráfica N° 11

Distribución de la población según antecedentes familiares patológicos



Fuente Historias Clínicas

Se observa que el 67% de los usuarios no presentan IAE previos, el 16% presentan 1 episodio previo y el 17% presentan 2 o más IAE previos.

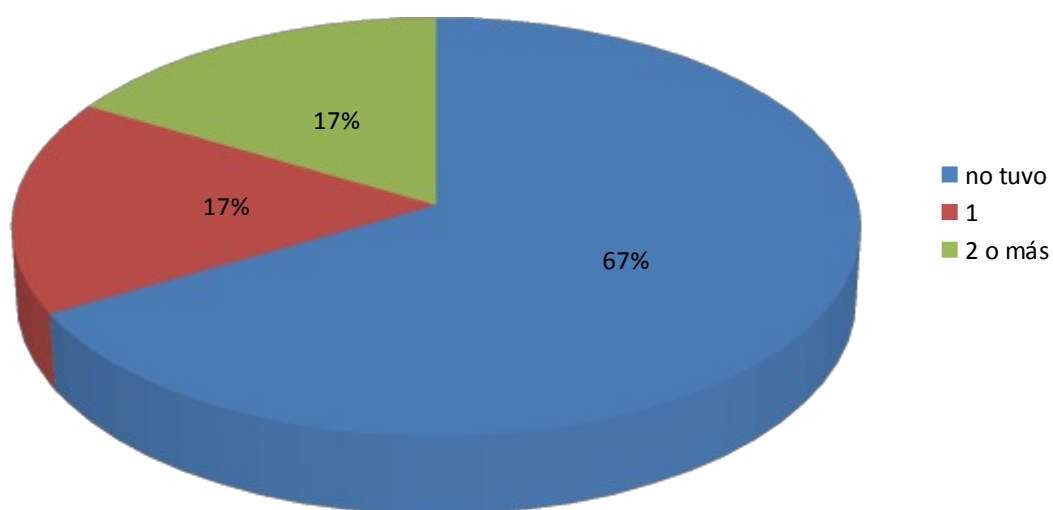
Tabla N° 12: Distribución de la población según IAE previos en relación con la variable género

IAE previos	GÉNERO						TOTAL		
	FEMENINO			MASCULINO					
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
No tuvo	6	0,33 3	33,3	6	0,333	33,3	12	0,66	66,6 %
1	3	0,16 7	16,7	0	0	0	3	0,16 7	16,7
2 o más	3	0,16 7	16,7	0	0	0	3	0,16 7	16,7
Total	12	0,66 7	66,7	6	0,333	33,3	18	1	100

Fuente: Historias Clínicas

Gráfica N° 12

Distribución de la población según intentos previos de autoeliminación



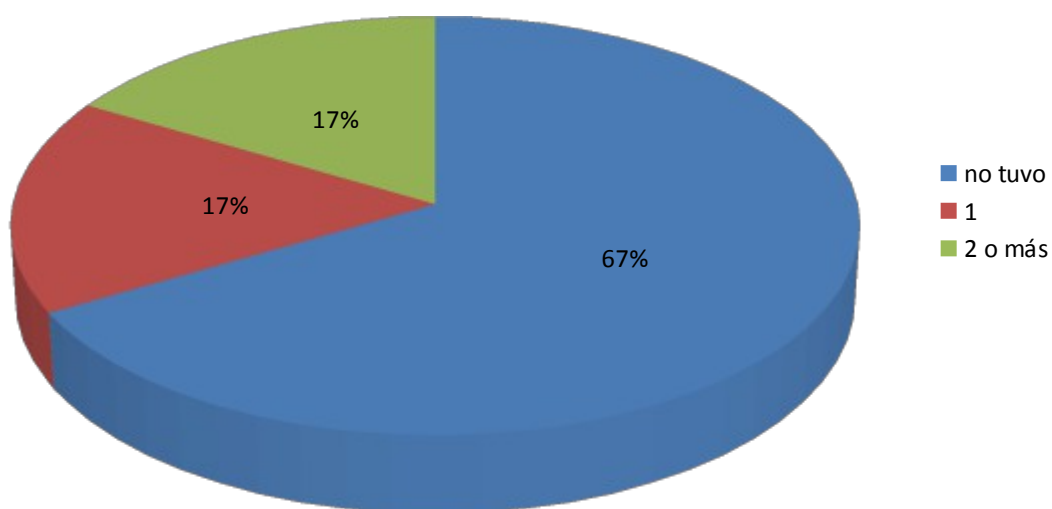
Fuente Historias Clínicas

Del total de la población investigada con un intento previo de autoeliminación y más de uno, se corresponde al género femenino, con un 16 y 17 % para ambas categorías.

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

Método utilizado para IAE	F.A	F.R%
Ahorcamiento	3	17
Lesión auto infligida (cortante)	2	11
Ingesta de psicofármacos	13	72
Intoxicación	0	0
Inmersión	0	0
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas

Gráfica N° 13**ución de la población según intentos previos de autoelimi**

Fuente: Historias Clínicas

El 72% utilizó la ingesta de psicofármacos como método para el IAE, el 17% lo hizo por ahorcamiento y el 11% por lesión auto infligida. No se constataron IAE por intoxicación o inmersión.

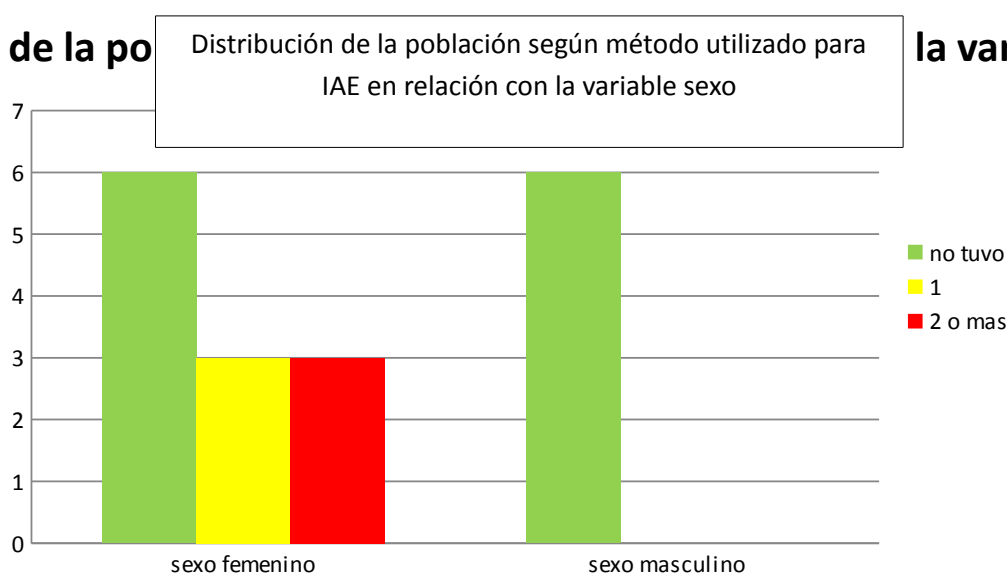
Tabla 14: Distribución de métodos utilizados en relación con la variable sexo

MÉTODO UTILIZADO PARA EL IAE	GÉNERO						TOTAL		
	FEMENINO			MASCULINO					
	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%	FA	FR	FR%
Ahorcamiento	2	0,111	11,1	1	0,056	5,56	3		17
Lesiones Autoinfligidas	1	0,056	5,56	1	0,056	5,56	2		11
Ingesta de Psicofármacos	9	0,5	50	4	0,222	22,2	13		72
TOTAL	12	0,667	66,6	6	0,332		18	1	100

Fuente: Historias Clínicas

Gráfica 14

Distribución de la población según método utilizado para IAE en relación con la variable sexo



Fuente: Historias Clínicas

En caso de las mujeres el método más utilizado para IAE fue la ingesta de psicofármacos, al igual que en los varones, habiendo un caso más de ahorcamiento en género femenino, y en caso de lesiones autoinfligidas es igual para ambos géneros.*en ambos géneros hay 1 fallecido por ahorcamiento.

Tabla N° 15: Distribución de la población según factores de riesgo presentes

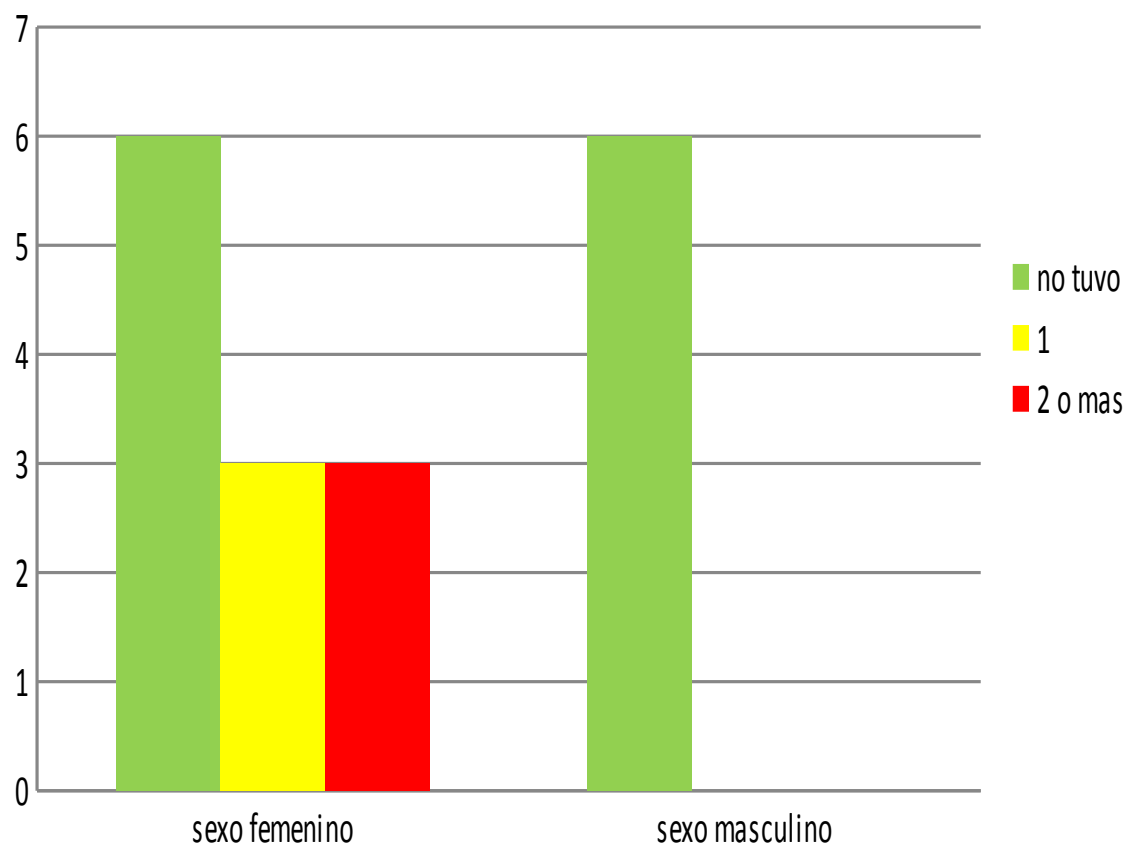
Factor de Riesgo	F.A	F.R%
Adicción a drogas	7	39
Maltrato/abuso sexual	6	33
Violencia intrafamiliar	6	33
Perdida de persona importante	1	5,5
Trastorno de conducta	4	22
Depresión	7	39
Falta de soporte familiar	7	39
Inconformismo de genero	1	5,5
Fracaso escolar	4	22
Bullying	6	33

Fuente: Historias clínicas

Se observa que un 39% de la población presentan adicción a sustancias psicoactivas, depresión y falta de soporte familiar. Un 33% sufrió bullying, violencia intrafamiliar y maltrato y/o abuso sexual. Tenemos un 22% que presentó trastorno en la conducta y fracasó en la etapa escolar. El 5,5% inconformismo de género y pérdida de una persona importante.

Gráfica N° 15

1 de la población según IAE previos en relación con la vari



Fuente: Historias Clínicas

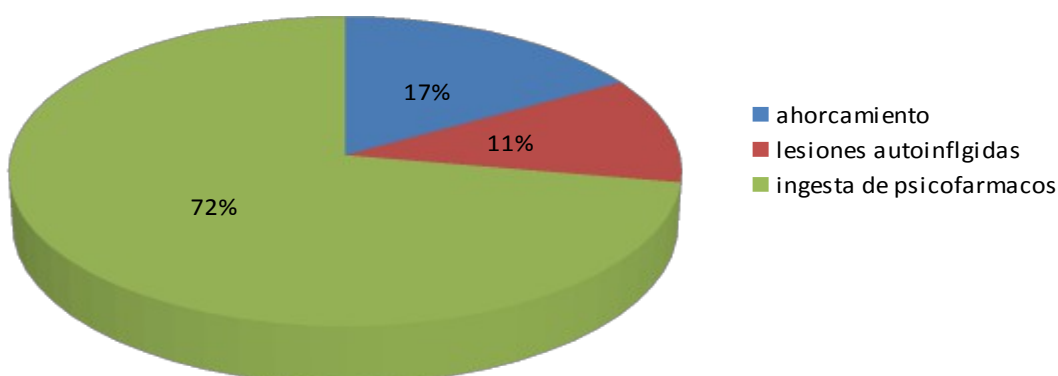
Tabla N°16: Distribución de la población según consumo de sustancias psicoactivas.

Consumo de sustancia psicoactivas	F.A	F.R
Alcohol	7	39
Tabaco	5	28
Marihuana	6	33
Drogas ilegales (PBC, cocaína, otras)	4	22
No consume drogas	3	17

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfica N°16

Distribución de la población según método utilizado para IAE



Fuente: Historias Clínicas

Para esta variable, la categoría consumo de alcohol asume el 39 % del total de la población investigada, mientras que el 33% consume marihuana, el 28% tabaco y el 22% consume drogas ilegales como PBC, cocaína, entre otras. Los datos demuestran que existen casos con policonsumo.

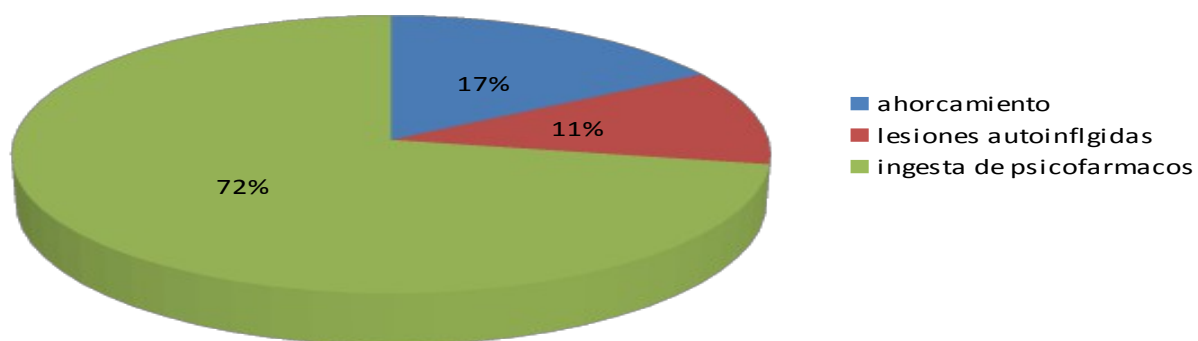
Tabla N°17: Distribución de la población según presencia de factor precipitante.

Factor precipitante	F. A	F.R %
Discusión/conflicto	8	46
Perdida de persona importante	1	5
Desesperanza/angustia	4	22
Separación de padres	1	5
Evento estresante	3	17
Sin dato	1	5
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas

Gráfica N°17

Distribución de la población según método utilizado para I/A



Fuente: Historias Clínicas

El 46% presentó una discusión o conflicto previo al IAE, el 22% desesperanza y/o angustia. El 17% presentó un evento estresante, un 5% tuvo la pérdida de una persona importante, otro 5% la separación de los padres.

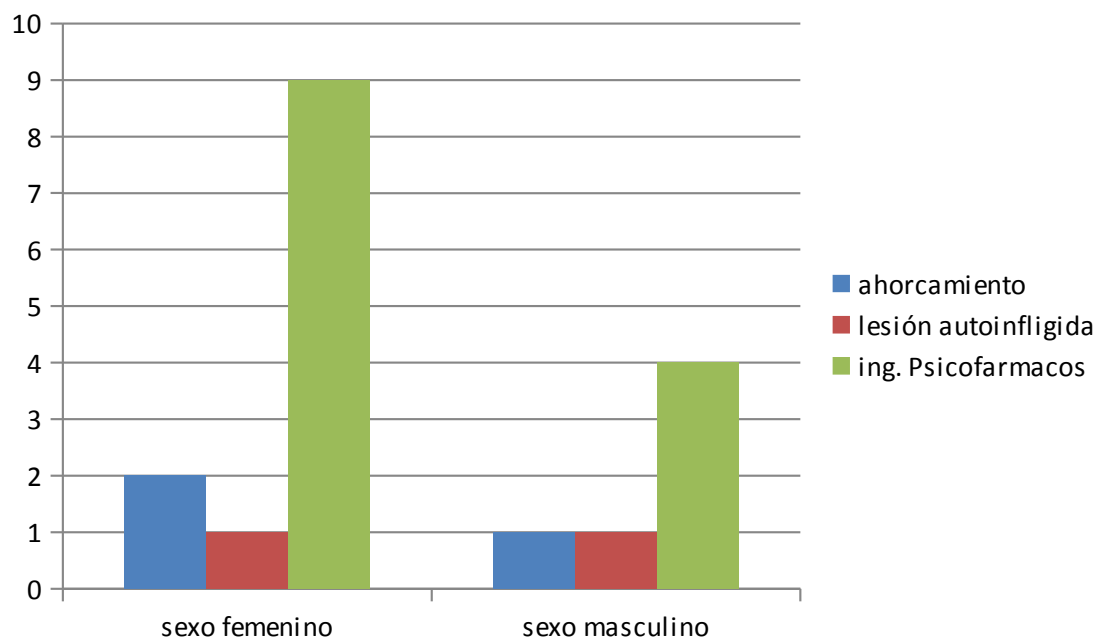
Tabla N°18: Distribución de la población según lugar donde realizó el IAE

Lugar donde se realizó IAE	F. A	F.R %
Domicilio	17	95

Internación	0	0
Institución educativa	0	0
Espacio publico	0	0
Sin dato	1	5
Total	18	100

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfica N°18



Fuente: Historias Clínicas

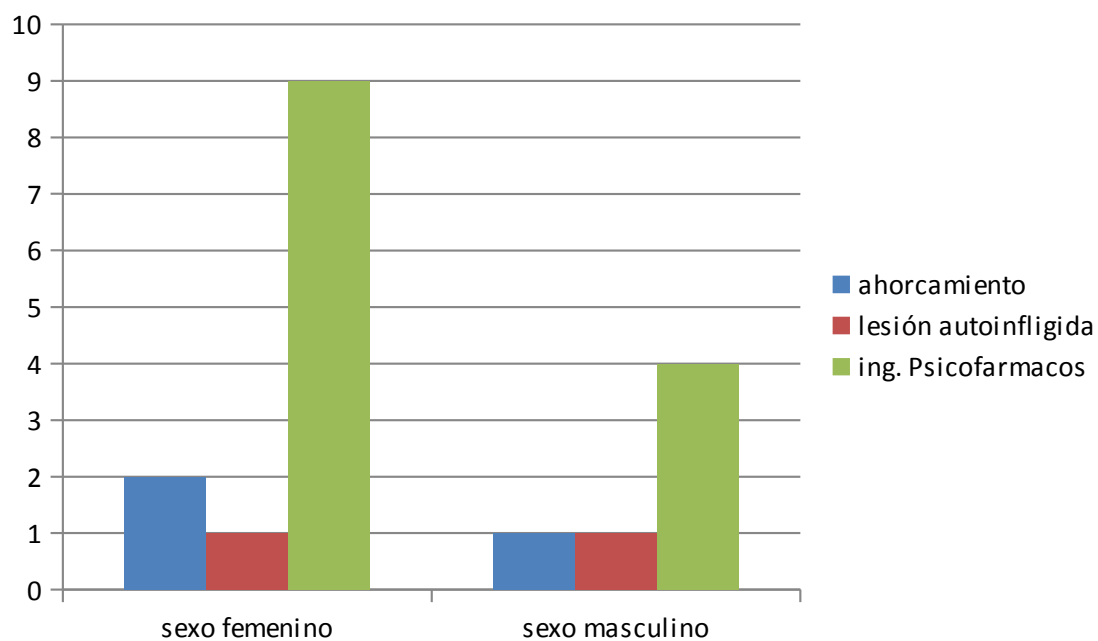
El 95% comenten los IAE en su propio domicilio y el 5% no se obtuvo dato.

Tabla N°19: Distribución de la población según derivación a equipo de Salud Mental

Referencia a ESM	F.A	F.R %
Si	16	89%
No	2	11%
total	18	100%

Fuente: Historias Clínicas.

Gráfica N°19



Fuente: Historias Clínicas

El 89% que concurren a las consultas son derivados por el equipo de Salud Mental y el 11 % no presenta derivación.

ANÁLISIS

El número de suicidios y de Intentos de Autoeliminación (IAE) representan un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo, existiendo un aumento en la tendencia del fenómeno en edades tempranas.

Para el análisis de esta investigación, se procesaron datos recabados en el prestador de salud ASSE de la ciudad de Bella Unión, durante el período comprendido entre el 1 de diciembre del 2017 al 30 de noviembre del 2018. Registrándose una población de 18 individuos entre edades de 10 a 19.

Actualmente ASSE es el Prestador Integral de Salud del país que cuenta con mayor cantidad de afiliados: 1.205.026 a Setiembre de 2011. En el departamento de Artigas la población es de 73.377 habitantes, de los cuales el 40% cuentan con cobertura de salud de ASSE. Con un total de 14.472 adolescentes entre 10 y 19 años, donde 7301 son hombres y 7171 son mujeres. La población en la ciudad de Bella Unión es de 14971 habitantes con un total de 3090 adolescentes, donde 1537 son hombres y 1553 son mujeres.

Debemos destacar que de la caracterización sociodemográfica de la población en estudio corresponde a un 0,6% de los adolescentes de Bella Unión.

Partiendo de los resultados obtenidos el 100% de los mismos se atienden en ASSE. Se detecta que el 50% de los adolescentes provienen de zona urbana y otro 50% de la zona suburbana, que corresponde a barrios periféricos de la ciudad. No habiéndose registrados casos en el período de estudio provenientes de la zona rural.

Como podemos observar en los datos, los Intentos de Autoeliminación (IAE) fueron más frecuentes en el género femenino con un 67% y el 33% se da en el

género masculino. Esto se corresponde con la tendencia de diversos estudios realizados por distintas instituciones donde se establece que el género femenino tiene mayor incidencia en intentos de autoeliminación que en el género masculino. Uno de esos estudios es el mencionado en el marco teórico, realizado en Centro Hospitalario Pereira Rossell en el año 2008, que muestra que un 75 % correspondió al género femenino.

En cuanto a nivel de instrucción el 72% de los usuarios presentaban secundaria incompleta, el 22% primaria completa y el 6% es analfabeto. Importante tomar ésta variable en cuenta, debido a que muchos adolescentes manejan distintas redes sociales y es uno de los factores predisponentes que llevan a los mismos a cometer intentos o al suicidio.

Analizando los casos por rango etario según etapa de la adolescencia que transcurre, se evidencia que un 39% se encontraba en la adolescencia media y tardía, y un 22% en adolescencia temprana. La adolescencia media y comienzos de la tardía, se caracterizan por presentar fluctuaciones extremas del humor, con egocentrismo, no sujeto a leyes naturales, generado distanciamiento y conflictos familiares.

Según los datos obtenidos por trimestres, se observa que de Julio a Setiembre se realizaron un total de 33,5% intentos correspondiendo a meses de invierno, fríos y oscuros. De Enero a Marzo un 22,5%, de Abril a Junio otros 22%. Por último de Octubre a Diciembre también 22%. Si discriminamos por mes, observamos que Marzo y Setiembre fueron los meses que presentaron más casos, con un 17%. Si bien la mayor parte de los intentos son con un trastorno mental por detrás, muchas veces son meses que los usuarios presentan algún quebranto emocional, favoreciendo así el intento

Para la variable ocupación obtuvimos que el 61% de los usuarios con IAE están vinculados a algún centro de estudio formal, el 28% no estudia ni trabaja y el 11% trabaja. Observándose como factor protector que la mayoría están ocupados, lo contrario a esto sería el ocio lo que proporciona una mayor vulnerabilidad siendo este un factor de riesgo importante el cual no se cumple en esta población.

En relación a los antecedentes personales patológicos de la población en estudio, se destaca que el 67% de los usuarios presentan antecedentes psiquiátricos, considerando esto un alto factor de riesgo que conllevan los IAE. Coincidiendo con los datos obtenidos en el estudio realizado en CHPR en año 2008 donde dice “se destaca la presencia de patología psiquiátrica en el paciente que realiza el IAE”. El 28% no presentó antecedentes patológicos personales y el 5% presenta antecedentes anatómicos correspondiendo a una malformación física visible. No se constataron en esta investigación antecedentes fisiológicos.

En cuanto a la presencia de antecedentes patológicos relacionados al IAE en familiares directos, de los datos obtenidos en las Historias Clínicas se obtiene que un 39% presentan antecedentes familiares psiquiátricos, un 17% presentan otros antecedentes como enfermedades crónicas limitantes y VIH, un 11% tiene antecedente de IAE. No se presentaron datos de antecedentes de suicidio y un 33% de las historias no arrojan datos.

Un 44% de la población estudiada proviene de hogar con padres separados, los cuales a su vez tienen nuevas parejas. El 22% de un hogar constituido conviviendo con ambos padres, el 17% de un hogar monoparental donde solo se encuentra la madre o el padre. El 11% convive con abuelos, tíos o amigos y el restante 6 % proviene de un hogar sustituto institucional (INAU). Este dato es importante, ya que el lugar de la familia y de los referentes adultos durante la adolescencia es considerado un pilar fundamental. Como mencionamos en

nuestro marco teórico, de no estar presente la familia en los adolescentes pueden adquirir características particulares, que deben ser tenidas en cuenta por los equipos de salud. La familia presenta un rol desde el punto de vista afectivo, vincular y económico. Las familias que puedan cubrir las necesidades humanas fundamentales, promover las capacidades de los adolescentes más allá de su configuración, serán protectoras.

Analizamos los distintos factores de riesgos presentes en la población de estudio, lo cual es uno de nuestros objetivos específicos. Los datos evidenciaron que algunos los adolescentes estudiados presentan más de un factor de riesgo. Destacándose adicción a drogas con un 39%, depresión con otro 39%, al igual que falta de soporte familiar. Le sigue con un 33% abuso sexual, violencia intrafamiliar con un 33% y Bullying con otro 33%.

Las categorías trastorno en la conducta y fracasó en la etapa escolar se determinan en un 22 %. El 5,5% presenta inconformismo de género y el otro 5,5% presenta pérdida de una persona importante.

Es de mucha relevancia tomar ésta variable en cuenta debido a que los factores de riesgo son situaciones donde aumentan las probabilidades, en este caso, de un IAE. Según la OMS (2019) “un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”.

De las sustancias psicoactivas consumidas, el 39% consume alcohol, el 33% consume marihuana, el 28% tabaco y el 22 % consume drogas ilegales como PBC, cocaína, entre otras. Todas las sustancias psicoactivas generan un efecto en el sistema nervioso central ocasionando cambios en su actividad normal. Modificando así el estado de ánimo, la conciencia y los pensamientos, siendo ésta un potente factor de riesgo.

En relación al método utilizado para IAE se evidencia que un 72% practicó el IAE con ingesta de algún tipo de psicofármacos, el 17% por ahorcamiento y el 11% presentó lesión auto infligida. No se constataron IAE por intoxicación o inmersión.

Se debe mencionar que al término del período de investigación dos de los adolescentes lograron el suicidio mediante ahorcamiento, siendo un masculino de 18 años y un femenino de 13. Según la bibliografía consultada, se manifestó que el sexo masculino comete intentos más violentos que el género femenino y en este 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 éste, menos agresivo. Como lo establece la bibliografía consultada “Comportamiento suicida en niños y adolescentes” de Martínez –Schiavo, el género femenino utiliza la ingesta de psicofármacos como método más frecuente.

Según investigaciones sobre la ideación suicida refieren que en la población general un intento previo de suicidio es uno de los factores de riesgo más importante a considerar, ya que se entiende la conducta suicida como un continuum. (Protocolo de prevención de IAE en adolescencia de ASSE, pág.7)

Se desprende también de los datos que el 67% de los usuarios no presentan IAE previos, el 16% presentan un episodio previo y el 17 % presentan 2 o más IAE previos. Esto debe ser tomado en cuenta para actuar en consecuencia y generar intervenciones efectivas con el fin de evitar un posible suicidio.

Otro de los objetivos planteados, es conocer la existencia de factores precipitantes relacionados al evento. Los datos arrojan que un 44 % presentó una discusión o conflicto previo al IAE, el 22 % desesperanza y/o angustia. El 17% presentó un evento estresante de otro tipo, el 5,5% tuvo la pérdida de una

persona importante, otro 5,5% la separación de los padres y el otro 5,5% no se obtuvieron datos. Estos pueden ser factores desencadenantes, que predisponen a problemas mayores, y se corresponde con lo mencionado en Protocolo de prevención de IAE en adolescencia de ASSE (pág.7) que menciona que los desencadenantes que se describen en general en el intento de autoeliminación son las discusiones con los padres, la ruptura de lazos de amistad o pareja, y el mal desempeño educativo. Donde también se menciona que para algunos autores los sentimientos que conllevan a un posible IAE forman parte de las vivencias comunes de los adolescentes, mientras que para otros existe un diagnóstico psiquiátrico de base como la depresión.

En cuanto al lugar físico donde fue cometido el IAE el 95% cometen los IAE en su propio domicilio y del 5% no se obtuvo datos. Logramos analizar que la mayoría de los usuarios utilizan los medios que se encuentran en su domicilio, teniendo acceso a noxas, lo que constituye también un factor de riesgo.

En relación a la intervención y derivación, el 89% que de los adolescentes estudiados son derivados por el equipo de Salud Mental y el 11 % no presentan derivación. Es de gran valor que el equipo de salud que recibe al usuario realice la derivación oportuna y responsable al Equipo Salud Mental y se realice un seguimiento de cada usuario, evitando así posibles nuevos intentos y/o suicidios.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que dimos cumplimiento al objetivo general y los objetivos específicos propuestos cuando iniciamos la misma. Logrando caracterizar la población de adolescentes que consultaron en Hospital de Bella Unión en el periodo comprendido entre 1 de diciembre de 2017 al 30 de noviembre de 2018.

Para el objetivo específico de determinar las características sociodemográficas de la población de estudio podemos determinar que los adolescentes que comprendieron la muestra, provienen un 50% de la zona urbana de Bella Unión y el otro 50% de la zona suburbana. No se registraron casos provenientes de la zona rural. En cuanto a cómo se comporta el fenómeno del IAE según el género, la muestra evidenció que hay prevalencia de la población femenina, con un 67%, correspondiéndose con datos de estudios revisados, dándose en un menor porcentaje en la población masculina.

Se concluye que las edades que registraron más casos fueron entre los 14 y 19 años, correspondiéndose con las etapas media y tardía de la adolescencia.

Sobre el núcleo de convivencia de los adolescentes estudiados, en un gran porcentaje provienen de hogares con padres separados y monoparentales, lo que suma un 61% de los casos, mientras que sólo un 22% vive con ambos padres. Un porcentaje menor vive con sus abuelos y un caso en hogar sustituto institucionalizado por INAU.

En la adolescencia, la familia, caracterizada por la diversidad en cuanto a estructura y funcionamiento, y los sistemas de apoyo social formal e informal adquieren un rol significativo, asociándose a que al ser vínculos positivos contribuyen a afrontar de mejor manera las situaciones de estrés. Los adolescentes necesitan contar con apoyos que den la sensación de interés por ellos, tanto del contexto familiar como del grupo de pares.

Un 67% de la población estudiada presenta antecedentes personales psiquiátricos, lo que constituye un dato de extrema relevancia, ya que según estudios consultados, cuando coexisten factores precipitantes con trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, hay más posibilidades de avanzar en el continuum de la conducta suicida.

Según el segundo objetivo específico, que hacía énfasis en identificar los factores de riesgo presentes en adolescentes con IAE, se puede concluir que se reconocen diversos factores que pueden predisponer a que un individuo pueda cometer un IAE. Aquellos que presentan mayor incidencia son: depresión, abuso de sustancias psicoactivas y falta de soporte familiar

destacándose con un 39% cada uno, seguidos por violencia intrafamiliar, abuso sexual y Bullying con 33% cada uno. En menor grado están presentes los trastornos de conducta, el fracaso escolar, la pérdida de familiar o persona importante e inconformismo de género.

El tercer objetivo específico planteado, sobre describir factores relacionados al evento, o sea a factores precipitantes, nuestra conclusión es que la gran mayoría de los adolescentes refiere que tuvo un conflicto o discusión familiar momentos previos al IAE. Mientras que otros presentaban marcada angustia o desesperanza o estaban transitando otros eventos estresantes como fuga del hogar o período de desintoxicación para sustancias psicoactivas, en tanto se da un caso por duelo y otro por separación reciente de los padres.

Hay estudios convergentes en que, en la adolescencia, el sujeto se encuentra dentro de una serie de estresores de la etapa evolutiva, lo que lo hace más vulnerable a los desajustes emocionales.

La angustia desbordante que no puede ser procesada con palabras, en algunas oportunidades aparece a nivel del acto, las autoagresiones; son alertas que los padres y adultos referentes no deberían minimizar.

En relatos encontrados en historias clínicas, la muerte aparece como un sentimiento de alivio, con frases como: “tomé las pastillas para no escucharlo”, “no tiene sentido mi vida, es mi hora”, “ya no me voy a sentir sola”, “voy a estar con mi abuela”.

También está presente, aunque no fue investigada de forma directa, el acceso a noxas, ya que casi la totalidad de los casos de IAE, se dieron en domicilio, por lo que deducimos que en su hogar accedieron a los elementos que utilizaron para el mismo.

Así mismo concluimos que se da un número importante de adolescentes que presentan IAE previos, lo que corresponde al concepto de la conducta suicida como un continuum. Por lo que consideramos que la detección temprana de factores de riesgo es uno de los elementos que contribuyen a una intervención efectiva y que permite al equipo de salud planificar estrategias preventivas. Las

mismas pueden ser a nivel interno, interdisciplinario y también con la comunidad, de forma articulada e intersectorial, ya que el adolescente transita por diversos espacios.

Finalizando nuestra investigación, concluimos que la conducta suicida está asociada a múltiples factores de riesgo, que a su vez pueden estar interrelacionados entre si y lograr identificarlos como profesionales de enfermería, e integrantes de un equipo de salud, puede contribuir a prevenir posibles IAE.

SUGERENCIAS

De acuerdo al análisis del estudio realizado, proponemos las siguientes sugerencias:

- ✓ Continuar investigando diferentes factores de riesgo y eventos estresantes relacionados al Suicidio e intentos, utilizando datos de esta investigación como elementos de partida.
- ✓ Implementar espacios de sensibilización y capacitación al personal de salud que trabaja con adolescentes con el fin de realizar una detección temprana de factores de riesgo.
- ✓ Fortalecer y promocionar la atención integral de los adolescentes en el Primer Nivel de Atención, favoreciendo el acceso a la consulta y vinculándolos al Equipo de salud mental para un mejor seguimiento de las situaciones que lo ameriten.
- ✓ Desarrollar estrategias interdisciplinarias e intersectoriales, articuladas, con el fin de disminuir factores de riesgo y contribuir a la disminución de casos de IAE.
- ✓ Brindar más información a la población sobre prevención de Suicidio involucrando a diversos actores sociales, incluidos los medios de comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

Larrobla C, Hein P, Novoa G, Canetti A, Heuguerot C, Gonzales V, et. Libro 70 años de suicidio en Uruguay, 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. Colección Artículo 2, Fondo Universitario para contribuir a la comprensión Pública de temas de intereses general. 1ª edición, 2017

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.

Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, duran M, PREVENCIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN ADOLESCENTES EN URUGUAY . Guía para efectores de la Educación y la Salud.

Colección Artículo 2, Fondo Universitario para contribuir a la comprensión Pública de temas de intereses general

Protocolo de Atención en la Adolescencia, Intento de autoeliminación. ASSE, 2017.

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: 24 dic 2016].

Aportes para el abordaje de la salud de adolescentes en el Primer Nivel. Programa Nacional de Salud de Adolescencia y juventud, Ministerio de Salud Pública, Fondo de Población de las Naciones Unidas. 2015)

Ley 18211, IMPO, Sistema Nacional Integrado de Salud, Uruguay, publicada en dic/2007, artículos 4 y 34.

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: 4 abr 2016)
Guía para la atención integral de salud adolescente, actualización 2017, Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Salud. Uruguay

Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. [s.d]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/ [consulta: 14 abr 2016].

Consulta por internet, factores desencadenantes y factores precipitantes en IAE. Revista de Hospital de Psiquiatría de la Habana, Cuba, año 2012, pág 9.

Definición de Drogas: consulta en internet, Consumo problemático de drogas en adolescentes y vínculo familiar como agente socializador preventivo, UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA Facultad de Psicología Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología Trabajo Final del Grado /Monográfico, pág. 12.

Definición de psicofármacos: búsqueda en internet, <https://psiquiatria.com/glosario/psicofarmaco>.

ANEXOS

ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos



Somos estudiantes de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República que estamos realizando una Investigación sobre “Caracterización de los Adolescentes de 10 a 19 años, con Intento de Autoeliminación en la ciudad de Bella Unión, durante el período comprendido entre 1° de Diciembre 2017 al 30 de Noviembre de 2018”.

MÓDULO 1: CARACTERIZACIÓN

Fecha de consulta: _____

Fecha de IAE: _____

Prestador de salud: _____

Otra: _____

Edad: _____

Género

Procedencia

Femenino		
Masculino	Zona urbana	
	Zona suburbana	
	Zona rural	

Responsable/ quien acompaña
adolescente:

Estado Civil de adolescente

Soltero/a	
Unión estable	
Casado/a	
Viudo/a	

Núcleo de convivencia

Hogar constituido	
-------------------	--

Padres separados	
Hogar monoparental	
Hogar sustituto/institucionalizado	
Otros (abuelos, tíos, amigos)	
Pareja	
Hogar adoptivo	

Nivel de instrucción (del usuario):

Primaria		Ciclo Básico		Bachillerato		Cursos	
incompleto		incompleto		incompleto		incompleto	
completo		completo		completo		completo	

Ocupación del usuario:

Estudia	
Trabaja	
No estudia, ni trabaja	

Antecedentes personales patológicos

Fisiológicos	
Anatómicos	
Psiquiátricos	

Antecedentes familiares:

IAE	
Suicidio	
Psiquiátricos	

Otros	
-------	--

MÓDULO 2: INFORMACIÓN SOBRE IAE

Factores de Riesgo

Consumo de drogas	
Violencia intrafamiliar	
Maltrato/abuso sexual	
Depresión	
Fracaso escolar	
Inconformismo de género	
Pérdida de persona cercana	

Consumo de Drogas

Alcohol	
Tabaco	
Marihuana	
Psicofármacos/benzodiacepinas	
Drogas ilegales	
¿Cuáles?	

Intentos previos de IAE:

No	
1	
Más de 1	

Eventos vitales estresantes cercanos al IAE:

Duelo/ pérdida de referente personal	
Separación de los padres	
Discusión/conflicto familiar/amigo/pareja	
Angustia/desesperanza	
Otros eventos (fugas, tratamiento de rehabilitación drogas)	

Lugar donde realizó IAE

Domicilio	
Casa de amigo/familiar	

Lugar público	
Internación	
Otro	

Método empleado:

Ahorcamiento	
Arma de fuego	
Arma blanca	
Ingesta de sustancias toxicas	
Ingesta de fármacos	
Inmersión	
Precipitación	
Otro (especificar)	

Derivación a Equipo de Salud Mental:

Si	
No	
Sin datos	

ANEXO 3: Carta solicitud de autorización para uso de Historias Clínicas.



Dirección Hospital Bella Unión,

Dr. Washington Pereira.

De nuestra mayor consideración:

Por la presente solicitamos a ustedes autorización para observar y recoger datos de registros en Historias clínicas de dicha institución, con el fin de realizar el trabajo de investigación estadística, requerimiento para la elaboración de la Tesis final.

El tema de la misma, fue seleccionado por el profesor adjunto de la Cátedra de Salud del Niño y Adolescentes Licenciado en Enfermería Sandro Hernández, sobre Intentos de autoeliminación en adolescentes de 10 a 17 años de edad, en el período comprendido entre Diciembre 2017 a Noviembre 2018.

Los abajo mencionados somos estudiantes de la Universidad de la Republica, Licenciatura en Enfermería, modalidad Carrera Escalonada, generación 2011.

Sin otro particular, y aguardando una pronta respuesta, saludamos cordialmente.

Bueno Silvia Teresita

De los Santos, Nury Hiojanes

FernandezYaquelineYannet


López Zulma Judith,

Paiva Giovanna


SILVIA BUENO

AUTORIZADO


Dr. Washington Pereira Suárez
Director
Hospital Bella Unión - U. E. 034

Recibido a
Emitido
16/05/19


ANEXO 4: Protocolo de atención en la adolescencia – Intento de auto – eliminación. ASSE

1. INTRODUCCIÓN

El siguiente protocolo tiene el propósito de mejorar la calidad de la atención de los usuarios adolescentes y de homogeneizar la práctica clínica en los diferentes niveles de atención de ASSE. Pretende sistematizar las acciones de salud para la detección precoz y prevención del suicidio en adolescentes, de conducta suicida.

1.1. Magnitud del problema

El número de suicidios y de Intentos de Autoeliminación (IAE) representan un grave problema de Salud Pública con alrededor de un millón de muertes anuales en todo el mundo, existiendo un aumento en la tendencia del fenómeno en edades tempranas (Larrobla et al. 2013; Botega, 2005; Botega, 2002; Hendin, 1992; Cassorla, 1991). La OMS (2014) informa que en el año 2012 los suicidios fueron la segunda causa principal de muerte de la población joven a nivel mundial, en edades que van entre los 15 a 29 años, implicando significativos costos psicológicos, sociales y económicos para la sociedad. Estima que para el año 2020, si la tendencia actual se mantiene, aproximadamente 1,53 millones de personas morirán por suicidio. Sumado a esto, si se tiene en cuenta que por cada suicidio consumado se calcula que existen 20 intentos de suicidio fallidos que determinan múltiples lesiones y graves secuelas emocionales tanto para el sujeto suicida como para su familia y allegados, el panorama se agrava (Berlote, 2002). La entidad del fenómeno a nivel mundial ha llevado a que sus causas hayan sido y estén siendo profundamente discutidas. Se tiene claro la existencia de un perfil multi causal y evolutivo, en el que se reconocen desencadenantes circunstanciales y psicosociales. Asimismo, se ha estudiado la estrecha relación que existe entre el suicidio y las enfermedades mentales (depresión, abuso de sustancias psicoactivas, historia de abuso sexual). Estudios indican (Bertolote, 2003) que hay una prevalencia total de 80-100% de trastornos mentales en casos de suicidios consumados.

1.2. Características del problema en Uruguay

En Uruguay las tasas de mortalidad por suicidio se ubican entre las más elevadas del continente, ascendiendo en el año 2015 a 18,55 muertes por cada 100.000 habitantes (MSP– UNFPA, 2015).

En el período 2005-2009, según datos del Área Programática Salud Mental del MSP, la mortalidad de adolescentes y jóvenes uruguayos de 10 a 24 años fue de 2.383 personas, de éstas, el 63% (1.519) ocurrieron por causas externas, incluyendo en estas causas las lesiones no intencionales (accidentes) y lesiones intencionales (violencia) las cuales pueden ser autoinfligidas o causadas por terceros (Larrobla et al. 2013). Según datos del MSP (2011) en la adolescencia y juventud, los accidentes de tránsito ocupan el primer lugar como causal de defunción y los suicidios el segundo.

1.3. Características del problema en ASSE

Con respecto a los usuarios que consultaron en la red de servicios de salud de ASSE ambulatorios, se destaca que de un total de 22.941 usuarios de 10 a 14 años que se asistieron en el período 2014-2015, el 5,8% corresponden a adolescentes que consultaron por problemas psicológicos. En el mismo periodo los adolescentes de 15 a 19 años que consultaron en policlínica fueron 20.939 de los cuales el 4.5% lo hizo por problemas psicológicos (Bettini, et al. 2016).

En las consultas relativas a IAE en la población de 10 a 19 años por tramo etario y por sexo durante 2014 y 2015, se destaca que puede existir subregistro debido en parte a que el sistema de reporte es de reciente implementación. Se observa el aumento de las consultas por esta causa en los adolescentes de 15 a 19 años y se destaca el alto número de consultas en las mujeres sobre las de varones en ambos tramos etarios en los dos periodos descritos.

Como señala el Informe mencionado, se evidencia en el análisis de las fuentes de datos estudiados (Historia clínica electrónica, egresos hospitalarios, emergencias) que los problemas de salud mental en la adolescencia son prevalentes. Si bien los datos son parciales, se puede establecer que debido a la gravedad que suponen en esta etapa de la vida significan una prioridad para ASSE.

2. MARCO CONCEPTUAL

Un alto porcentaje de suicidios es prevenible, para ello se requiere de una estrategia de prevención con un enfoque integral multisectorial (OMS, 2014). La reducción del estigma, la sensibilización y concientización en la comunidad son claves, así como también la capacitación en el personal de salud y de la educación para detectar en forma precoz a la población adolescente en riesgo. El Plan Nacional de Prevención del Suicidio¹ (MSP, 2011) pretende dar respuesta a este problema complejo y multicausal, contempla entre sus objetivos la prevención del suicidio y la evaluación de acciones específicas para disminuir las tasa de suicidio en grupos de riesgo, desde un enfoque interdisciplinario e intersectorial.

La atención Integral de Adolescentes es un modelo que nos permite mejorar la atención de esta franja etaria. Este modelo privilegia la promoción de estilos de vida saludables, potencia fortalezas y previene probables riesgos, involucra a la familia y el soporte social existente. Abarca no solo al servicio de salud, sino también a los ámbitos donde habitan, estudian, trabajan o se recrean los adolescentes. La atención es brindada por un equipo de técnicos de distintas disciplinas, construyendo un proceso de interdisciplina e intersectorialidad.

Los estudios epidemiológicos elaborados sobre un gran número de casos, tienen el mérito de destacar lo que se llama los “factores de riesgo” (MSP–UNFPA2015).

En razón de su misma naturaleza estos estudios ponen en primer plano los factores comportamentales individuales y ambientales: familiares y socioculturales.

Este “perfil de riesgo” tiene por finalidad conocer mejor las características socioculturales de los adolescentes, para utilizar así, con la mayor pertinencia, los medios preventivos puestos a disposición de los especialistas de la salud.

Si pudiéramos identificar al adolescente suicida en la etapa más temprana posible estaríamos más aptos para tener éxito en la prevención de la pérdida de su vida, a través de la implementación de las intervenciones apropiadas.

2.1. Particularidades de la adolescencia:

Muchas conductas de riesgo en la adolescencia están determinadas por la búsqueda, ya sea consciente o no, del sentido de la vida, y el límite entre la

vida y la muerte. A menudo la percepción de vulnerabilidad conduce a la exposición, a riesgos elevados o graves como forma de no mostrarse vulnerables. Por ejemplo, las autolesiones pueden interpretarse como un signo de alivio de la tensión, así como una demostración de tolerar el sufrimiento. Llevar una marca en la piel muestra el sacrificio realizado.

Estas conductas de riesgo que pueden ser graves, no siempre están motivadas por el deseo de morir. El concepto de muerte requiere la idea de irreversibilidad que, aunque en la adolescencia puede estar ya instalado se experimenta en forma difusa.

Adolescentes que han realizado un intento de autoeliminación luego expresan “yo solo quería dormir y alejarme...” (MSP– UNFPA2015).

La expresión de malestar en la adolescencia puede presentarse como manifestaciones somáticas, por ejemplo, quejas y comentarios de los adolescentes acerca de su cuerpo, fatiga, insomnio, pesadillas, dolores de espalda, cefalea, dolor abdominal, problemas dermatológicos.

Manifestaciones psicológicas concernientes a su estado anímico: nerviosos, deprimidos, con ganas de llorar, aburrimiento, irritabilidad, soledad, ideas de suicidio, sensación de inadecuación, problemas de estudio.

Percepción del cuerpo: se encuentran gordos, delgados, con defectos, con problemas en la identidad sexual.

Problemas de conducta como autolesiones, heteroagresividad, trastornos en la alimentación, consumo de alcohol y sustancias, y otras conductas de riesgo incluyendo relaciones sexuales sin protección.

La intensidad desmedida de estos sentimientos puede estar en la base de las conductas suicidas sin que implique una patología psiquiátrica establecida.

Síntomas y signos a tener en cuenta

La depresión en la adolescencia es una de las causas asociadas al intento de autoeliminación, por lo que detectar a tiempo los siguientes síntomas y signos es importante no solo para prevenir los suicidios, sino para actuar lo antes posible frente a este sufrimiento:

- ✓ Cambios en los hábitos de dormir y comer (en más o en menos)
- ✓ Retraimiento de sus amigos, familia y actividades habituales
- ✓ Actuaciones violentas, irritabilidad, fugas

- ✓ Abuso de drogas (incluyendo alcohol)
- ✓ Abandono importante de su apariencia habitual
- ✓ Cambios pronunciados en la personalidad
- ✓ Aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro en la calidad del trabajo escolar
- ✓ Quejas frecuentes de dolores físicos: cefaleas, dolor abdominal, fatiga
- ✓ Pérdida de interés en actividades que antes daban placer
- ✓ Aislamiento

El sentimiento de tristeza puede acompañar estos síntomas, o puede no estar presente.

Frente a la existencia de uno o varios de estos síntomas es necesario consultar con profesionales de salud mental.

Los desencadenantes que se describen en general en el intento de autoeliminación son las discusiones con los padres, la ruptura de lazos de amistad o pareja y el mal desempeño educativo.

Para algunos autores los sentimientos que llevan a un posible IAE forman parte de las vivencias comunes de los adolescentes, pero para otros existe un diagnóstico psiquiátrico de base como la depresión, trastornos de conducta, trastornos de la personalidad borderline, esquizofrenia.

Ideas de autoeliminación

Ideas, pensamientos, planes o deseos de morir, cometer suicidio.

Lesiones autoinfligidas (Autolesiones graves)

Las lesiones autoinfligidas con o sin ideas de muerte, revisten gravedad por la intensidad del acto, la reiteración del mismo y el nivel de impulsividad del adolescente. Cuando se acompañan de ideas de muerte se consideran como riesgo de conducta suicida.

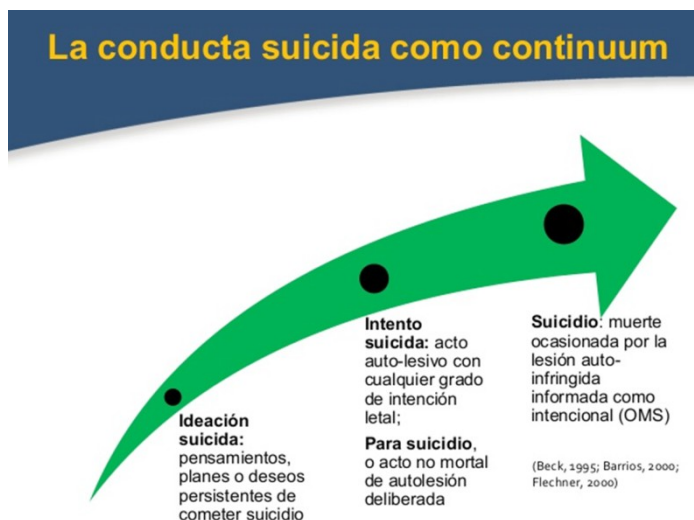
Intento de Autoeliminación (IAE)

Todo acto cuyo cometido principal es procurar dar fin a la existencia de sí mismo, sea este un acto claramente manifestado por la persona y/o como resultante del diagnóstico del profesional de la salud.

Suicidio consumado:

Muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita que la persona buscó quitarse la vida.

Conducta suicida como un Continuum:




En numerosos casos de suicidios consumados se encuentra retrospectivamente que hubo conducta suicida. Sin embargo, no todas las personas que tienen ideas de muerte realizan intentos de suicidio o se matan. Dada la dificultad de anticipar con certeza quiénes pasaran o no a una acción de mayor gravedad, es necesario considerar seriamente todas las manifestaciones que impliquen ideas de muerte.

Es por esta razón que es importante y necesaria la adopción de medidas y la implementación y desarrollo de estrategias dirigidas a la disminución de la conducta suicida en los adolescentes de nuestro país.

Las conductas autoagresivas en los adolescentes constituyen un problema creciente que interpela y cuestiona las respuestas posibles, por lo tanto, las actividades de prevención exigen la colaboración de diferentes sectores de la sociedad, pero fundamentalmente la salud y la educación. Estas actividades deben ser amplias, integradas y coordinadas.

Anexo 5: Ficha de registro obligatorio (FRO)



DIGESA/DPES/PNSM
Ficha de Registro de Intento de Autoeliminación (IAE)

Prestador Integral de Salud _____

Fecha de Consulta ____/____/____ Fecha de IAE ____/____/____

Nombre _____ Sexo Fecha nac Edad CI

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Tel. _____ Celular _____

Dirección _____

Departamento _____ Localidad _____ Urbano

Rural

Persona de referencia _____ Teléfono de contacto _____

Vive con Familia/pareja Amigo

Solo Institución

Otros _____

Ocupación _____

Método utilizado para el IAE

Ahorcamiento	<input type="checkbox"/>	Arma de fuego	<input type="text"/>
Ingesta de sustancias tóxicas	<input type="checkbox"/>	Fármacos	<input type="text"/>
Inmersión	<input type="checkbox"/>	Precipitación	<input type="text"/>

Otros métodos (especifique)

Se encuentra en atención por problemas de Salud Mental SI NO NO SABE

Farmacológico Psicoterapia

Otros (especifique)

DISPOSITIVO DE SALUD INTERVINIENTE EN 1° INSTANCIA

Puerta de emergencia	<input type="text"/>	Otros	<input type="text"/>
Médico de radio/ urgencia en domicilio	<input type="text"/>		
Policlinica	<input type="text"/>	Especifique	_____

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

SERVICIO O EQUIPO DE SALUD MENTAL

Fecha ____/____/____ Concurrió Si No

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

Otros datos a completar por el profesional de salud mental

FACTORES DE RIESGO

IAE previos	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especifique: 1 <input type="checkbox"/>	Dos o más <input type="checkbox"/>
Trastornos mentales:	Depresión <input type="checkbox"/>	Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Esquizofrenia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso P sustancias	<input type="checkbox"/>	Otros <input type="text"/>		
Enfermedades físicas crónicas y/o graves	<input type="checkbox"/>	Especifique <input type="text"/>		
Aislamiento social	<input type="checkbox"/>			
Situación laboral :	Desocupado <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>		
Eventos vitales estresantes	Duelo <input type="checkbox"/>	Otras pérdidas <input type="checkbox"/>	Otros <input type="text"/>	
Historia familiar de suicidio	<input type="checkbox"/>			
Otros	<input type="text"/>			
FACTORES DE PROTECCIÓN				
Apoyo familiar	<input type="checkbox"/>			
Buena integración social	<input type="checkbox"/>			
Habilidad en la resolución de conflictos	<input type="checkbox"/>			
Otros	<input type="text"/>			