



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA SALUD MENTAL



RELACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES MÉTODOS UTILIZADOS FRENTE AL INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN Y EL SEXO

AUTORES:

Br. Barboza, Luana
Br. Manzanares, Adrián
Br. Martínez, Paula
Br. Pacheco, Sara
Br. Peruchena, Karen

TUTORES:

Prof. Adj. Mag. Enf. Díaz, Álvaro
Prof. Agda. Esp. Lic. Garay, Margarita

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

Montevideo, 2010

INDICE

Introducción.....	Pág. 1
Planteamiento del problema.....	Pág. 2
Objetivos del proyecto.....	Pág. 3
Justificación.....	Pág. 4
Antecedentes.....	Pág.6
Fundamento teórico.....	Pág.10
Metodología.....	Pág.45
Operacionalización de las variables.....	Pag.47
Resultados	Pág. 50
Análisis.....	Pag.56
Conclusión y Sugerencias.....	Pag.59
Bibliografía.....	Pag.61

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería que se encuentran cursando el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería.

Nuestra investigación se desarrolló en el área de salud mental. El objetivo planteado en nuestro trabajo fue identificar los diferentes métodos utilizados para el intento de autoeliminación y el sexo, por adolescentes que concurren a consulta con psiquiatra en un Centro Asistencial del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Montevideo, cuyas edades estaban comprendidas entre 10 y 15 años.

La selección del tema a investigar surgió en primera instancia como interés grupal y una vez realizada la revisión bibliográfica, se caracterizó a la población según las variables seleccionadas para dicho estudio.

Hemos considerado la necesidad de aportar datos respecto a los diferentes métodos utilizados en el intento de autoeliminación por adolescentes uruguayos que pueda servir como punto de partida para próximas investigaciones, así como también para la elaboración de un programa de control y seguimiento de niños y adolescentes con esta problemática.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta problema

¿Cuál es la relación entre los métodos que fueron utilizados para el intento de autoeliminación y el sexo; por adolescentes entre 10 y 15 años que se asisten con psiquiatras en un Centro Asistencial del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Montevideo en el periodo comprendido entre el 12 de Marzo y el 21 de Octubre del 2010?

Área problema

Intento de autoeliminación en adolescentes que consultaron en el periodo de tiempo mencionado anteriormente con edades comprendidas entre 10 y 15 años de edad.

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo general:

Identificar los diferentes métodos utilizados para el intento de autoeliminación según el sexo; en adolescentes que concurrieron a consulta con psiquiatra en el periodo de tiempo entre el 12 de marzo y 21 de octubre de 2010 y que al momento de la consulta tenían edades entre 10 y 15 años.

Objetivos específicos:

Describir las características de la población según las variables sexo, edad, años de estudios cursados.

Describir en nuestra población objetivo los métodos mas utilizados para el intento de autoeliminación según el sexo.

Identificar si el adolescente ha presentado más de un intento de autoeliminación.

JUSTIFICACIÓN

El intento de autoeliminación es considerado por la OMS (2000) como un trastorno multidimensional, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales¹.

También lo define Montenegro como la voluntad o deseo consiente y deliberado de darse muerte.²

Siendo este un fenómeno universal presente en las diferentes culturas y en nuestro país la segunda causa de muerte, consideramos oportuno abordar este tema y dentro del mismo nos enfocaremos en los diferentes métodos utilizados por los adolescentes según el sexo.

Según la doctora Laura Viola, en el Hospital Pereira Rossell se registra un promedio de 146 ingresos anuales de chicos con intentos de autoeliminación menores de 15 años, una estadística sin picos pero constante en los últimos tres años, en cuanto a los métodos utilizados, en el 2002 predominaban armas de fuego, pero en 2007 la mayoría recurrió al ahorcamiento, tal vez porque es el método más accesible.³

La prevención de los intentos de autoeliminación constituye un reto para el personal de la salud y especialmente, para quienes trabajan en salud mental. Consideramos que como futuros licenciadas/os es importante trabajar en la

¹ Organización Mundial de la salud, Departamento de salud mental y toxicomanía; *Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional, trastornos mentales y cerebrales*; Ginebra 2001 p2-12.

² H.Montenegro; *Psiquiatría del niño y del adolescente*; segunda edición 2000; Cap 11p153.

³ <http://argijokin.blogcindario.com/2008/05/08996-uruguay-depresion-y-suicidio-infantil-no-avisan.html>

prevención de los Intentos de Autoeliminación, debido a que constituyen un problema para la salud del país, ya que este cuenta con escasas políticas preventivas y siendo el primer abordaje al usuario cuando este ingresa a un segundo nivel con el problema ya instalado.

A través de nuestra investigación pretendemos aportar datos relacionados con los métodos utilizados en el Intento de Autoeliminación por los adolescentes a modo de que pueda ser utilizado en políticas preventivas.

Cabe destacar que al inicio de nuestra investigación el trabajo fue planificado para abordarlo en un segundo nivel de atención en un Hospital pediátrico de referencia nacional; al solicitar autorización para realizar allí la investigación; el comité de ética de dicha institución consideró que ésta no les aportaba datos significativos puesto que recientemente se habría realizado una investigación donde se hace mención a esta temática.

Por este motivo nos vimos con la necesidad de buscar otro centro de referencia para la población, donde realizar la investigación.

Al realizar una nueva revisión de nuestro proyecto concluimos que el lugar mas apropiado para aportar a las políticas preventivas es desde el Primer Nivel de Atención donde se puede realizar un seguimiento a los usuarios de riesgo y a su familia.

Por lo cual concurrimos a la Red de Atención Primaria en Salud a solicitar información sobre algún centro donde realizar nuestra investigación y allí nos informaron.

Por este motivo se realizó la solicitud correspondiente, obteniendo autorización para llevar a cabo dicha investigación.

ANTECEDENTES

Luego de una extensa revisión bibliográfica y de acceso a Internet en cuanto a trabajos de investigación relacionados al tema encontramos:

Nacionales:

- Sobre la población adolescente y los Intentos de Autoeliminación se sabe, a través de un trabajo publicado por el Ministerio de Educación y Cultura (1998), que hay una prevalencia de 6,5% (correspondiendo 5% para el sexo masculino y 8% para el femenino) en un total de 430 entrevistados entre 15 y 19 años. Como método se observó el predominio de la sobredosis de fármacos, presentándose como motivos más frecuentes "los problemas con los padres", "sentirse incomprendido" y "problemas existenciales"⁴.
- En octubre del 2007 se realizó un estudio en la ciudad de Montevideo llamado "Adolescencia y Salud Integral", donde relata que entre 10 y 14 años el total de adolescentes es de 270.922 y entre 15 y 19 años es de 264.527, según la OMS donde se concluye que la mayoría de los intentos de autoeliminación fueron femeninos⁵.

⁴ Perdomo R. Constanzo A. Giordano G. Pereiro C. Ruben B. Intentos de autoeliminación. In: *Los adolescentes uruguayos hoy*. Montevideo: Ministerio de Educación y Cultura, 1998: 45 p. (Serie Aportes a la Educación,).

⁵ Dr. Susana Grunbaum (coordinadora), Dr. Mirta Belamendia, Dr. Mariela Bazzano (ministerio de Salud Pública), Dr. Yeni Ohrtoneda (RAP, ASSE).

- Algunos autores establecen relaciones entre las tasas de suicidio e Intento de Autoeliminación, por ejemplo: de los sujetos que intentaron suicidarse, entre 15% y 25% se matarán al año siguiente y 10% lo conseguirán en los próximos diez años; de los individuos que se suicidan, entre 45% y 70% presentaban trastornos del humor y la mitad de ellos ya lo había intentado con anterioridad . Es importante destacar que otros trabajos presentan los Intentos de Autoeliminación como un elemento pre editor de los suicidios⁶.
- En Uruguay, un estudio epidemiológico 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 Intentos de Autoeliminación presentan un comportamiento contrario, es decir, predominio en sexo femenino y joven, básicamente en población adolescente⁷.
- Nuestro país presenta en la última década una alta prevalencia de desesperanza y depresión en la población joven, que se relacionan con el incremento de los suicidios en esa misma población. De esta forma, el comportamiento del fenómeno en sí acompaña las tendencias, en líneas

⁶ *Tousignant M. Intentos de autoeliminación y suicidio. In: Ministerio de Salud Pública. Conferencias: MSP técnicas sobre Intentos de autoeliminación y suicidio. Montevideo; 1-5 marzo 2004. Montevideo, 2004.*

⁷ *Revista medica Uruguay, Vol 23, Nº4, Montevideo Diciembre 2007.*

- Un estudio realizado en el Hospital de Clínicas destaca los siguientes datos en relación con los Intentos de Autoeliminación para la población atendida en dicho Centro Asistencial: en el período 2000-2001 fueron atendidos un total de 83 ingresos por Intento de Autoeliminación en la Emergencia, siendo utilizado como método mayoritario la ingesta de fármacos, seguido por la ingesta de venenos. El sexo femenino se presentó como predominante con una relación de 1,4 a 1 respecto a los hombres⁹.
- Según Bailador, en su estudio específico sobre desesperanza en adolescentes que concurren a liceos públicos y privados, la cantidad de jóvenes que declararon tener problemas de índole familiar, económicos, y carecer de amigos, es altamente significativa entre los sujetos encuestados que se presentan más desesperanzados y con menores expectativas de futuro. En dicho trabajo entre 11% y 14% de los individuos estudiados presentaron ideación suicida o realizaron algún Intento de Autoeliminación¹⁰.

⁹ Viscardi N, Hor F, Dajas F. Alta tasa de suicidio en Uruguay. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Rev Méd Uruguay* 1994; 10: 79-91.

⁹ Lucero R, Díaz N, Villalba L. Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. *Rev Psiquiatr Uruguay* 2003; 67(1): 5-17

¹⁰ Bailador P, Viscardi N, Dajas F. Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Rev Méd Uruguay* 1997; 13: 213-23.

Internacionales:

- **A nivel internacional, anualmente, el suicidio alcanza índices de 16 muertes cada 100.000 habitantes, es decir, una muerte cada 40 segundos. Epidemiológicamente, está entre las diez principales causas de muerte en el mundo y entre las tres principales en jóvenes¹¹.**
- **Según datos estadísticos, se estima que de 7% a 12% de los niños y adolescentes de la población general tuvieron una ideación suicida seria, mientras otros estudios indican que cerca de un tercio de la población general, en algún momento de su vida, presentó ideación suicida¹².**

¹¹ *World Health Organization. Switzerland: WHO, 2002.*

Obtenido de: http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/

¹² *Maris R, Berman L, Silverman M. Comprehensive textbook of suicidology. New York: The Guilford, 2000.*

FUNDAMENTO TEORICO

Salud Mental:

Según **Vicente Galli** define Salud Mental como: " Estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progrediente; con crisis previsibles e imprevisibles, registrable subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social".¹³

La Cátedra en Salud Mental refiere que: la Salud Mental es la aptitud para afrontar y adaptarse a las repetidas situaciones estresantes de la vida de un modo aceptable.¹⁴

De acuerdo con la **Organización Mundial de la Salud**, 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 de la definición de salud que figura en la constitución de la Organización Mundial de la Salud: " La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

¹³ Silvia Melià, *Enfermería en Salud Mental: Conocimientos, desafíos y esperanza*, oficina del libro FEFMUR, Montevideo 2005.

¹⁴ Silvia Melià, *Enfermería en Salud Mental: Conocimientos, desafíos y esperanza*, oficina del libro FEFMUR, Montevideo 2005.

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desordenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.¹⁵

Enfermería en Salud Mental:

La **Cátedra en Salud Mental** la define como: "Toda actividad llevada a cabo por enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería participantes de equipos interdisciplinarios con la responsabilidad de realizar el cuidado de personas, familias y grupos de la comunidad que:

- se encuentren en riesgo de enfermar, ya sea por la etapa del ciclo vital, como por las condiciones de vida.
- se encuentren en situación de crisis, siendo necesario, no solo prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, sino también que se resuelva la

¹⁵ Organización mundial de la Salud 2009.

crisis, partiendo de la situación traumática hacia el logro de la superación.

- se encuentren enfermos y los esfuerzos en recuperación y rehabilitación contribuyan al logro de su más plena participación en la vida familiar y comunitaria, disminuyendo los factores de cronicidad.¹⁶

Atención Primaria en Salud según la Organización Mundial de la Salud:

“La atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, 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 auto responsabilidad y de autodeterminación.”¹⁷

Enfermería comunitaria:

La enfermera/o comunitaria es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación,

⁶ Silvia Meliá, *Enfermería en Salud Mental: Conocimientos, desafíos y esperanza*, oficina del libro FEFMUR, Montevideo 2005.

⁷ Organización mundial de la Salud 2009

fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.¹⁸

Adolescente:

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años.¹⁹

Cambios psicológicos en el adolescente

La adolescencia es quizás la época más complicada en todo el ciclo de la vida humana. Los adolescentes son muy conscientes y están seguros de que todo el mundo los observa, entre tanto, su cuerpo continuamente los traicionan; sin embargo la adolescencia también ofrece nuevas oportunidades que los jóvenes abandonan de diferentes maneras. No sabemos porque la maduración comienza y cuando lo hace, ni podemos explicar tampoco cual es el mecanismo exacto en la que la desencadena, solo sabemos que a cierta edad determinada por factores biológicos esto ocurre. Todos estos factores ayudan de una manera u otra a crear responsabilidad en cada joven, lo que hace

¹⁸ Departamento de enfermería en salud pública y ciencia sociales, basados en Antón Nardiz.

¹⁹ Organización mundial de la Salud 2009.

temprana o tardíamente que este obtenga una maduración intelectual que le hará abrir la memoria y pensar mejor las cosas antes de actuar.²⁰

Los cambios más frecuentes que ocurren son:

- **Invencibilidad:** el adolescente explora los límites de su entorno, tanto de su propio físico, como de sus posibilidades. Ello trae como consecuencia el gusto por el riesgo.
- **Egocentrismo:** el adolescente se siente el centro de atención porque se está descubriendo a sí mismo, y para él, no hay nada más importante en ese momento.
- **Audiencia imaginaria:** el adolescente, nervioso por los cambios que está viviendo, se siente observado constantemente, parece como si todo el mundo estuviera siempre pendiente de él. Es entonces cuando aparece la sensación de vulnerabilidad y el miedo al ridículo.
- **Iniciación del pensamiento formal:** durante esta época, el adolescente comienza a hacer teorías y dispone de toda una serie de argumentos y análisis que pueden justificar sus opiniones. Muchas veces, estos argumentos son contradictorios, lo cual no importa mucho al adolescente. Ha descubierto su capacidad de razonar, y la ejercita siempre que puede.
- **Ampliación del mundo:** el mundo no se acaba en las paredes del domicilio familiar, por lo que comienzan a surgir sus propios intereses.

²⁰ <http://www.monografias.com/trabajos4/adolescdo1.shtml>

- **Apoyo en el grupo:** el adolescente se siente confundido y adquiere confianza con sus iguales. El apoyo que logra en el grupo es importante para seguir creciendo, puesto que les une el compartir actividades.
- **Redefinición de la imagen corporal:** relacionada a la pérdida del cuerpo infantil y la consiguiente adquisición del cuerpo adulto.
- **Culminación del proceso de separación / Individualización y** sustitución del vínculo de dependencia simbiótica con los padres de la infancia por relaciones de autonomía plena.
- **Elaboración de los duelos referentes a la pérdida de la condición infantil:** el duelo por el cuerpo infantil perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil (renuncia a la dependencia y aceptación de nuevas responsabilidades) y el duelo por los padres de la infancia (pérdida de la protección que éstos significan).
- **Elaboración de una escala de valores o códigos de ética propios.**
- **Búsqueda de pautas de identificación en el grupo de pares.**²¹

²¹ http://www.angelfire.com/band2/suciasteam0/CAMBIOS_PSICOLOGICOS.htm

Intento de autoeliminación:

La Organización Mundial de la Salud define el **intento de autoeliminación** como cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención, este debe verse a la luz de los conocimientos actuales como falla de los mecanismos adaptativos del individuo a su medio ambiente, provocado por una situación conflictiva actual o permanente que genera un estado de tensión emocional, o como consecuencia a diversas causas, concepto que aporta una valoración integral y dialéctica de los factores que intervienen en el hecho.²²

Suicidio:

Se llama suicidio a la voluntad y/o al deseo consciente y deliberado de darse muerte.

La tentativa de suicidio o intento de autoeliminación caracteriza el fracaso de un suicidio, cualquiera sea su causa. La situación en los niños es diferente dado que antes de los 7 u 8 años generalmente aun no se ha adquirido el concepto de irreversibilidad de la muerte; existen algunos casos donde se expresa el deseo de muerte, pero en la mayoría de los casos el personal de salud debe sospechar el Intento de Autoeliminación en las intoxicaciones por encima de los 4 años y en los accidentes serios sobre todo cuando se da un patrón de estas conductas en forma repetitiva.²³

²² <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2226/1/Comportamiento-del-suicidio-en-el-Area-Integral-de-salud-Comunitaria-de-Zapara.html>

²³ Rev. Méd. Urug. v.23 n.4 Montevideo dic. 2007

Factores de riesgo en el intento de autoeliminación en adolescentes:

Los adolescentes que intentan el suicidio o se suicidarán se caracterizan por tener diversos factores de riesgo para esta conducta, entre los que se encuentran:

- Provenir de medios familiares con desventaja social y pobreza educacional.
- Estar más expuestos a situaciones familiares adversas que condicionan una niñez infeliz.
- Presentar mayor psicopatología, incluyendo depresión, abuso de sustancias y conducta disocial así como baja autoestima, impulsividad, desesperanza y rigidez cognitiva.
- Mayor exposición a situaciones de riesgo suicida o eventos vitales suicidógenos como las relaciones humanas tumultuosas, los amores contrariados o problemas con las autoridades policiales.

Factores culturales y sociodemográficos

Los problemas socioeconómicos, los bajos niveles educacionales y el desempleo son factores de riesgo para el comportamiento suicida pues limitan la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y coartan la libertad de quienes los padecen.

Situación familiar y eventos vitales adversos

La situación de la familia del adolescente suicida garantiza su infelicidad e impide su crecimiento emocional, pues son comunes:

- Presencia de padres con trastornos mentales.
- Consumo excesivo de alcohol, abuso de sustancias y otras conductas disociales en algunos de sus miembros.
- Antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y permisividad o aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento.
- Violencia familiar entre sus miembros, incluyendo el abuso físico y sexual.
- Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
- Dificultades para prodigar cuidados a los que los requieren.
- Frecuentes riñas, querellas y otras manifestaciones de agresividad en las que se involucran los miembros de la familia, convirtiéndose en generadores de tensión y agresividad.
- Separación de los progenitores por muerte, separación o divorcio.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.
- Dificultades para demostrar afectos en forma de caricias, besos, abrazos y otras manifestaciones de ternura.
- Autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los progenitores.
- Inconsistencia de la autoridad, permitiendo conductas que han sido anteriormente reprobadas.

- Incapacidad de los progenitores para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de las necesidades biopsicosociales.
- Incapacidad de apoyar plena y adecuadamente a sus miembros en situaciones de estrés.
- Exigencias desmedidas o total falta de exigencia con las generaciones más jóvenes.
- Llamados de atención al adolescente que generalmente adquiere un carácter humillante.
- Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.
- Incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

Sicopatología del adolescente que constituye una predisposición a cometer suicidio

Se considera que casi la totalidad de las personas que se suicidan son portadores de una enfermedad mental diagnosticable, lo cual ha sido ampliamente abordado en las investigaciones realizadas mediante las autopsias psicológicas. En los adolescentes este postulado también se cumple y se considera que la mayoría de los que se suicidan pudieron haber padecido algunas de las siguientes enfermedades:

- Depresión.
- Trastornos de Ansiedad.
- Abuso de alcohol.
- Abuso de drogas.
- Trastornos incipientes de la personalidad.
- Trastorno Esquizofrénico.

Depresión: Es una enfermedad del estado de ánimo, muy frecuente, la cual afecta al ser humano en su totalidad, ya sea física y emocionalmente, con repercusión social debido a la merma de la voluntad para satisfacer las demandas habituales de la vida de forma óptima. Entre los síntomas más frecuentes observados en los adolescentes deprimidos se encuentran los siguientes:

- Tristeza, aburrimiento, tedio y fastidio.
- Pérdida de los intereses y del placer en las actividades que anteriormente lo despertaban.
- Trastornos del hábito de sueño, con insomnio o hipersomnia.
- Intranquilidad.
- Falta de concentración.
- Irritabilidad, Discordia, mal humor.
- Pérdida de la energía para emprender las tareas cotidianas.
- Sentimientos de cansancio y agotamiento.
- Preocupaciones reiteradas con la música, libros, y juegos relacionados con el tema de la muerte o el suicidio.
- Manifestar deseos de morir.
- Sentirse físicamente enfermos, sin tener una enfermedad orgánica alguna.
- Incremento del uso del alcohol y las drogas.

- Falta de apetito o apetito exagerado.
- Conducta rebelde sin una causa que lo determine.
- Expresar ideas suicidas o elaborar un plan suicida.
- Planificar actos en los que no se calculen de forma realista, las probabilidades de morir.
- Llanto sin motivo aparente.
- Aislamiento social evitando las compañías de amigos y familiares.
- Pesimismo, desesperanza y culpabilidad.

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto:

- Ánimo deprimido la mayor parte del día durante todos los días.
- Marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias.
- Disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%).
- Insomnio o hipersomnia diarios.
- Agitación psíquica y motora o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía diariamente.
- Sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día.
- Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

Estos síntomas no deben ser ocasionados por una enfermedad física o por abuso de sustancias.

Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares.

Algunas particularidades de los cuadros depresivos en los adolescentes son las siguientes:

- Se manifiestan con más frecuencia irritable que tristes.
- Las fluctuaciones del afecto y la labilidad son más frecuentes que en el adulto, quien tiene mayor uniformidad en sus expresiones anímicas.
- Los adolescentes tienen la tendencia a presentar más frecuentemente exceso de sueño o hipersomnia que insomnio.
- Tienen mayores posibilidades de manifestar quejas físicas al sentirse deprimidos.
- Muestran episodios de violencia y conductas disociales como manifestación de dicho trastorno anímico con más frecuencia que en el adulto.
- Pueden asumir conductas de riesgo como abuso de alcohol y drogas, conducir vehículos a altas velocidades, sobrios o en estado de embriaguez.

Trastornos de Ansiedad: Diversas investigaciones han demostrado la correlación existente entre los trastornos de ansiedad y el intento de suicidio en adolescentes varones, no así entre los adultos. Se trata de un estado emocional en el que se experimenta una sensación desagradable de peligro inminente para la integridad física o psicológica del sujeto, quien puede temer a

volverse loco, perder la razón o morir de un ataque cardíaco. Si no es diagnosticado y tratado oportunamente este trastorno, puede comprometer las habilidades del sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

Las manifestaciones del Trastorno de Ansiedad son las siguientes:

- **Manifestaciones físicas** que incluyen pulso acelerado, palidez facial o rubor, incremento de la frecuencia respiratoria y sensación de falta de aire, sudoración de manos y pies, temblor, tensión muscular generalizada, saltos musculares, dolor de cabeza, náuseas, dolores abdominales, diarreas, micciones u orinas frecuentes, salto de estómago, piel de gallina, frialdad de manos y pies, etc.
- **Manifestaciones psicológicas** entre las que sobresalen el temor, la tensión, el nerviosismo, la sensación de estar esperando una mala noticia, la incapacidad para mantenerse quieto en un lugar y de relajarse.
- **Manifestaciones conductuales** consistentes en timidez, aislamiento, evitación de aglomeraciones y actividades sociales, dependencia, intranquilidad motora, hiperactividad afanosa o necesidad de mantenerse ocupado.

Las manifestaciones señaladas con anterioridad son universales, es decir, caracterizan a la ansiedad como trastorno o cortejo sintomático, pero es conveniente señalar que existen formas particulares de este trastorno, con síntomas específicos que relacionaremos a continuación:

- **Ataques de Pánico:** Manifestación extrema de la ansiedad con aceleración del pulso, hiperventilación o respiración rápida y superficial, miedo a perder el control y sensación de muerte inminente.

- **Fobia simple:** Miedo exagerado a objetos o situaciones que no representan peligro alguno para la mayoría de los individuos. Un ejemplo es el temor a los espacios cerrados o claustrofobia.

- **Fobia social:** Esta fobia es incapacitante para quien la presenta, pues el sujeto evita cualquier situación que signifique interactuar con otras personas por el temor a quedar mal paradas, a hacer el ridículo, a hablar en público o mostrarse incapaz de responder preguntas en un auditorio.

- **Ansiedad de separación:** Para su diagnóstico se requieren al menos tres o más de los siguientes síntomas:
 - Preocupación y malestar excesivos al separarse del hogar o de las figuras vinculares principales.
 - Miedo a perder a los padres o a que les pase algo malo.
 - Miedo a ser secuestrado o a extraviarse.
 - No poder ir a la escuela o a cualquier otro sitio.
 - No poder quedarse sólo en casa.
 - No poder dormir alejado de los padres o fuera de la casa.
 - Tener pesadillas recurrentes de secuestros. Accidentes, etc.
 - Manifestar diversas quejas físicas como dolor de cabeza, vómitos, dolor abdominal antes de salir del hogar hacia la escuela u otro lugar alejado.

Estos síntomas deben estar presentes por un período de por lo menos cuatro semanas e iniciarse antes de los 18 años.

Fobia escolar: Consiste en un temor a la escuela que ocasiona un ausentismo total o parcial, lo que se expresa en diversos síntomas físicos, imposibilidad de levantarse de la cama, náuseas, cólicos, etc. Afecta a los niños y las niñas en la adolescencia temprana, entre los 11 a 13 años.

Trastorno Obsesivo Compulsivo: Condición mórbida caracterizada por necesidad de realizar actos repetitivos o rituales de complejidad variada para mitigar la angustia surgida por la intrusión de pensamientos desagradables, persistentes a pesar de los esfuerzos del sujeto por desembarazarse de ellos y cuyo contenido es muy desagradable o absurdo, como por ejemplo estar contaminado, padecer una enfermedad, la muerte de un ser querido, profanación de imágenes religiosas, pensamientos de contenido sexual intolerables, etc.

Trastorno de Estrés Postraumático: Es un trastorno que ha cobrado interés en los últimos años y es ocasionado por un acontecimiento o situación traumática no habitual y de gran intensidad y que se caracteriza por la re-experimentación del trauma, por la aparición de conductas de evitación de situaciones en relación con dicho acontecimiento y por un aumento de síntomas neurovegetativos.

En la adolescencia son frecuentes los sentimientos de culpabilidad, tendencia a mantener en secreto lo ocurrido, cuando esto es posible, conducta oscilante entre agresividad, violencia y deseos de venganza, actitudes de inhibición, pasividad y excesiva complacencia ante el medio ambiente y en ocasiones, episodios de aparente repetición del trauma con ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos con lagunas de memoria.

Además de los trastornos depresivos y de ansiedad, el abuso de alcohol constituye un importante factor de riesgo de suicidio en la adolescencia, pues se estima que uno de cada cuatro adolescentes que cometen suicidio lo realizan bajo los efectos del alcohol u otra droga o la combinación de ambos. En la adolescencia la vía más socorrida para abusar del alcohol es la denominada sociocultural, la cual es el producto de las costumbres, tradiciones, y convenciones de las diferentes culturas, y se relaciona íntimamente con la presión ejercida por los grupos humanos grandes o pequeños. Se ejemplifica con el adolescente que se inicia en el consumo de cualquier sustancia adictiva para demostrar hombría, audacia ante sus iguales que lo subvalora sino sigue las reglas del grupo.

Por lo antes referido, será de suma importancia que el adolescente sepa que en la medida en que se ponga en contacto con cualquier sustancia adictiva, con una mayor frecuencia y por un período de tiempo más prolongado, tendrá mayores posibilidades de desarrollar una toxicomanía o dependencia de sustancias. Abuso de Alcohol. La característica esencial del abuso de alcohol o de otra sustancia cualquiera, consiste en un patrón desadaptativo de consumo de dichas sustancias, manifestado por consecuencias adversas, significativas y recurrentes relacionadas con su consumo repetido. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso y dañino, pudiendo llevar a problemas legales, sociales e interpersonales recurrentes. Estos problemas pueden manifestarse repetidamente durante un período continuado de doce meses.

Los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias son los siguientes:

- Un patrón desadaptativo de consumo de sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más de los siguientes síntomas durante un período de un año:

- Consumo recurrente de la sustancia que da lugar al incumplimiento de las obligaciones en el trabajo, la escuela o la casa (ausencias repetidas o pobre rendimiento académico, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de las obligaciones en la casa, etc.).
- Consumo recurrente de la sustancia en situaciones donde hacerlo es físicamente peligroso (conducir un automóvil o accionar máquinas bajo el efecto de la sustancia).
- Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (arrestos por escándalo público debido a la sustancia).
- Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o tener problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (discusiones con la esposa, violencia física, etc.).

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancia.

- Existen determinadas señales de peligro que deben hacer pensar a los padres, madres, tutores, maestros y médicos de la familia, que un adolescente está consumiendo drogas y son los siguientes:
 - Cambios bruscos de amistades.
 - Cambios en la manera de vestir y de hablar, utilizando la jerga propia de los toxicómanos.

- Disminución del rendimiento académico y repetidas ausencias injustificadas a la escuela, sin que se conozca en qué ha empleado el tiempo.
- Cambios en su comportamiento habitual en el hogar, tornándose irritables, aislados, huraños y sin deseos de compartir con el resto de la familia.
- Realiza hurtos en el propio domicilio, o en el de otros familiares, amigos o vecinos para venderlos y adquirir el dinero con que comprará la droga. En ocasiones roban importantes sumas de dinero a los padres o les mienten sobre supuestas compras de artículos deseados pero inexistentes.
- Cambios en los horarios de las actividades, predominando las que realiza en horarios nocturnos, lo cual altera su ritmo de sueño y alimentación.
- Señales de quemaduras en las ropas, manchas de sangre, señales de pinchazos en antebrazos o resto de drogas en los bolsillos.

Como se ha hecho evidente, el abuso de sustancias conlleva una serie de comportamientos comunes encaminados a la búsqueda de la sustancia, su consumo y restablecimiento de sus efectos nocivos, variando, como es lógico suponer, las manifestaciones clínicas de cada una de ellas.

Trastorno Disocial de la Personalidad: Es otro factor de riesgo de suicidio entre los adolescentes, que por sus rasgos clínicos tiene una elevada

propensión al suicidio y a la realización de daños auto infligidos. Sobresalen en este trastorno las siguientes características:

- Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes, propios de la edad, manifestándose por la presencia de los siguientes criterios durante los últimos doce meses y por lo menos de un criterio durante los últimos seis meses:
- Agresión a personas y animales: con frecuencia fanfarronea, amenaza e intimida a otros, a menudo inicia agresiones físicas, ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (bate de béisbol, ladrillo, botella, navaja, pistola, cuchillo, etc.), ha manifestado crueldad física con personas y animales, ha robado enfrentándose a la víctima (ataque con violencia, arrebatar bolsos, robo a mano armada), ha forzado a alguien a una actividad sexual.
- Destrucción de la propiedad social: ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves, ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas.
- Fraudulencia o robo: ha violentado la casa o el automóvil de otras personas, a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones, ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (robos en tiendas, falsificaciones de documentos) .

- **Violaciones graves de normas:** a menudo permanece fuera del hogar de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los trece años, se ha escapado durante la noche por lo menos en dos ocasiones, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustituto, suele tener ausencias a la escuela, iniciando esta práctica.
- **El trastorno disocial de la personalidad** provoca deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral. Con suma frecuencia desarrolla abuso de sustancias y dependencia de ellas, pero no por la vía sociocultural expuesta anteriormente, sino por la llamada hedónica, en la que la motivación más importante es la búsqueda de "placer artificial".

Trastorno de la Alimentación: En la cultura contemporánea los medios de difusión masivos han globalizado un modelo de belleza femenina que en muchas ocasiones se convierte en un objetivo imitativo inalcanzable, este trastorno puede enmascarse detrás de esta propuesta de belleza y se caracteriza por un severo trastorno de la conducta alimentaria que puede adquirir las siguientes formas clínicas:

1. **Anorexia nerviosa** en la que se presentan los siguientes síntomas:
 - Rechazo manifiesto a mantener el peso corporal mínimo.
 - Un miedo intenso a ganar de peso o a convertirse en obeso, incluso cuando se está por debajo del peso ideal para la talla.
 - Alteración de la propia percepción del peso o de la silueta corporal, creándose una imagen negativa de sí mismo.

2. **Bulimia nerviosa** que se caracteriza por:

- **Atracones** recurrentes, en los que el sujeto ingiere en un corto tiempo una cantidad superior de alimentos a los que ingeriría la mayor cantidad de personas en un tiempo similar y en similares circunstancias.
- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos.
- Conductas compensatorias inapropiadas, repetitivas, con la finalidad de no ganar peso, como son la provocación del vómito, el uso excesivo de laxantes, enemas, ayunos y ejercicios descontrolados.

Los atracones y las conductas compensatorias ocurren al menos dos veces por semana durante un período de tres meses.

La auto evaluación esta principalmente influida por el peso corporal del adolescente.

Trastorno esquizofrénico: Enfermedad devastadora que puede en su debut, tener como primer y único síntoma evidente el suicidio del adolescente. Se piensa que la asistencia al derrumbe psicológico, a las diversas sensaciones y percepciones anómalas, el cambio del mundo circundante y del propio Yo, cuando aún se conserva algún lazo con el mundo no esquizofrénico, explicaría este desenlace en un adolescente "aparentemente normal".

Esta enfermedad no tiene un cuadro clínico homogéneo, pero algunos síntomas deben hacer que se piense en ella. Entre estos, los siguientes son los más comunes:

- Pensamiento sonoro, eco, robo, inserción o difusión de los pensamientos del sujeto.

- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que realiza el individuo.
- Ideas delirantes de ser controlado, de ser influido en las acciones, emociones o pensamientos desde el exterior.
- Alucinaciones auditivas que comentan la actividad que la persona realiza.
- Ideas de tener poderes sobrenaturales y sobrehumanos.
- Invención de palabras nuevas que no tienen significado alguno para quienes le escuchan.
- Asumir posturas corporales extrañas mantenidas o no realizar movimiento alguno.
- Apatía marcada, pérdida de la voluntad, empobrecimiento del lenguaje o respuesta emocional inadecuada a los estímulos.
- Pérdida de intereses, falta de objetivos, ociosidad y aislamiento social.
- Lenguaje incapaz de servir de comunicación con los demás.
- La vida laboral, las relaciones sociales y el cuidado personal están gravemente comprometidos.

Se han mencionado y descrito las enfermedades mentales que frecuentemente conllevan suicidio entre los adolescentes, pero sería de inapreciable utilidad

detallar los rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que pueden facilitar la eclosión de salidas suicidas emergentes frente a situaciones de riesgo, las que serán abordadas más adelante.

Los siguientes rasgos o atributos de la personalidad del adolescente que se convierten en factores de riesgo para cometer suicidio son:

- Inestabilidad del ánimo.
- Conducta agresiva.
- Conducta disocial.
- Elevada impulsividad.
- Rigidez de pensamiento y terquedad de la conducta.
- Pobres habilidades para resolver problemas.
- Incapacidad para pensar realistamente.
- Fantasías de grandiosidad alternando con sentimientos de inferioridad.
- Sentimientos de frustración.
- Manifestaciones de angustia ante pequeñas contrariedades.
- Elevada autoexigencia que rebasa los límites razonables.

- Sentimientos de ser rechazado por los demás, incluyendo los padres u otras figuras significativas.
- Vaga identificación genérica y orientación sexual deficiente.
- Relación ambivalente con los progenitores, otros adultos y amigos.
- Antecedentes de haber realizado una tentativa de suicidio.
- Frecuentes sentimientos de desamparo y desesperanza.
- Frecuentemente se sienten heridos con la más mínima crítica.

Estos son algunos de los rasgos que predominan entre los adolescentes que al estar sometidos a las llamadas situaciones de riesgo pueden presentar una conducta suicida. Como es conocido, ellos se ven involucrados en mayor número de eventos vitales desfavorables que sus pares no suicidas.

Enunciaremos seguidamente aquellas situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida:

- Situaciones que pueden ser interpretadas a través del prisma del adolescente como dañinas, peligrosas, conflictivas en extremo, sin que necesariamente concuerde con la realidad, lo cual significa que hechos triviales para adolescentes normales, pueden tornarse potencialmente suicidógenos en adolescentes vulnerables, quienes los perciben como una amenaza directa a la auto imagen o a su dignidad.
- Los problemas familiares que como es reconocido, se constituyen en uno de los motivos fundamentales de la realización de un acto suicida.

- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.
- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.
- Situación de tortura o victimización.
- Fracaso en el desempeño escolar.
- Exigencia elevada de padres y maestros durante el periodo de exámenes.
- Embarazo no deseado y embarazo oculto.
- Infección con VIH o padecer una infección de transmisión sexual.
- Padecer una enfermedad física grave.
- Ser víctima de desastres naturales.

- Violación o abuso sexual, con mayor peligrosidad si se trata de familiares.
- Estar sometido a amenazas de muerte o golpizas.
- Estar involucrado en una situación de trajín-trajinado en una situación de régimen interno (escuelas, servicio militar).
- Incumplir con las expectativas depositadas por los padres, maestros, u otras figuras significativas y asumidas por el adolescente como metas alcanzables.

No se pretende agotar todas las situaciones que son de riesgo para que un adolescente intente contra su vida, pero sin lugar a dudas se han mencionado las más comunes.

Una vez que un adolescente vulnerable ante una situación psico-traumática inicia una crisis suicida, es necesario actuar con rapidez y asumir una postura muy directiva, ya que la característica principal de este tipo de crisis es que existe la posibilidad que el individuo intente afrontar la situación problemática mediante la auto agresión. Al existir esta posibilidad tangible el enfrentamiento a la crisis suicida tendrá como objetivo primordial mantener a la persona con vida mientras dure dicha crisis.²⁴

²⁴ http://www.revistefuturos.info/futuros14/suicidio_adoles1.htm

Concepto de muerte:

Los niños conciben la muerte como un fenómeno temporal. Pueden decir que alguien ha muerto sin conciencia alguna sobre la irreversibilidad del hecho. Pueden temer a la muerte pero la consideran como una separación de alguien a quien aman, algo que los pueden lastimar o como un castigo por mal comportamiento.

Los escolares más jóvenes aun consideran que la muerte es temporal y la pueden personificar como un fantasma o como el diablo. Los niños mayores entienden la muerte como un suceso permanente y se percatan que todos, ellos incluidos mueren algún día.

La evolución de la noción de la muerte en el niño engloba de forma indisoluble una dimensión sociológica y un punto de vista genético concerniente al propio niño.

En el plano sociológico la relación del niño con la muerte debe considerarse desde dos puntos de vista: la muerte del niño, por una parte, y la forma de cómo la muerte es presentada al niño, por otra. El mito de la inocencia total del niño convierte su muerte en un hecho inaceptable, aun cuando la muerte haya retrocedido ante el progreso de la medicina. En las escuelas se observa este fenómeno. En los libros de principio de siglo, la muerte, se trataba de humanos o animales, en cada página de libros de lectura. En nuestros días los libros de textos son asépticos, la muerte no aparece en ellos más que en forma anecdótica y distante. Los niños de hoy no ven la muerte más que una pantalla de televisión, la muerte ha pasado ser un espectáculo, se ha convertido en ficción, los muertos son otros.

Los autores que han abordado este problema distinguen varios estadios en la adquisición del sentido de la muerte: 4 fases

1. En la primera existe una incomprensión total y una indiferencia completa por el tema. Se prolonga hasta los dos años.
2. En la segunda fase, es abstracta, respondería a una percepción mítica de la muerte. La muerte es provisional, temporal, reversible. Esta etapa se prolonga hasta los 4-6 años.
3. La tercera fase es concreta que se prolonga hasta los 9 años. Esta es la fase del realismo infantil, de la personificación. Corresponde al conocimiento del objeto y se traduce por representaciones concretas: cadáver, cementerio, esqueleto, tumba.
4. La cuarta fase es nuevamente abstracta, entre los 9-11 años, la de la angustia existencial que supone el acceso a la simbolización de la muerte y al conocimiento de este concepto, pero también al temor de la pérdida real y al final de su propio destino.

También interviene, como la familia habla de la muerte frente al niño, la experiencia personal que de la misma puede tener a través de la defunción de parientes.²⁵

Conducta suicida:

Se define bajo este término a comportamientos que por su naturaleza ponen en peligro la vida del individuo o su integridad física. Se trata de un conjunto de conductas en el curso de las cuales la vida del individuo esta en peligro desde

²⁵ Margaret C. Skola, RN, MN, CCRN, *Cuidados Intensivos de enfermería en el niño, capítulo 1 Atención del niño críticamente enfermo y de su familia, volumen 1, Ed. Mc Graw- Hill interamericana, México.*

el punto de vista de un observador externo pero en las que el niño o el adolescente niega el riesgo que corre. Estas conductas suicidas pueden en ciertos casos, estar relacionados con las tentativas de suicidio. En realidad, existe un continuo en las diversas conductas que ponen en peligro la vida, desde las conductas peligrosas, pasando por los equivalentes suicidas, hasta las tentativas de suicidios.²⁶

Comportamiento suicida:

El comportamiento suicida o conducta suicida abarca las siguientes manifestaciones:

- **El deseo de morir:** Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares.
- **La representación suicida:** Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo, que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que ha pensado ahorcarse.

²⁶ Ladmo, F. Ottino J. *Las paradojas del suicidio en revista de psicoanálisis de niños y adolescentes*. Nº 1995.editorial Senda S.A. Argentina, (1901-200).

- **Las ideas suicidas:** Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:
 - Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".
 - Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo."
 - Idea suicida con un método específico no planificado, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
 - El plan suicida o idea suicida planificada, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.
- **La amenaza suicida:** Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo.

Debe considerarse como una petición de ayuda a la que deberíamos atender.

- **El gesto suicida:** Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.
- **El intento suicida:** también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación (IAE) o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.
- **El suicidio frustrado:** Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
- **El suicidio accidental:** El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, que se auto agrede sin propósitos de morir, pero las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida (inyección de petróleo en la pared abdominal, introducción de alambres hasta el estómago o por la uretra, etc.).
- **Suicidio Intencional:** Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo

deseo morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.²⁷

Métodos más utilizados:

Ahorcamiento: Viene a ser una variedad de asfixia mecánica, por la cual un individuo sujeto por el cuello a un lazo y atado a un punto fijo por encima del plano constrictor, determina por el peso del cuerpo suspendido total o parcialmente, la compresión de los vasos, nervios, órganos del cuello, produciendo la muerte. La suspensión del cuerpo es factor determinante en la calificación de ahorcamiento.²⁸

Intoxicación: Es la acción de cualquier agente tóxico, se traduce en una alteración o desarreglo en nuestro organismo que denominamos intoxicación y que podemos asimilar a una enfermedad.

Existen 3 tipos de intoxicación:

²⁷ Levovici, S. Diatkine, R. *El suicidio en el Niño y el Adolescente II estudio clínico y terapéutico, capítulo 11 en tratado de Psiquiatría del Niño y Adolescente, Vol. XII. Ed. Biblioteca Nueva, (233-245).*

²⁸ <http://www.monografias.com/trabajos34/asfixias/asfixias.shtml>

- **Intoxicación aguda:** es aquella que se produce por corto periodo de exposición al agente tóxico. Se produce una manifestación rápida de las alteraciones del organismo, precedida de una absorción rápida del tóxico.
- **Intoxicación sub aguda:** el efecto no es tan rápido ni tan importante.
- **Intoxicación crónica:** se produce por la exposición reiterada del individuo al tóxico. La exposición produce su efecto a largo plazo y en ocasiones es difícil de solucionar o incluso incurable. En ocasiones, los efectos aparecen en el individuo antes de lo debido por la existencia de otros problemas en el organismo. Ej.: El DDT que se acumula en los tejidos grasos generará una intoxicación crónica, no obstante, si el individuo adelgaza, la pérdida de tejido graso, se traducirá en un aumento de la concentración de DDT que se distribuirá por todo el cuerpo.²⁹

Psicofármaco: Es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.

Flebotomía: Acción y efecto de sangrar cortando una vena.³⁰

²⁹ <http://www.proyectosfindecarrera.com/intoxicacion.htm>

³⁰ <http://www.definicion.org/flebotomia>

Arma de Fuego: Se aplica esta denominación a las armas o materiales portátiles, ligeros o pesados, que utilizan proyectiles, pólvora y explosivos. La denominación de "armas de fuego" se debe a que las primeramente inventadas echaban una llamarada por la boca del arma.³¹

Arma Blanca: Es esa arma o herramienta que se identifica por su capacidad de cortar, herir, con bordes afilados o bordes puntiagudos. Se determina así mismo por ser utilizadas en combate, y por lo tanto ser empuñadas en combates cuerpo a cuerpo, sin embargo algunas de ellas también componen armas arrojadas. A diferencia de las armas de fuego, no demandan ser cargadas con munición. Se las puede catalogar según su longitud en armas cortas, sables espadas y de asta larga.³²

Caída Libre: La caída libre es la trayectoria que sigue un cuerpo bajo la acción de un campo gravitatorio exclusivamente.

La trayectoria de caída libre es la distancia recorrida en ángulo determinado sea vertical u horizontal.³³

³¹<http://www.monografias.com/trabajos13/ramas/trarmas.shtml>

³² <http://www.educandosobreamas.com/defensa-personal/armas-blancas.php>

³³ <http://conceptosfisica.galeon.com/>

METODOLOGÍA

Tipo y diseño general del estudio: cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Universo de estudio: todas las historias clínicas de los adolescentes entre 10 y 15 años de un Centro Asistencial del Primer Nivel de Atención que presentaron intento de autoeliminación y consultaron con psiquiatra en el periodo entre el 12 de Marzo y el 21 de Octubre de 2010.

Selección y tamaño de la muestra: el 100% de las historias clínicas de los adolescentes que presentaron intento de autoeliminación y concurren a consulta con psiquiatra en el periodo anteriormente mencionado.

Unidad de análisis y observación: historias clínicas de los usuarios.

Criterios de inclusión: Todas las historias clínicas de los adolescentes de 10 a 15 años con diagnóstico de Intento de Autoeliminación que consultaron con psiquiatra, en el periodo de tiempo transcurrido entre el 12 de Marzo y 21 de Octubre de 2010.

Criterios de exclusión: historias clínicas fuera del periodo de tiempo.

Procedimiento para recolección de información: realizar una revisión de las historias clínicas de estos usuarios.

Instrumentos a utilizar: instrumento de recolección de de datos. (Ver Anexo 1)

Validación del instrumento: realizamos una prueba piloto en una población de similares características, en el mismo lugar en diferente periodo de tiempo.

Plan de análisis: para analizar los datos, se empleó la estadística descriptiva, mediante la representación de los datos en tabla.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

EDAD:

Definición conceptual: Número de años de vida que tiene un individuo desde el momento de su nacimiento hasta ahora.

Clasificación: cuantitativa.

Escala de medición: continua.

Categoría: 10 años

11 años

12 años

13 años

14 años

15 años

SEXO:

Definición conceptual: El término "sexo" se refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: Femenino.

Masculino.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

Definición conceptual: número de años cursados por un individuo, tomando como referencia el último año aprobado.

Clasificación: cualitativo.

Escala de medición: ordinal.

Categorías: Primaria incompleta

Primaria completa

Ciclo básico incompleto

Ciclo básico completo

ANTECEDENTES DE INTENTOS DE AUTOELIMINACION:

Definición conceptual: Intentos de Autoeliminación previos que haya tenido el individuo.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: Presenta.

No presenta.

METODOS UTILIZADOS:

Definición conceptual: método que el individuo utilizo para atentar contra su vida.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: Ahorcamiento

Intoxicación.

Flebotomía.

Psicofármaco.

Uso de arma de fuego.

Uso de arma blanca.

Caída libre.

Precipitación bajo un vehículo.

Otros.

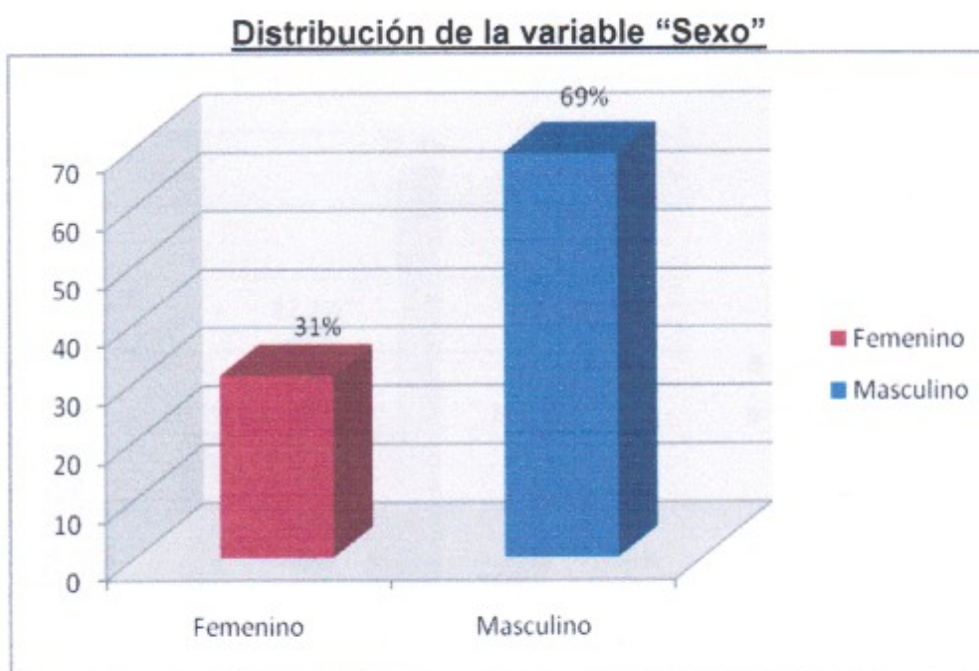
❖ Resultados

Distribución de la población estudiada según sexo, que consultaron en un Centro de Atención del Primer Nivel, en el periodo comprendido marzo - octubre del 2010, en la ciudad de Montevideo.

TABLA N°1

SEXO	FA	FR%
Femenino	9	31
Masculino	20	69
Total	29	100

GRAFICA N° 1



Fuente: Historias Clínicas

En este gráfico se destaca el sexo masculino con el 69%.

Distribución de la población estudiada según edades, que consultaron en un Centro de Atención del Primer Nivel, en el periodo comprendido marzo - octubre del 2010, en la ciudad de Montevideo.

TABLA N° 2

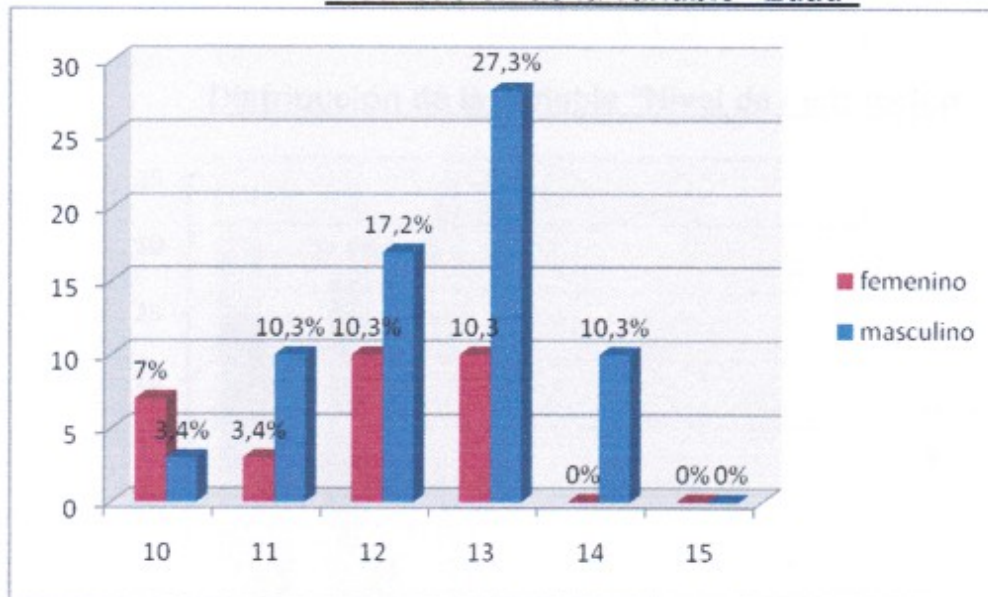
Variable

Sexo

EDADES	FA(masc.)	FR%(masc.)	FA(fem.)	FR%(fem.)	Total %
10	1	3,4	2	7	
11	3	10,3	1	3,4	
12	5	17,2	3	10,3	
13	8	27,6	3	10,3	
14	3	10,3	0	0	
15	0	0	0	0	
Total	20	69	9	31	100

GRAFICA N°2

Distribución de la variable "Edad"



Fuente: Historias Clínicas

En este grafico las edades que predominan para el sexo masculino son los de 13 años con un 27,3 %, para el sexo femenino 12 y 13 años con un 10,3%.

Distribución de la población estudiada según nivel de instrucción, que consultaron en un Centro de Atención del Primer Nivel, en el periodo comprendido marzo - octubre del 2010, en la ciudad de Montevideo.

TABLA N° 3

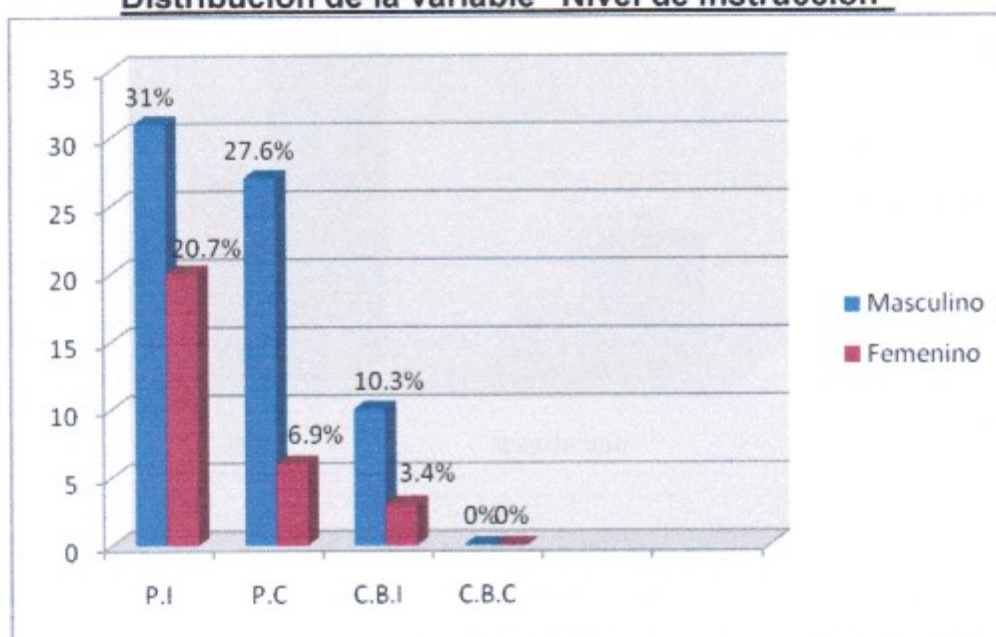
Variable

Sexo

NIVEL DE INSTRUCCION	FA(masc.)	FR%(masc.)	FA(fem.)	FR%(fem.)	Total %
Primaria incompleta	9	31	6	20,7	
Primaria completa	8	27,6	2	6,9	
Ciclo básico incompleto	3	10,3	1	3,4	
Ciclo básico completo	0	0	0	0	
Total	20	69	9	31	100

GRAFICA N° 3

Distribución de la variable "Nivel de Instrucción"



Fuente: Historias Clínicas

En este grafico el nivel de instrucción que predomina para el sexo masculino es primaria incompleta con un 31% y para el sexo femenino 20,7%.

Distribución de la población estudiada según número de intento de autoeliminación, que consultaron en un Centro de Atención del Primer Nivel, en el periodo comprendido marzo - octubre del 2010, en la ciudad de Montevideo.

TABLA N° 4

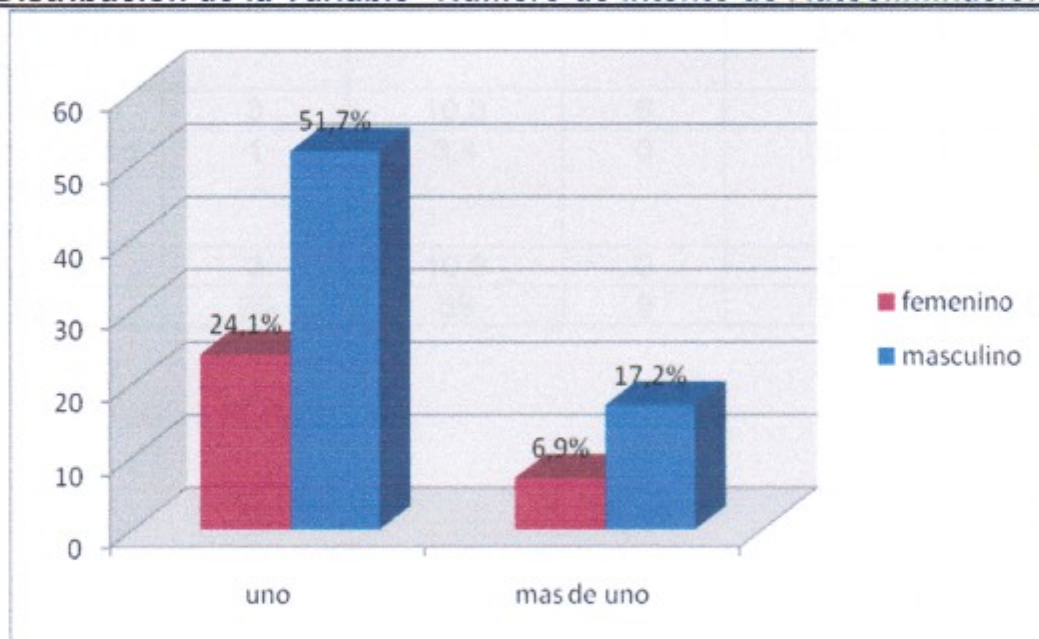
Variable

Sexo

Numero de intentos de autoeliminación	FA(masc.)	FR%(masc.)	FA(fem.)	FR%(fem.)	Total %
Uno	15	51,7	7	24,1	
Mas de uno	5	17,2	2	6,9	
Total	20	69	9	31	100

GRAFICA N° 4

Distribución de la Variable “Numero de intento de Autoeliminación”



Fuente: Historias Clínicas

En este grafico podemos concluir que el sexo masculino en su mayoría, intento de auto eliminarse un sola vez, con el 51,7%.

Distribución de la población estudiada según métodos utilizados, que consultaron en un Centro de Atención del Primer Nivel, en el periodo comprendido marzo - octubre del 2010, en la ciudad de Montevideo.

TABLA Nº 5

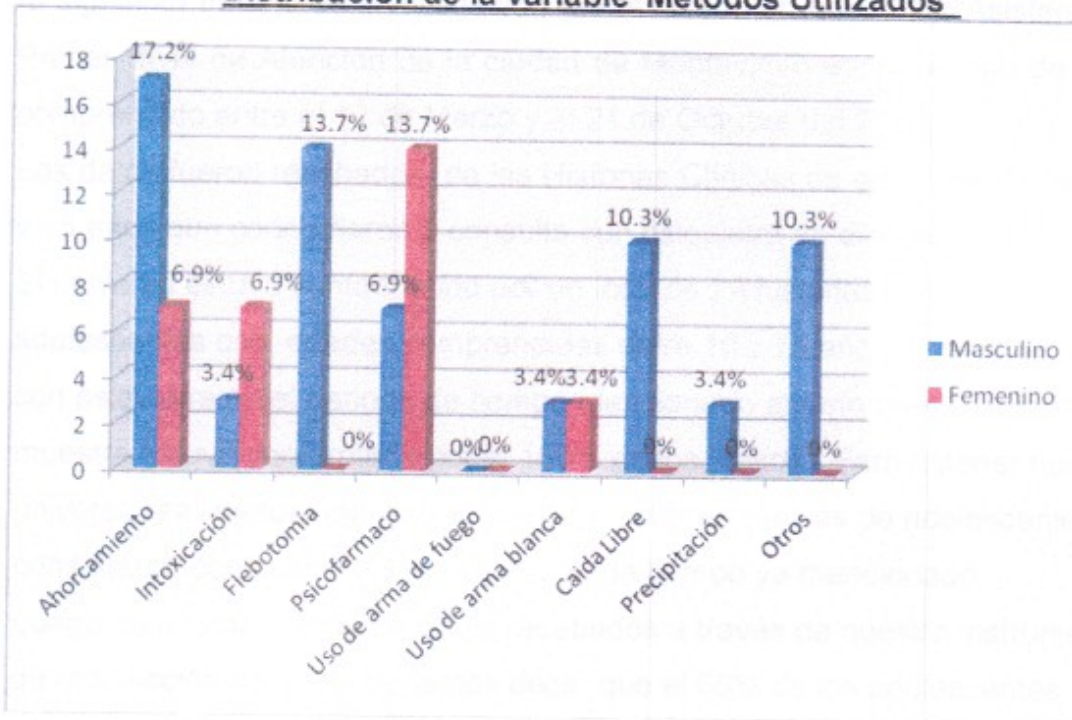
Variable

Sexo

Métodos utilizados	FA(masc.)	FR%(masc.)	FA(fem.)	FR%(fem.)	Total %
Ahorcado	5	17,2	2	6,9	
Intoxicado	1	3,4	2	6,9	
Flebotomía	4	13,7	0	0	
Psicofármaco	2	6,9	4	13,7	
Uso de arma de fuego	0	0	0	0	
Uso de arma blanca	1	3,4	1	3,4	
Caída libre	3	10,3	0	0	
Precipitación debajo de vehículo	1	3,4	0	0	
Otros	3	10,3	0	0	
Total	20	69	9	31	100

GRAFICA N°5

Distribución de la variable "Metodos Utilizados"



Fuente: Historias Clínicas

En este grafico podemos concluir que el método más utilizado en el sexo masculino es el ahorcamiento con 17,2% y en el femenino psicofármaco con un 13,7%.

ANALISIS

El siguiente trabajo de investigación fue realizado en un Centro Asistencial del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Montevideo en el periodo de tiempo comprendido entre el 12 de Marzo y el 21 de Octubre del 2010.

Los datos fueron recabados de las Historias Clínicas de adolescentes entre 10 y 15 años que concurrieron a consulta con psiquiatra en dicho centro.

El universo estuvo conformando por un total de 29 historias clínicas de adolescentes con edades comprendidas entre 10 y 15 años que consultaron con psiquiatra en el periodo de tiempo mencionado anteriormente, nuestra muestra estuvo conformada por el 100% de los casos. Para obtener nuestro universo realizamos una revisión de 374 historias clínicas de adolescentes que consultaron con psiquiatra en el periodo de tiempo ya mencionado.

Luego de un análisis de los datos recabados a través de nuestro instrumento de recolección de datos podemos decir que el 69% de los adolescentes son de sexo masculino y el 31% de sexo femenino, esto muestra que en su mayoría el sexo masculino realiza más intentos de autoeliminación que el femenino, con una relación de 2:1, este dato se contrapone con los antecedentes bibliográficos que fueron tomados como referencia para la realización de este trabajo (Revista Médica Uruguay, Vol23, N°4, Montevideo, Diciembre 2007).

Respecto a las edades el 38% de los adolescentes tenía 13 años; seguido por un 28% con 12 años; 14% 11 años; 10% tenían 10 años y 10% 14 años de edad. No se encontró consultas de adolescentes con 15 años de edad.

En lo que refiere a nivel de instrucción 52% tenían primaria incompleta; seguido por un 34% con primaria completa y el 14% ciclo básico incompleto, ninguno de los adolescentes tenía ciclo básico completo.

Del total de los casos estudiados (29 casos), un 76% presentó intento de autoeliminación en una sola oportunidad y el 24% restante presentó en más de una oportunidad.

Haciendo referencia a los métodos más utilizados predominó el ahorcamiento con un 24%; esto coincide con datos extraídos de un trabajo realizado por la doctora Laura Viola en el Hospital Pereira Rossell en el año 2007; seguido por intoxicación con fármacos con un 21%; flebotomía con el 14%, caída libre con el 10%, intoxicación (varios) con el 10%, arma blanca con el 7% y con el 4% precipitación debajo de vehículos.

Pasando a porcentajes específicos por sexo podemos decir que de los varones el 27,6% tenían 13 años, el 17,2% 12 años, quedando con el 10,3% los de 14, otros 10,3% los de 11 años y un 3,4% eran de 10 años.

En lo que refiere a nivel de instrucción podemos decir que el 31% de los varones tenían primaria incompleta; el 27,6% primaria completa y el 10,3% restante de ellos ciclo básico incompleto. Ninguno logro culminar ciclo básico. El 51,7% de los casos de sexo masculino no presentó más de un intento de autoeliminación y el 17,2% si presentó. Cabe destacar que no se pudo obtener datos respecto a cuantos intentos de autoeliminación previos tuvo cada adolescente.

En cuanto a los métodos más utilizados podemos decir que el 17,2% de los varones intentaron auto eliminarse por ahorcamiento; seguido por un 13,7% flebotomía; 10,3% caída libre; 3,4% intoxicación, 3,4% uso de arma blanca; también con el 3,4% precipitación debajo de un vehículo y un 10,3% otros métodos.

En lo que refiere al sexo femenino podemos decir que la edad que predominó fue 12 años con el 10,3% y con 10,3% las de 13 años, seguido con el 7% de 10 años y con 3,4% de 11 años de edad. No se presentaron casos de 14 y 15 años de edad.

En cuanto al nivel de instrucción 20,7% tenían primaria incompleta; con el 6,9% primaria completa; con ciclo básico incompleto encontramos un 3,4%. No se

presentaron casos con ciclo básico completo, por no haber casos con edades de 15 años.

Del total de casos femeninos encontramos que el 24,1% no presentó más de un intento de autoeliminación y el 6,9% si presentó en más de una oportunidad. Cabe destacar que no se pudo obtener datos respecto a cuantos intentos de autoeliminación previos tuvo cada adolescente.

Referido a los métodos más utilizados en el sexo femenino prevalece la ingesta de psicofármacos con el 13,7%, estos datos coinciden con una investigación publicada por el Ministerio de Educación y Cultura (1998), el cual también fue tomado como referencia para nuestra investigación; seguido por ahorcamiento con el 6,9% y con 6,9% intoxicación, con el 3,4% uso de arma blanca. No se registro ningún caso de flebotomía y uso de arma de fuego.

CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS

Una vez finalizada la investigación cabe destacar que logramos cumplir con los objetivos planteados.

Esto nos permite concluir que; los adolescentes que realizaron intentos de autoeliminación y a posteriori concurren a consulta con psiquiatra, en su mayoría eran del sexo masculino.

El mayor número de casos se dio en la adolescencia temprana para ambos sexos entre los 12 y 13 años de edad.

En cuanto a la prevalencia de intentos previos observamos que, la mayoría de los adolescentes no presentaba y si especificamos por sexo, dentro de los que si presentaban, los varones tuvieron un porcentaje más elevado.

En cuanto a los métodos más utilizados predominó en el sexo femenino con el 13,7%, la ingesta de psicofármacos.

En los casos de adolescentes varones podemos concluir que utilizaron métodos más violentos, apareciendo predominantemente el ahorcamiento con el 17,2%.

Respecto al nivel de instrucción la mayoría se encontraba cursando primaria para ambos sexos; no encontrándose adolescentes con intento de autoeliminación con ciclo básico completo; por no haber casos con edades de 15 años.

Consideramos que los datos que aporta nuestra investigación son relevantes ya que tomamos como soporte a varios autores que afirman mediante investigaciones científicas de estudio longitudinal que hay una alta relación entre los intentos de autoeliminación y futuros suicidios.

Por ejemplo de las personas que presentaron al menos un intento de autoeliminación entre el 15% y el 25% se matarán al año siguiente y el 10% lo hará en los próximos diez años.

Tomando en cuenta que en el centro de salud donde realizamos la investigación existe un equipo multidisciplinario de psiquiatría que asiste a adolescentes con dicha problemática, pudimos constatar que no hay una identificación específica de estos usuarios; un correcto registro en las historias clínicas y un adecuado seguimiento de los mismos, no encontrándose registros de visitas domiciliarias y llamados telefónicos.

Frente a esta problemática surge el interés de plantear las siguientes sugerencias:

- ❖ La creación de una base de datos donde se identifiquen a estos usuarios para facilitar el acceso a los mismos.
- ❖ Un correcto registro donde se detalle en forma específica, datos relevantes como fecha del intento de autoeliminación, fecha de intentos previos, evolución del paciente, así como también registros de otros profesionales como por ejemplo de asistente social.
- ❖ Implementar visitas domiciliarias y llamados telefónicos para lograr un correcto seguimiento a aquellos usuarios que lo ameriten, de esta manera poder conocer el entorno en el cual está inmerso, identificar necesidades para luego abordar al adolescente y su núcleo familiar.
- ❖ La creación de un grupo de apoyo donde se realicen actividades grupales, y se aborden temas como, la realización de ejercicio físico; alimentación saludable, educación sexual y reproductiva, drogadicción, alcoholismo, fomentando de esta manera el auto cuidado de la salud y la integración en grupos de pares, trabajando en coordinación con la Licenciada en Enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- Revista de Psiquiatría del Uruguay, Caracterización Clínica y Epidemiológica de los Suicidios en Montevideo y de los Intentos de Autoeliminación en el Hospital de Clínicas en el año 2000. Montevideo, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 67,N° 2. Diciembre 2003.
- Revista de Psiquiatría del Uruguay, Estudio Transcultural de la Psicobiología del Suicidio y de la Depresión, Vol. 62. N° 1. Abril 1998.
- Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 68, N° 194. Montevideo, diciembre 2004.
- Revista Médica del Uruguay, Vol. 23, N°4. Montevideo, Diciembre 2007.
- H. Montenegro; Psiquiatría del Niño y el Adolescente; Segunda Edición 2000; Cap. 11.
- D. Marcelli; Psiquiatría del Niño; 3° Edición; Editorial Masson; Cap. 12.
- Jerry M.Wiener, Mina K.Dulcan, Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia; Editorial Masson S.A, Barcelona (España) 2006.
- M. Martina Casullo, P. Daniel Bonaldi; Comportamientos Suicidas en la Adolescencia "Morir antes de la Muerte"; Editorial S.A, 2000.
- Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud Adolescente, Montevideo, Mayo 2008.