



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ENFERMERÍA SALUD MENTAL**



**CARACTERIZACIÓN DE USUARIOS CON INTENTO DE
AUTOELIMINACIÓN QUE REQUIRIERON
INTERNACIÓN EN EL HOSPITAL DR. MANUEL
QUINTELA Y ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PRIMERA DE
SOCORROS MUTUOS, ENERO 2000-DICIEMBRE 2003.**

AUTORES:

Br. Carballo, Lorena
Br. Muraña, Noelia
Br. Peduto, Noelia
Br. Scanzerra, Karina

TUTORES:

Lic. Enf. Curbelo, Graciela
Lic. Enf. Tuzzo, Rosario

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

Montevideo, 2005

Agradecimientos.

Queremos hacer mención especial a aquellas personas que nos brindaron su tiempo y conocimiento para la realización de nuestro trabajo:

- ❖ Autoridades Institucionales por abrimos sus puertas.
- ❖ Profesor Adj. Dr. Jorge Venegas.
- ❖ Licenciada en Enfermería Beatriz Celiberti.
- ❖ Licenciada en Bibliotecología Kaína Camps.
- ❖ Jefe del Depto. de Registros Médicos: Técnico Registros Médicos Alvaro Pérez.
- ❖ Jefe del Depto. de Registros Médicos y Estadística: Dra. Mildred De Lima.
- ❖ Sub Jefe Depto. de Registros Médicos: Técnico Registros Médicos Lucía Radice.
- ❖ Aux. Registros Médicos y Estadística César Sebastiani.
- ❖ A nuestras familias por el tiempo y el apoyo brindado.

Índice

Resumen	pág 1
Introducción	pág 3
Marco Teórico	pág 4
Justificación	pag 27
Tema y Problema	pág 29
Objetivos	pág 30
Diseño Metodológico	pág 31
Operacionalización de las Variables	pag 33
Resultados	pág 38
Conclusiones y Sugerencias	pág 42
Bibliografía	pág 45
Apendices	pág 46
I - Reseña de las Instituciones.	
II -Ficha recolección de datos.	
III-Ficha de códigos.	
IV-Autorizaciones.	
V -Tablas y gráficos.	

Resumen

Las estadísticas revelan que en Uruguay se suicida al menos una persona por día mientras que diez a quince lo intentan.

Las cifras de suicidio que hoy se registran en Uruguay (21 suicidios/100.000 habitantes), son las más altas de toda América del Sur. En América Latina los índices de Uruguay son solo superados por Cuba.

El objetivo de este trabajo fue: caracterizar los individuos que presentaron intento de autoeliminación, con internación en el Hospital Dr. Manuel Quintela y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, en el período de tiempo comprendido entre enero 2000 – diciembre 2003; utilizando dos tipos de poblaciones procurando cubrir los distintos niveles socioeconómicos.

Los datos se obtuvieron a través de una fuente secundaria como son las Historias Clínicas; de los 161 casos, 98 corresponden a la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, Instituto Médico Altamente Especializado (IMAE) que brinda atención de 1^{er}, 2^{da} y 3^{er} nivel dentro del ámbito privado y 63 al Hospital Dr. Manuel Quintela, hospital Universitario, público, de referencia nacional, que brinda atención en los cuatro niveles, cubriendo también procedimientos que se realizan en los IMAE actualmente instalados.

En lo referente a la distribución de los casos por año se observó que la mayor incidencia tuvo lugar en los años 2001 y 2002, incrementándose los mismos a comienzo y final del año.

En el Hospital Dr. Manuel Quintela los usuarios eran mayoritariamente de sexo masculino, procedentes de la capital del País, adultos jóvenes, con secundaria incompleta, desocupados o trabajaban en forma informal, solteros, vivían con su familia actual, destacándose un porcentaje importante de reclusos lo cual se debe a que es un hospital público y de referencia nacional, como antecedentes personales presentaron enfermedad psiquiátrica en un 48% e intento de autoeliminación previo en un 29%, predominando como modalidad de intento los traumáticos; mientras en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos la población se caracterizó por ser mayoritariamente de sexo femenino, procedente de Montevideo, adultos jóvenes, con secundaria incompleta, que difiere en forma leve de aquellos que presentaron secundaria completa, con trabajo formal, casados, vivían con su familia actual, destacando un porcentaje importante de usuarios que vivían solos, presentaban como antecedente familiar a destacar enfermedad psiquiátrica con un 15%, como antecedente personal intento de autoeliminación previo un 41% y suceso vital estresante con un 34%, predominó como modalidad de intento la intoxicación.

Es importante puntualizar que los casos estudiados son una ínfima parte del problema general, ya que los intentos de autoeliminación no son de denuncia obligatoria ante el Ministerio de Salud Pública.

Se realizan propuestas que apuntan al abordaje de la prevención del intento de autoeliminación y la participación de Enfermería Universitaria como profesional capacitado en la Atención Primaria de Salud e investigación.

Introducción

El presente trabajo es una investigación científica, llevada a cabo por cuatro estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería, cursando cuarto ciclo, primer módulo del plan 93, como requisito para finalizar la misma; tuteladas por las docentes Licenciada en Enfermería Graciela Curbelo y Licenciada en Psicología Rosario Tuzzo, pertenecientes al departamento de Salud Mental.

Dicha investigación se realizó atendiendo una exigencia curricular, con base en un interés grupal sobre el tema elegido.

Se realizó un estudio descriptivo, de enero 2000 a diciembre 2003. La metodología empleada fue cuantitativa, centrada en caracterizar a los usuarios que intentaron autoeliminarse y requirieron internación en el Hospital Dr. Manuel Quintela y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Nuestra motivación por elegir este tema se basó en datos estadísticos que revelan que: "en Uruguay se suicida al menos 1 persona por día, mientras otras diez lo intentan, alcanzando de este modo el segundo lugar en suicidios de América Latina" ¹.

En cuanto a la obtención de datos de usuarios con intento de autoeliminación se solicitó autorización en el Hospital Dr. Manuel Quintela al Jefe del Dpto. de Registros Médicos y en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos a las autoridades correspondientes.

Nuestra fuente de datos fueron las Historias Clínicas de los usuarios que presentaron intento de autoeliminación en el periodo de tiempo comprendido entre enero 2000 -- diciembre 2003, espacio utilizado con el fin de ampliar la muestra, obteniéndose un total de 63 casos en el Hospital Dr. Manuel Quintela y 98 casos en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Para la recolección de datos se implementó una ficha codificada; en el análisis de los mismos se determinaron las siguientes variables: año, mes, procedencia, sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación, estado civil, situación social de residencia, antecedentes familiares en el área de Salud mental, antecedentes personales en el área de Salud mental y modalidad del intento.

Se realizó tabulación, gráfico y análisis uní y bivariado de cada una de las variables, implementados en el software SPSS 10.0 (Statistic Program Social Science).

1- Szusterman A. La tragedia escondida. Diario El País. Suplemento ¿Qué Pasa? Montevideo 2001 mayo2, pág 4.

Marco Teórico

"Debido a que es un problema grave de Salud Pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. La investigación más reciente señala que la prevención del suicidio si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de los jóvenes y los niños, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de la información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención" ².

Parasuicidio

El término parasuicidio se refiere a "toda conducta autolesiva no mortal, sin considerar esencial en la definición la intencionalidad hacia la muerte" ³.

Además de las muertes por suicidio, se producen aproximadamente diez veces más atentados no fatales para deliberadamente dañarse a sí mismo, frecuentemente tan serios como para recibir asistencia médica. El conocimiento actual de la real magnitud del fenómeno del parasuicidio es extremadamente deficiente, siempre considerado respecto al suicidio.

El hecho que ningún país en el mundo registre oficialmente estadísticas de parasuicidio hace imposible relacionar tendencias nacionales en suicidio y parasuicidio. Sin embargo, basándose en los datos disponibles, parece razonable asumir que las tendencias actuales en suicidio y parasuicidio están altamente relacionadas.

Numerosos estudios han mostrado que el parasuicidio es uno de los más potentes predictores de suicidio. "Estudios de seguimiento mostraron que 10 a 14% de las personas envueltas en parasuicidio morirán por suicidio; en ellos el riesgo de suicidio es cien veces mayor que en la población general".

Las mujeres están más expuestas que los hombres al riesgo de parasuicidio. La relación por sexos es aproximadamente la inversa que la de los suicidios. El riesgo de cometer un intento suicida disminuye con la edad ⁴.

Entre los ancianos los factores más comunes son: la pérdida progresiva del estatus de vida, el deterioro de sus funciones y habilidades y una incapacidad de disfrutar la vida ⁵.

²- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental. Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra, OMS, 2001.

³- Carró P, Pena J, Ruiz M. Las conductas suicidas. (en línea) Disponible en: <http://www.suicidios.org/estudios.htm> (fecha de acceso 2004 abril 4)

⁴-Araujo L. Suicidios en el Uruguay y su relación con la economía Nacional. (en línea) Disponible en: <http://www.ama.org.uy/publicaciones/ama/11898/v33n17.htm> (fecha de acceso 2004 abril 4).

⁵- Vidal G, Alarcón R. *Psiquiatría Médica*. Buenos Aires: panamericana, 1990

Según los resultados de una encuesta realizada por Davidson y Choquet (en 1974), entre adolescentes de Lyon, el gesto suicida es más frecuentemente impulsivo y en la mayoría de los casos aparece ligado a una situación de estrés familiar.

Según cita la Dra. Lucero Abreu, los factores de riesgo sociodemográficos son los mismos que para el suicidio, en tanto los factores psicopatológicos son diferentes: en el parasuicidio predomina en personas con trastorno de la personalidad o que viven situaciones de crisis ⁶.

El parasuicidio es un perfil particular de conducta patológica diferenciada y más rica en significaciones, que un simple fracaso de un intento de autoeliminación. "Mantiene relaciones mucho menos precisas con la patología mental: el conjunto de los suicidas está constituido por psicóticos (alrededor del 20%), por tantos depresivos como neuróticos y por desequilibrados psicópatas, pero también está constituido por sujetos débiles, inmaduros, abandonados y por histéricos en los que el acto suicida es profundamente ambiguo y tiene el valor de llamada al otro, de petición de afecto, en la que el deseo de ser amado conduce a interpretar su muerte como un desafío".

Parasuicidio, llamada? ; pero también fallo de los mecanismos defensivos de la personalidad, la tentativa de suicidio se inscribe hoy en un contexto sociocultural que hace válido un comportamiento regresivo que la sociedad culpabiliza poco, la medicina oficializa, y más asociada a la idea de sueño o de olvido que a la de muerte, puede querer testimoniar la pertenencia implícita a un grupo cuyas características son la juventud, la insatisfacción, el destino trágico y romántico, se convierte para algunos en una especie de "puerta de salida" ante conflictos o frustraciones que así resuelve momentáneamente ⁷.

Esto no resuelve nada, y tiene el riesgo de hacer persistente el recurso al suicidio.

En nuestra práctica diaria el riesgo de suicidio es un problema corriente, en términos de intensidad diferentes, en la que hay que valorar el riesgo de reincidencia a corto plazo.

Apreciación del riesgo

Todo intento de autoeliminación debe ser tomado seriamente, tratando de aclararlo en función del contexto psicológico y sociofamiliar del usuario.

Lo más común es la verbalización de ideas suicidas en forma vaga que solo se clasifican a través de un cuestionario específico. No existe una clasificación de las diferentes situaciones que viven estos usuarios, pero podría decirse que la mayoría ocurre como producto final de una crisis ante diversas circunstancias.

6- Abreu L. op cit.

7- Tomperiere T, Feline I Manual de psiquiatría. Barcelona : Masson, 1979.

"El riesgo es tanto más elevado cuando se trata de un conflicto intrapsíquico de origen mórbido (melancolía, esquizofrenia), el deseo de muerte aquí, es más lógico y absoluto. En caso de conflicto interpersonal, el gesto suicida implica tanto una angustia personal, como el deseo de agredir al otro a través de la amenaza de su propia muerte. Los cambios de las circunstancias exteriores y de la actitud de las personas que le rodean, frenará mas fácilmente el impulso" ⁸.

Basándonos en el libro de Psiquiatría de Vidal - Alarcón establecemos que, para la determinación del riesgo suicida es necesario tener en cuenta los factores agravantes:

- a- situación desesperada.
- b- aislamiento social y familiar.
- c- padecimiento de enfermedades físicas incurables, terminales, debilitantes.
- d- uso y abuso de drogas para aliviar la angustia.
- e- ideas intensas y reiteradas de culpa y acusación.
- f- alucinaciones auditivas que ordenan quitarse la vida.
- g- plan suicida concreto.
- h- disponibilidad de armas letales, venenos o drogas de alto poder.

La presencia de uno o varios de estos factores debe hacer pensar en un riesgo suicida alto; con excepción del plan concreto suicida o las alucinaciones que ordenan quitarse la vida, los demás elementos pueden aparecer dentro de un cuadro suicida de riesgo relativamente menor. Aunque es importante tomar en serio las amenazas de los usuarios reconociendo que el riesgo siempre está presente ⁹.

Demografía

- Sexo: los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, un índice estable en todas las edades. Por otra parte, las mujeres intentan suicidarse tres veces más que los hombres.
- Edad: entre los hombres, los suicidios alcanzan su máxima incidencia tras los 45 años; entre las mujeres el mayor número de suicidios consumados ocurre tras los 55 años. Los ancianos intentan suicidarse menos que las personas jóvenes, pero consuman su suicidio con más frecuencia.
- Raza: el suicidio entre los blancos es casi dos veces superior al de las demás razas, estas cifras se han puesto en duda ya que el índice de suicidios de la población negra va en aumento.
- Estado civil: el matrimonio reforzado por los hijos, parece disminuir significativamente el riesgo de suicidio. Las personas solteras que no se han

8- *Ibid.* pág 219.

9- Vidal G, Alarcón R. op cit pág 114

casado nunca, registran un índice general casi el doble que las personas casadas; las personas divorciadas muestran índices mucho más altos.

- **Salud:** el suicidio es más común en las personas que tienen una historia de suicidio en la familia, y que están aisladas socialmente. Factores muy significativos en relación con el suicidio son también: alcoholismo, otros abusos de drogas, depresión, esquizofrenia y otras enfermedades mentales.
- **Método:** la ingesta de fármacos es el método de suicidio más común, y es utilizado con más frecuencia que cualquier otro por las mujeres; los hombres suelen emplear como método armas de fuego, que suele tener un desenlace fatal mayor número de veces. Consideramos de importancia establecer la modalidad del intento, ya que el intento suicida se podría entender de dos maneras; el sujeto lo puede realizar como un acto de auto-agresión con amenaza de muerte, pero su intención no era quitarse la vida y aquel sujeto que está determinado a quitarse la vida y emplea métodos sumamente agresivos para lograr su objetivo. El método utilizado contribuye a determinar el carácter procesal del parasuicidio ¹⁰.

Prevención del suicidio

El mejor manejo es su prevención, detectando precozmente al "suicida potencial", a nivel familiar, escolar, laboral y de la comunidad.

La prevención del suicidio puede clasificarse en

- **prevención general:** incluye las medidas de soporte psicológicas, institucionales, educativas y sociales que incrementan la capacidad de los individuos para hacer frente a las situaciones de crisis.
- **prevención indirecta/inespecífica:** incluye las medidas de prevención encaminadas a la reducción de los métodos suicidas y a la ayuda de los problemas subyacentes como la enfermedad mental, el abuso de alcohol y drogas, la enfermedad física, las situaciones de crisis, etc.
- **prevención directa/específica:** incluye las medidas de prevención para abortar el proceso suicida ¹¹.

¹⁰- Kaplan H, Sadock B. Compendio de psiquiatría 2^{da} ed. México: Salvat, 1987.

¹¹- Pérez Barro S. El suicidio y su prevención (en línea) Disponible en: <http://www.wpanet.mx/seccional/blogs/prevencion/> (fecha de acceso 2004 mayo 23).

Después de un intento de autoeliminación

La preocupación será asegurar una profilaxis de la recidiva y considerar el valor sintomático del gesto suicida, lo que podría necesitar indicación terapéutica.

"En ocasiones, la realización de un intento de suicidio, alivia momentáneamente la tensión psicológica, disminución de la ansiedad y reacción pasajera de bienestar".

Es indispensable una entrevista psiquiátrica después de toda tentativa de Suicidio ¹².

Asistir al que salió con vida

Tratamiento

La entrevista debe estar enfocada a obtener detalles a cerca de los elementos suicidas, tratando de establecer una relación de apoyo. No se debe criticar, rechazar, ni castigar, ni tener miedo de realizar preguntas concretas sobre la sospecha suicida, pues la verbalización de esas ideas, lejos de empeorar la situación de crisis, la puede aliviar.

Una vez terminada la primera entrevista, debe evaluarse, si el usuario ha llorado, manifestado agradecimiento, si ha podido hablar de sus ideas y temores, entonces se puede considerar que ha sido terapéutica y se podrá concretar una nueva cita. De lo contrario, si el usuario no ha podido establecer una buena relación con el entrevistador, no ha querido hablar de sus ideas y se toma agresivo o mutista, es necesario pensar en el empleo de otras estrategias terapéuticas ¹³.

En el entorno inmediato del suicida salvado, las reacciones suelen ser negativas, reprobación o negación por parte de las personas claves, indiferencia de los vecinos, incomprensión respecto de las dificultades del usuario para readaptarse. Posteriormente, sin embargo, la actitud del entorno mejora, lo cual será fundamental para que el suicida sobreviva.

"A juicio del personal médico que se hace cargo de las urgencias en los servicios hospitalarios, existen tres clases de suicidas: los que nos caen simpáticos; los antipáticos y los indiferentes o neutros, teniendo con ellos tres actitudes hostilidad, neutralidad y simpatía (predominando en general la primera), el suicida se ve tratado con desprecio, y es dado de alta enseguida, a veces con un consejo hiriente -vaya a otro lado la próxima vez-, en lugar de un adiós, contribuyendo ésto a numerosas recidivas letales".

Se olvida con excesiva frecuencia que la reanimación fisiológica del suicida deberá seguirse con una "reanimación psicológica".

12- Lempereire T, Foñe I. op cit. pág 219.

13- Vidal G, Alarcon R. op cit. pág 199

Para el tratamiento a largo plazo conviene saber que, aún si la tentativa de suicidio fue benigna, si el sujeto vive un conflicto y está necesitando ayuda; y puede que la rechace, si la acepta habrá que verlo durante cierto tiempo, hasta que vuelva a estar en condiciones de asumir la responsabilidad de su propia vida.

Los centros de prevención, asesoramiento telefónico y otros son de suma utilidad para las personas en crisis ¹⁴.

Definición de Suicidio

"Es la muerte conseguida por una acción personal y voluntaria dirigida contra uno mismo.

La tentativa del suicidio, no es solamente un simple fracaso del acto suicida, sino otra forma particular de comportamiento cuya epidemiología y significación psicológica no son enteramente equiparables a las del suicidio" ¹⁵.

Concepto de conducta suicida

La conducta suicida es agresiva, ya que su meta es la obtención de la muerte, a través de un acto de autolesión, con el propósito de autodestrucción. Si la persona logra su cometido, se habla de suicidio; si sobrevive, se considera como intento de suicidio.

El gesto suicida, es difícil de diferenciar del intento leve de suicidio, que es también un acto de autolesión, pero no existe propósito real de autodestrucción y menos de lograr la muerte. Es realizado para impresionar y llamar la atención, carece de peligrosidad y generalmente tiende a repetirse.

Un Comité de Nomenclatura y Clasificación reunido en Filadelfia (1971), bajo la coordinación de A. Beck, distinguió tres amplias categorías:

- a- el "suicidio completo", que consiste en un acto voluntario, auto infligido, de amenaza vital, que termina con la muerte.
- b- el "intento suicida" que es el mismo tipo de acto, con injuria física, pero sin muerte.
- c- las "ideas suicidas", que incluyen ideas y actos suicidas indicadores de una pérdida del deseo de vivir, pero de los que no resultan injurias físicas.

El suicidio es un fenómeno, que tiende a aumentar progresivamente en algunos países.

Noción o fantasía de muerte

La representación de la muerte para el individuo con tendencias suicidas, le proporcionará posibilidades de la vida que antes carecía.

14- De Jorjho R. Los suicidios. Montevideo: Laboratorio Roche, 1982.

15- Lempérière T, Felice I op cit pág

El impulso autodestructivo

El suicidio/ intento constituye un acto de auto sadismo intenso en que el Yo realiza una acción hostil contra sí, de tal magnitud que en muchos casos consigue destruirse.

Factores familiares, sociales y situacionales

El suicidio pueda representar un esfuerzo por resolver una tensión familiar, severa o intolerable; una falla en el crecimiento, individualización y separación de la familia; las situaciones conflictivas que llevaron al sujeto a desesperarse, y el suicidio aparece como una respuesta a la situación de crisis.

Carácter procesal del suicidio

El suicidio podría implicar una enfermedad o perturbación mental, aunque no corresponda a una enfermedad determinada.

Los psiquiatras han comprobado que 1/3 de la población suicida padece de psicosis, neurosis o graves trastornos de la personalidad; lo cual no significa que los 2/3 restantes sean personas equilibradas.

Pedido de ayuda

En ocasiones es un desesperado pedido de ayuda, o de impacto sobre los demás por parte del suicida.

Actuación

Un problema importante es determinar como se desmoronan en un sujeto potencialmente suicida sus mecanismos auto preservadores y se pone en marcha el proceso suicida.

Mecanismos específicos

Son aquellos que llevan a consumir la fantasía suicida y son generalmente:

- la pérdida de objetos amados.
- las injurias narcisistas al Yo, a través del fracaso, daño psicológico relacionado con fatiga o a sustancias tóxicas.
- rabia, ansiedad, culpa.
- angustia paranoide ligada a fantasías persecutorias, etc.

Formación y desarrollo del proyecto suicida

La idea suicida sirve para aliviar temporalmente la tensión, ella puede repetirse y cristalizar en un proyecto que se organiza sobre las fantasías y experiencias del individuo. Al acto final preceden crisis y conflictos, después confusión y descontrol que pueden concluir con una despersonalización.

Perfil del carácter o personalidad suicida

Estas personalidades según Vidal Alarcon, se caracterizan por:

- a- internalización extremada de las normas culturales de su ambiente.
- b- gran sensibilidad al fracaso.

- c- inhabilidad para cambiar metas y roles.
- d- sentido de inferioridad.

Se esfuerzan por alcanzar metas y ganar, cuando fallan experimentan disconformidad por las severas diferencias entre sus aspiraciones y sus realizaciones; se sienten inútiles y creen que no hay otra salida que la muerte. Son personas rígidas e inflexibles para tomar decisiones ¹⁶.

Epidemiología

"El suicidio es una muerte multicausal pues involucra factores biológicos, psicológicos y sociales".

Factores biológicos

- baja concentración del ácido 5 hidroxindolacético en el líquido cefalorraquídeo de los suicidas.
- elevados niveles de actividad de la enzima MAO en las plaquetas.
- papel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides en la génesis de la depresión.
- depleción global de catecolaminas.
- predisposición genética a padecer enfermedades suicidógenas ¹⁷.

Factores Sociológicos

Como fue señalado por Emile Durkheim (sociólogo francés) hace ya un siglo, la tasa de suicidio responde a lo que se llamó "microsistema familiar", ya que es más elevada en hombres que mujeres, en ciudad que en provincia, en solteros y viudos que en casados, más frecuente en la noche y al inicio de la semana, en primavera y verano que en otoño e invierno.

La relación entre suicidio y desempleo es más difícil de establecer; de todas formas es claro que las crisis económicas, con el alto desempleo que provocan, se acompañan de un aumento de las tasas de suicidio, como se observó en la crisis económica de 1930.

- exceso de individualización y falta de integración (suicidio egoísta).
- exceso de integración social y falta de individualización (suicidio altruista).
- ruptura brusca de equilibrio existente entre el sujeto y la sociedad (suicidio anómico).
- excesivo control y reglamentación que limita sustancialmente el porvenir del sujeto (suicidio fatalista) ¹⁸.

16- Vidal G, Alarcón R. op cit pág 199.

17- Pérez Barrera S. op cit

18- Alrau L. op cit.

Factores psicopatológicos

"El suicidio está muy relacionado a la enfermedad psiquiátrica: más de 90% de los sujetos que se suicidan presentan un trastorno psiquiátrico. Los diagnósticos más representados son: depresión, alcoholismo, esquizofrenia y ansiedad".

- desesperanza.
- baja autoestima.
- pobre control de impulsos.
- pobre control emocional.
- poca capacidad de amar a otros y a si mismo.
- necesidades psicológicas frustradas.
- desamparo.
- elevada agresividad.
- constricción de las emociones y del intelecto.
- opción suicida predominando sobre otras.
- ambivalencia.
- dolor psíquico ¹⁹.

En el Manual de Psiquiatría de H. Kaplan y B. Sadock se hace referencia a Tuckman y Youngman quienes desarrollaron una escala para la valoración del riesgo suicida, incluyeron catorce características que identificaron como factores de riesgo, contrastando su validez contra un criterio de muerte posterior por suicidio. Las características de alto riesgo incluyen: edad de 45 años o más; sexo masculino; divorcio, viudez o separación; vivir solo; elección de un intento altamente letal.

Índices de suicidios medidos por categorías de alto riesgo y bajo riesgo de los factores relacionados con el riesgo en 1112 intentos de suicidio, factores que se detallan en el siguiente cuadro ²⁰:

19- Pérez Barrero S. op cit.

20- Kaplan, Sadock B. op cit pág 556.

<i>Factor</i>	<i>Categoría de Alto Riesgo</i>	<i>Índice de suicidio</i>	<i>Categoría de Bajo Riesgo</i>	<i>Índice de suicidio</i>
Edad	45 años y más	40,5	Menos de 45 años	6,9
Sexo	Masculino	33,8	Femenino	5,3
Raza	Blanca	16,7	No blanca	9,0
Estado civil	Separado, divorciado, viudo	41,9	Casado, soltero	12,4
Situación de empleo	Desempleado, jubilado	24,8	Empleado	16,3
Forma de vivir	Solo	71,4	Con otras personas	11,1
Salud	Mala (enfermedad aguda crónica 6 meses previo al intento)	18,0	Buena	13,8
Estado mental	Trastorno mental o nervioso, o síntomas conductuales, incluido el alcoholismo	17,6	Presuntamente normal, incluyendo breves reacciones situacionales	11,7
Método	Ahorcamiento, arma de fuego, tirarse al vacío, ahogarse	45,5	Cortarse o pincharse, gas o monóxido de carbono, veneno, combinación de métodos, otros	13,1
Consecuencias potenciales de las potenciales de las método	Probablemente fatal	31,5	Inocuo, productor de enfermedades	6,0
Descripción policia del estado del que intenta el suicidio	Inconsciente, semi- consciente	16,3	Presuntamente normal, alterado, bebido, con enfermedad física, otros	13,0
Nota de suicidio	Si	22,5	No	13,7
Intento o amenaza anterior	Si	22,6	No	13,1
Disposición	Admitido a un centro de evaluación psiquiátrica	21,0	Remitido a un familiar, al médico de la familia, a un sacerdote, agencia social u otro organismo	11,6

Modelos Psicosociales

Aunque no han sido las únicas dentro del modelo social, las teorías de Emile Durkheim suponen la contribución decisiva desde la sociología a la comprensión del fenómeno suicida. Inauguran además, al final del siglo XIX, los estudios modernos sobre el tema. Suponen una influencia capital en todos los estudios posteriores, incluso desde posiciones diferentes.

E. Durkheim relaciona el suicidio con la interacción entre la sociedad y el individuo. Así estableció tres tipos fundamentales de suicidio, resultados de la relación del hombre con su sociedad. En el suicidio altruista la persona acaba con su vida, como consecuencia de las reglas sociales que así lo piden bajo una determinada circunstancia, continuar con vida sería lo inaceptable (el "hara-kiri", por ejemplo). El suicidio egofsta es el decidido por el individuo en contra de su sociedad, cuyas normativas no le alcanzan (explicarla, por ejemplo, porqué el suicidio es más frecuente entre los solteros). El suicidio anómico tiene que ver con la ruptura brusca de la forma en que la persona se integra con su sociedad, la pérdida de las reglas habituales (por ejemplo, suicidios tras catástrofes económicas) ²¹.

Estudio transcultural de la psicobiología del suicidio y la depresión.

El suicidio y el intento de suicidio son complejos fenómenos humanos con profundas raíces psicosociales.

Este contexto ha favorecido el desarrollo de la idea de que, en circunstancias sociales desfavorables, existen individuos más vulnerables al riesgo suicida que serían quienes finalmente tienen mayor riesgo de realizarlo. En otras palabras, "dadas un cúmulo de circunstancias adversas, existirían individuos más propensos al acto suicida, por características de personalidad y por dotación biológica". Este último concepto ha ganado mayor aceptación luego de hallazgos que ligan el suicidio a la serotonina, uno de los neurotransmisores cerebrales.

La serotonina es el neurotransmisor utilizado por las células nerviosas, en las áreas del cerebro, cuya actividad tiene que ver con muchas de las actividades de la vida diaria: afecto, memoria, procesos sensoriales, etc. (Frazer y Hensler, 1994)

Se sabe que algunos antidepresivos actúan elevando la concentración de serotonina en la sinapsis. Esto llevó a pensar que algunas formas de depresión se deben a un déficit de serotonina. Diversos investigadores como Van Praag, describieron resultados que mostraban la existencia de niveles de actividad baja de serotonina en el cerebro en algunos usuarios deprimidos.

21- Carro P, Pena J, Ruiz M. op cit

Estos datos han sido corroborados luego por otros investigadores tanto en el líquido cefalorraquídeo (Banki y Arato, 1983; Asberg, 1976), como en el número de sitios de ligado de imipramida (Gross y Cols, 1998) o los niveles de serotonina en sangre o plaquetas con o sin estímulo farmacológico (Bigeon y Cols), 1990; Coccaro, 1989).

Las altas tasas de suicidios en contextos socioeconómicos muy diferentes podrían responder algunas interrogantes sobre las determinaciones del acto suicida, el suicidio se vincula a la depresión y la incidencia de los cuadros depresivos que es cada vez mayor en nuestros países, con repercusiones importantes sobre múltiples aspectos de la práctica médica. Por otro lado, "las conductas suicidas han sido vinculadas al manejo del impulso agresivo o a la agresividad en general, otro complejo aspecto del comportamiento humano cuyas determinantes psicobiológicas son aún poco conocidas".

La severidad del intento tiene mucho que ver con la planificación para lograr que no existan interferencias, lo que se puede asociar a un componente motor. Esta idea se vería reforzada por nuestros datos comparativos entre hombres y mujeres; este punto se podría relacionar con mayor capacidad motora masculina y las mayores tasas de suicidio consumado en hombres.

Por supuesto que otras interpretaciones, como la disponibilidad de métodos más violentos, son también factibles.

Como resumen, el hecho de que a pesar de diferentes contextos socio-culturales y los diferentes niveles de estrés psicosocial, se encuentren los mismos cambios metabólicos estaría apuntando hacia un rasgo biológico, quizás indicador de una mayor susceptibilidad.

"Los niveles no cambian luego de un tiempo de ocurrido el intento, cuando los pacientes ya están de alta, indicando que el cambio del metabolismo de serotonina sería un rasgo permanente y no episódico frente al estrés.

Ello podría sugerir una cierta predisposición al intento de autoeliminación. Los momentos de depresión y tristeza frente a circunstancias adversas pueden ser muchos, a lo largo de la vida de cualquier individuo; pero estos, con niveles bajos de serotonina, tendrían mayor riesgo durante estos períodos depresivos, de hacer un intento de suicidio.

Los datos obtenidos hasta el momento actual están indicando que quizás se pueda disponer en un futuro próximo de marcadores bioquímicos en sangre, por ejemplo, que permitan evaluar la importancia del riesgo suicida en individuos deprimidos"²².

22- Dajás F, Costa G, Rivero G. Estudio transcultural de la psicología y la depresión. Montevideo: SMU, 1994. Serie de Informe Técnico 1104.

Alta tasa de suicidio en Uruguay.

De las investigaciones realizadas por Dr. Federico Dajas (investigador del Clemente Estable) se desprende que, las tasas de suicidio de los últimos 25 años muestran un incremento gradual, pero marcado sobre el final de la década de los 90. Se mantiene la preponderancia de las tasas del Interior sobre Montevideo.

En el análisis por edades se detecta un cambio en relación a estudios anteriores con un aumento de la tasa sobre todo en hombres jóvenes (20 a 24 y 40 a 50 años) y un aumento concomitante en la mujer adolescente y madura. El mismo revela en la distribución del suicidio por sexo y edad, una preponderancia en el hombre, donde predomina la utilización de métodos violentos, teniendo el 50% de los casos trastornos psíquicos; mientras que el método más usado por las mujeres es la ingesta de medicamentos (psicofármacos).

"No existe significación relativa con la tasa de desempleo, ni con el cambio de ésta".

Se discuten nuevamente las posibles causas, sobre la base del suicidio como posible enfermedad, la existencia de una vulnerabilidad biológica, la acción concomitante de la crisis socioeconómica y el manejo a veces sensacionalista del tema que fomentaría el fenómeno del contagio y la imitación más que la prevención.

"La vulnerabilidad es, en éste sentido, un concepto muy importante ligado a la constitución biológica individual.

Se han descrito marcadores bioquímicos en los individuos suicidas que se relacionan principalmente con una alteración del metabolismo de la serotonina en el cerebro.

Estos datos permitirían definir la existencia de una disfunción cortical prefrontal, con alteración de la sensibilidad y la respuesta al estrés.

Factores genético/familiares, dificultades familiares de relación, problemas socioeconómicos, actuando sobre la base de un procesamiento alterado de las salidas al estrés, de las proyecciones de futuro y de un humor depresivo, pueden contribuir, en individuos vulnerables, al proceso que lleva a la consideración suicida que puede ser desencadenado por un último factor, muchas veces aparentemente banal".

A modo de hipótesis, para el autor, en la última década del siglo, han existido un mayor número de condicionantes sociales para dos dimensiones muy importantes del acto suicida, como lo son la desesperanza y el desamparo.

No debemos dejar de considerar que "el suicidio y el intento de autoeliminación (IAE), hechos psiquiátricos con implicancia o riesgo vital, son manejados en sus instancias previas, la mayoría de las veces, por médicos generales y que por lo tanto, cuanto más nos acerquemos a la comprensión general de la importancia y de la causalidad del hecho suicida, más podremos avanzar en su prevención"^{23,24}.

23- Dajas F. Alta tasa de suicidios en el Uruguay, IV: la situación epidemiológica actual. *Revista Médica*. Uruguay 2001; (17):24-31.

24- Dajas F. Alta tasa de suicidios en el Uruguay, consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Revista Médica*. Uruguay 1990; 203-215.

Suicidio en América Latina

"En cada ciudad o país, el número de suicidios tiene que ver con la idiosincrasia de los grupos socioculturales y con los factores que provocan la desorganización social.

No existen en los países latinoamericanos estudios epidemiológicos convincentes que den una idea clara del fenómeno del suicidio; sin embargo en relación al sexo, son los hombres los que cometen más suicidios, en cambio las mujeres lo intentan con mayor frecuencia. La relación hombre/mujer varía de acuerdo con los países, así es de 4 a 1 en Panamá, México, El Salvador, Chile y Costa Rica. De 3 a 1 en Venezuela, Estados Unidos, Perú, Paraguay, Canadá y Argentina. De 2 a 1 en Uruguay, Puerto Rico, Ecuador y Colombia. De 1 a 1 en Cuba y República Dominicana (estudio realizado entre los años 1965-75, sin embargo estos tendieron a aumentar progresivamente).

Sólo en Uruguay las tasas aumentan con la edad (entre 55-64 años)"²⁵.

Las toxicomanías

En la relación íntima con el suicidio, predominan dos tipos de toxicomanías: el alcoholismo y la dependencia de drogas psicoactivas tales como: LSD, barbitúricos, solventes, anfetaminas y opiáceos, comprendida la heroína.

La intoxicación provoca en el sujeto alteraciones psíquicas y físicas, modificaciones en el humor y el mismo hecho de acorralamiento en una situación desesperada puede incrementar la posibilidad de un desenlace suicidal.

La intoxicación es quizá la alternativa hallada ante un problema, puesto que la solución que otorga es transitoria, el problema sigue intacto, agravado además por el fracaso de la solución elegida, con lo que el riesgo de suicidio se incrementa.

"Ciertos drogadictos iniciaron su carrera suicidal antes de la intoxicación. La mayoría de las veces, el suicidio o la tentativa, no se produce en la fase de obnubilación.

Si las tentativas abundan, los suicidios consumados son relativamente insólitos; se trata casi siempre de apelaciones de jóvenes. Las biografías de éstos, que, por cierto, suelen revelar un nivel intelectual normal y carecen de rasgos psicóticos, contienen carencias familiares, conflictos y buscan solución para su fundamental sentimiento de inseguridad y para el fracaso de su maduración, fijándose neuróticamente una pareja heterosexual u homosexual, integrándose en una banda, forzando hospitalizaciones, etc"²⁶.

25- Vidal O, Alarcón R. op cit pág 224.

26- De Jonghe R. op cit pág 153.

Trastornos del humor (Trastornos afectivos)

El término trastorno afectivo, que en su sentido amplio incluye también la ansiedad y las neurosis relacionadas, se ha ido sustituyendo por el término Trastornos del Humor, internacionalmente preferido y más delimitado. Estos estados clínicos, en particular las formas depresivas, son heterogéneos y frecuentes, tanto en psiquiatría como en medicina general.

Los humores son emociones sostenidas; los afectos son emociones de menor duración.

La depresión y la euforia tienden a dominar el cuadro clínico en los trastornos del humor; la ansiedad y la ira, son manifestaciones menos frecuentes.

Tristeza o depresión normal: Respuesta humana universal ante la derrota, desaliento u otras situaciones adversas; también se producen periodos depresivos transitorios ante fechas significativas.

El duelo: (aflicción normal), prototipo de reacción reactiva, también se manifiesta por síntomas de ansiedad, insomnio, hiperactividad e intranquilidad. Estas respuestas se producen ante separaciones y pérdidas significativas.

El duelo y la pérdida parecen no causar depresión clínica, excepto en aquellas personas predispuestas a los trastornos del humor.

La euforia: Se conceptualiza en ocasiones de forma psico-dinámica como una defensa ante la depresión o como una negación del dolor frente a la pérdida.

La depresión y la manía clínica: Se diagnostica cuando la tristeza o la euforia es demasiado intensa y supera el impacto esperado de un episodio vital y estresante, el humor patológico puede surgir incluso sin tensiones vitales aparentes o significativas.

La severidad sostenida de los episodios y la cronicidad de la enfermedad, es otra característica que separa los trastornos del humor de las reacciones emocionales normales ²⁷.

Diferencia entre Trastornos del Humor Bipolares y Unipolares:

Los primeros muestran periodos depresivos y de excitación o euforia; la duración de los episodios es de 3 a 6 meses, los ciclos son más cortos y la alteración en el funcionamiento social es mayor. Dentro de este trastorno encontramos diferentes tipos: el I, II, III; con sus respectivas características.

Los Trastornos Unipolares, sólo presentan periodos depresivos y tienden a durar entre 6 y 9 meses, aunque el 15 – 20 % de los casos se cronifican por un período mayor o igual a 2 años ²⁸.

27- Berke R, Fletcher A. El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. 9 na ed. México: Harcourt Brace ; 1994.
28- Ibid pág 1773.

Epidemiología: Las tasas son mayores en mujeres, con una relación 2 a 1 para las formas predominantemente depresivas de la enfermedad; y casi iguales en el trastorno bipolar.

Recientes hallazgos en los EEUU, sugieren que, los nacidos en la última parte de este siglo tienen mayores tasas de depresión y de suicidio, a menudo asociadas a mayores tasas de abuso de sustancias.

La depresión se encuentra entre los estados psiquiátricos más prevalentes, la herencia es el factor predisponente establecido más importante ²⁹.

Manifestaciones clínicas de los estados depresivos y maníacos

	Síndrome depresivo	Síndrome maníaco
Humor	Deprimido, irritable o ansioso (no obstante, el paciente puede sonreír o negar cambios en el humor subjetivos y, en vez de ello, referir dolor u otro distrés somático). Llanto (el paciente puede referir incapacidad de llorar o de experimentar emociones)	Eufórico, irritable u hostil. Llanto momentáneo (como parte del estado mixto)
Manifestaciones psicológicas asociadas	Falta de auto confianza, baja autoestima, auto-reproche. Escasa concentración indecisión. Reducción de la gratificación; pérdida de interés en las actividades habituales; pérdida de lazos; retracción social. Expectaciones negativas; desesperanza impotencia; aumento de la dependencia. Ideas recurrentes de muerte y suicidio.	Aumento del autoestima; alardes; grandiosidad. Taquipsiquia; asociaciones sonoras(nuevos pensamientos desencadenados más por el sonido de las palabras que por su significado); distracción. Mayor interés en nuevas actividades, mayor implicación con otras personas (que a menudo se ven molestadas con el comportamiento intrusivo y entrometido del paciente); compras irrefrenables; indiscreciones sexuales, inversiones en negocios sin sentido.
Manifestaciones somáticas	Retardo psicomotor; astenia. Agitación. Anorexia y pérdida de peso o aumento de peso. Insomnio o hipersomnia. Irregularidades menstruales; amenorrea. Anhedonia; pérdida del deseo sexual.	Aceleración psicomotriz; euforia (aumento del sentimiento de capacidad física). Posible pérdida de peso por aumento de la actividad y falta de atención a hábitos dietéticos adecuados. Menor necesidad de sueño. Aumento del deseo sexual.
Síntomas psicóticos	Delirio de indignidad y de pecado. Delirio de referencia y persecución. Delirio de enfermedad (nihilista, somática o hipocondríaca). Delirios de ruina. Alucinaciones depresivas en las esferas auditiva, visual, y raramente olfatoria.	Ideas delirantes de talento excepcional. Ideas delirantes de asistencia; ideas de referencia y persecución. Ideas delirantes de capacidad física excepcional. Ideas delirantes de riqueza, pasado aristocrático u otra identidad grandiosa. Alucinaciones auditivas o visuales pasajeras.

* Fuente: Berkow R, Fletcher A. El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. pág 1779.

Trastornos Esquizofrénicos

Son trastornos mentales con tendencia a la cronicidad que alteran el funcionamiento, y están caracterizados por síntomas psicóticos que incluyen alteraciones del pensamiento, de la percepción de los sentimientos y de la conducta.

Los seis criterios de diagnóstico específicos incluyen: 1) ciertos síntomas psicóticos, delirios, alucinaciones, alteraciones del pensamiento normal; 2) deterioro de un nivel previo de funcionamiento; 3) signos continuados de enfermedad durante al menos 6 meses; 4) tendencia hacia la instauración antes de los 45 años; 5) síntomas no debido a trastornos del humor (afectivos); 6) síntomas no debido a trastornos mentales, orgánicos ni retraso mental.

Los síndromes que se asemejan a la esquizofrenia pero duran menos de seis meses se denominan esquizofreniformes.

Los síndromes psicóticos de menos de dos semanas de duración, que siguen a un estrés psicosocial significativo se denominan psicosis reactivas breves.

La esquizofrenia límite o latente y la esquizofrenia simple se diagnostican en la actualidad como trastorno límite (borderline) de la personalidad o esquizotípicos.

Los síndromes similares a la esquizofrenia de instauración tardía (por ejemplo parafrenias involutivas), se diagnostican trastorno paranoide o psicosis atípica.

La enfermedad mental orgánica o retraso mental y los trastornos afectivos están excluidos de forma específica³⁰.

La más frecuente que es la esquizofrenia, se manifiesta a finales de la adolescencia o a comienzos de la vida adulta, aunque la esquizofrenia paranoide tiene típicamente una instauración posterior.

Etiología: se conoce poco, pero se considera que en la mayoría de los casos son causados por la compleja interacción de factores hereditarios y ambientales.

Personalidad Premórbida: aunque no se observa en todos los casos un tipo de personalidad específica, muchos pacientes que desarrollan esquizofrenia muestran hipersensibilidad, timidez, falta de afecto, falta de sociabilidad y actitudes paranoides. Hay dificultades en las relaciones personales, existe aislamiento social. El término personalidad esquizoide, se usa para denominar a las personas con dificultad para establecer relaciones sociales; la personalidad esquizotípica describe a los que, además de sus deficiencias en sus relaciones sociales, muestran singularidades en su pensamiento, percepción, comunicación y comportamiento, que no son suficientemente graves para cumplir con los criterios de esquizofrenia.

Signos y Síntomas:

Trastornos del pensamiento: el pensamiento claro y dirigido a objetivos se vuelve cada vez más difícil; se producen lagunas en los razonamientos.

Cambios emocionales (afectivos): los más característicos son el aplanamiento y la inadecuación (incongruencia) de los afectos.

Trastornos de la percepción: las alucinaciones más frecuentes son auditivas, pero pueden producirse visuales y táctiles (incluyendo sensaciones sexuales), olfatorias y gustativas.

Delirios: de persecución, ideas hipocondríacas o religiosas, celos e identidad sexual (particularmente homosexualidad).

Signos catatónicos: las alteraciones del movimiento oscilan entre hiperactividad y una excitación notable hasta en retardo prolongado e incluso estupor con mutismo.

Conducta violenta: aunque las amenazas de violencia y las exposiciones agresivas menores sean comunes en estados esquizofrénicos agudos, es infrecuente la conducta peligrosa cuando el paciente obedece órdenes o ataca a sus perseguidores.

Pacientes esquizofrénicos crónicos pueden cometer crímenes menores; el riesgo de suicidio está elevado en todas las fases de la enfermedad ^{31,32}.

Psicosis Aguda: Se ha empleado para caracterizar ciertos trastornos con la alteración de la capacidad de procesar información. Algunos casos incluyen anomalías orgánicas posibles o conocidas (por ejemplo delirium); en otros casos de causas desconocidas se denominan a menudo psicosis funcional aguda (por ejemplo esquizofrenia aguda o manía aguda).

Delirium Agudo: puede deberse a la ingesta de drogas tóxicas (incluyendo alcohol), sobredosis de medicación prescrita, infección, traumatismos, convulsiones o abstinencia de alcohol y drogas; o en situaciones de intenso estrés ³³.

Trastornos de la Personalidad

Patrones de conducta alterados que se caracterizan por reacciones al estrés relativamente fijas, inflexibles, estilizadas, que representa la forma en la que el individuo trata con otras personas y acontecimientos externos independientemente de las realidades existentes.

Los rasgos de personalidad son factores de percibir y relacionarse con el entorno, y con uno mismo; pero los trastornos son rígidos, inadaptados y perjudican las relaciones sociales, interpersonales y laborales.

31- *ibid* pág 1785.

32- *ibid* pág 1801.

33- *ibid* pág 1803

Los individuos con trastornos de la personalidad, tienden a mostrar poca ansiedad o síntomas mentales o emocionales y sienten que sus patrones de comportamiento son "normales" o "correctos". Raras veces solicitan ayuda por sí mismos, en general son remitidos por su familia³⁴.

Clasificación: Refleja la nomenclatura sugerida en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American psychiatric Association, 3era. Edición.

Personalidades Paranoídes: Se caracteriza por la proyección de las propias hostilidades y conflictos a los demás. Estos individuos son notablemente sensibles a las relaciones interpersonales y tienden a encontrar intenciones hostiles y malévolas tras actos triviales e inocentes. Provocando su actitud sospechosa o comportamiento agresivo el rechazo de los demás.

Personalidad Esquizoide: Son introvertidas, retiradas, solitarias, emocionalmente frías y distantes; temen acercarse o intimar con otras personas. Este patrón de personalidad se encuentra en aproximadamente el 40% de los pacientes esquizofrénicos antes de enfermar. No obstante muchas personas esquizoides no desarrollan esquizofrenia ni otras enfermedades mentales.

Personalidad Esquizotípicas: Presentan rarezas de pensamientos (mágicos), percepción, comunicación y comportamiento, que sugieren esquizofrenia, pero nunca son lo suficientemente graves para cumplir los criterios de este trastorno.

Personalidad Histriónicas (histéricas): Son llamativamente egocéntricas, la búsqueda de atención y la conducta teatral tienden a ser características.

*El estilo de vida es a través de relaciones superficiales, raras veces están involucrados emocionalmente de manera profunda*³⁵.

Personalidad Narcisista: Tienen un exagerado sentimiento de su propia importancia y están absorbidas por fantasías de éxitos sin límites. Paradójicamente, a menudo también están preocupados por sentimientos de envidia. Buscan de forma exhibicionista atención de forma constante.

Las relaciones con otras personas oscilan entre los límites de sobre-idealización y desprecio.

Estos pacientes se han denominado con una serie de términos como son: Trastorno de personalidad histriónica (histérica), histeria primitiva, o trastorno de somatización (síndrome de Briquet)³⁶.

34. Ibid pág 1721

35. Ibid pág 1722

36. Ibid pág 1723

Personalidad antisocial: (anteriormente denominadas psicopáticas, sociopáticas); exteriorizan en forma característica conflictos y violan las reglas normales del orden social. Estas personas son impulsivas, irresponsables, amorales e incapaces de algo más que la gratificación inmediata; no pueden formar relaciones afectivas estables con los demás. No toleran la frustración y es probable que la oposición provoque hostilidad y agresión o violencia extrema.

Su comportamiento antisocial muestra pocas previsiones y no se asocia a remordimiento ni a culpa, ya que la derivan hacia los demás.

A causa de su impulsividad, el individuo con personalidad antisocial puede intentar el suicidio si sus agresiones se vuelven contra sí mismos, en vez de dirigirse hacia los demás. Este tipo de personalidad a menudo se asocia con una historia de alcoholismo, adicción a drogas, promiscuidad, desviación sexual, o prisión ³⁷.

Personalidades Límite (Boderline): Son inestables en varias áreas, incluyendo auto-imagen, humor, comportamiento y relaciones interpersonales.

Sus características son: cambios del humor frecuentes, ira intensa inapropiada e incontrolada, incertidumbre sobre la propia identidad. Estas personas son extremistas e hipersensibles al abandono.

Hasta cierto punto las personalidades Boderline presentan características de todos los trastornos de personalidad (anteriormente descritas); en ocasiones se los asemeja a los pacientes psicóticos. Por ejemplo, son frecuentes las ilusiones y experiencias alucinatorias breves pero francas, a diferencia de la personalidad esquizoide; las relaciones interpersonales son mucho más frecuentes e intensas, a diferencia de la personalidad antisocial; existe mayor alteración en los procesos de pensamiento formal, y la agresión se vuelve más a menudo contra sí mismos, a diferencia de la personalidad histriónica.

Las personalidades Boderline, se observan con mayor frecuencia en las consultas de atención primaria, donde tienden a aparecer con síntomas somáticos vagos.

El desdoblamiento, la hipocondría y la proyección son mecanismos de defensa frecuentes.

Personalidades por Evitación: Suelen ser hipersensibles al rechazo y temen a iniciar relaciones, a no ser que estén seguros de su aceptación incondicional.

Presentan falta de capacidad para relacionarse adecuadamente con los demás, se muestran tímidos y vergonzosos.

Personalidades Dependientes: ceden la responsabilidad de las principales áreas de sus vidas a los demás y permiten que las necesidades de aquellos de los que dependen se anteponga a las suyas. Carecen de auto-confianza e iniciativa.

Personalidades Compulsivas: (obsesivo-compulsivas), son concienzudas y tienen altos niveles de aspiración, tienden a ser perfeccionistas. Son individuos dependientes, ordenados y metódicos, pero su inflexibilidad a menudo los hace incapaces de adaptarse a circunstancias cambiantes.

Personalidades Pasivo-agresivas: Se caracterizan por desesperanza, dependencia persistente y dilación. La aparente pasividad está destinada a llamar la atención y recabar afecto; el comportamiento de esta personalidad se caracteriza por obstinación, ineficacia y mal humor. La hipocondría y el volverse contra uno mismo son mecanismos de defensa comunes ³⁸.

Personalidades Ciclotímicas: Fluctúan en su humor entre estados optimistas muy animados y estados sombríos y pesimistas, cada uno de los cuales persiste durante semanas o más tiempo.

Los cambios del humor rítmicos son regulares y predecibles; se producen sin una causa aparente o como respuesta a acontecimientos triviales.

El humor está notablemente marcado por alegría y optimismo; las fases depresivas son relativamente más cortas.

No está claro si el trastorno de la personalidad ciclotímica se dispone como continuación de la enfermedad maniaco-depresiva o si es una entidad diferente ³⁹.

Psiquiatría social y comunitaria

El término "psiquiatría social" acuñado por Thomas Rennie (sociólogo) en 1956, adquirió prominencia y su uso en varias dimensiones: ambientales, socioculturales, ecológicas, interdisciplinarias y transculturales.

La **psiquiatría social**: se desarrolla en respuesta a la necesidad de ampliar conocimientos sobre los factores sociales y la conducta humana (persigue conocimientos generales).

La **psiquiatría comunitaria**: el objetivo es ofrecer más y mejor atención al enfermo mental, participando diferentes miembros de la comunidad. Las acciones prácticas son evaluadas y analizadas a posteriori.

Las dos disciplinas buscan un mayor conocimiento entorno a la forma de cómo inciden las circunstancias sociales en la conducta humana normal y patológica, así como estrategias para la prevención y tratamiento de las enfermedades y desórdenes mentales.

Entonces la Psiquiatría social, podría definirse, " como la rama de la psiquiatría que estudia las etiologías, el curso y la historia natural de las enfermedades mentales, alteraciones de la conducta humana, así como su prevención, control y tratamiento,

³⁸ Ibid. pág 1726.

³⁹ Ibid. pág 1726

dentro del marco cultural y social en que se desarrollan"; mientras que la **Psiquiatría Comunitaria** "es la utilización de las técnicas, métodos y teorías de la psiquiatría social y otras ciencias para investigar y satisfacer las necesidades de salud mental de una comunidad definida".

La **participación de la comunidad en el desarrollo de la psiquiatría comunitaria**, modifica las actitudes hacia los enfermos mentales, facilita la toma de conciencia en relación con la importancia de las relaciones familiares y comunitarias en la prevención y el tratamiento.

"El grado de desarrollo de la **Psiquiatría comunitaria** en América Latina, no ha permitido el desarrollo de programas preventivos relevantes con técnicas **psiquiátricas**"⁴⁰.

40. Vial G, Alarcón R, op cit, pág 251.

Justificación.

Consideramos importante el abordaje de éste tema debido a su alta complejidad y el impacto psicológico que genera, ya que se calcula que "afecta por lo menos a seis personas vinculadas con el suicida y dicho número asciende si el suicidio o el parasuicidio ocurre en un colegio o lugar de trabajo". A pesar de la realidad encontrada en nuestro país, expresada a través de la estadística, cifras que continúan ascendiendo ininterrumpidamente, son escasas las investigaciones e información que se difunde en nuestro medio; con respecto a esto A. Szalamian (periodista) cita que los "especialistas coinciden en que se trata de un problema complejo y urgente hasta ahora ignorado por las autoridades".

Actualmente el suicidio es conceptualizado como una conducta de causa multidimensional resultante de una compleja interacción entre factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

Las cifras de suicidios que hoy se registran en el Uruguay, son las más altas de toda América del Sur. En toda América Latina, los índices de Uruguay solo son superados por Cuba, que registra 24 suicidios cada 100.000 habitantes. Esta cifra ubicaría a Uruguay dentro del grupo de países con mayor tasa de suicidio (21 suicidios cada 100.000 habitantes), según la clasificación de la Organización Mundial para la Salud (O.M.S) que incluye en esa categoría a todos los que superan los 20 casos cada 100.000.

El número de casos registrados aumentó 35%, pasando de 474 a 640 al año, en el período comprendido entre 1999 y 2003; "según las estadísticas que lleva el Ministerio del Interior, datos que difieren del Ministerio de Salud Pública ya que éste, cada año registra un número menor de suicidios de los que contabiliza el Ministerio del Interior" (A. Szalamian – Diario El País).

Se estima que unos 500 uruguayos mueren cada año en calles y rutas; el número de aquellos que se quitan la vida superó los 500 por primera vez en 1998. Desde 1999, se ha mantenido por encima de esa cifra anual.

Es alarmante pensar que cada día se suicida por lo menos un uruguayo mientras que diez a quince lo intentan; según las estadísticas del Ministerio del Interior, las tentativas de suicidios continúan aumentando. En 2001 habían sido 932, en 2002 pasaron a 1119, y en 2003 llegaron a 1244. Tomamos en cuenta que esta cifra sólo contempla a los parasuicidios declarados ante el organismo.

Debido a la alta tasa de suicidio y parasuicidio en nuestro país, y al incremento de la misma en los últimos años, consideramos de gran importancia contribuir al abordaje

de usuarios con conductas suicidas; ya que se ha observado que "aproximadamente 60 % de los usuarios que fallecen por suicidio consultan a un servicio de medicina en los tres meses previos a su fallecimiento". El intento de autoeliminación constituye alrededor del 30 % de las consultas psiquiátricas de emergencia de los Hospitales generales, siendo la mitad de ellos moderados a graves, por lo que la morbilidad asociada a ésta conducta se torna importante al momento de decidir formas de prevención del suicidio y asistencia al usuario, la detección precoz en la Atención Primaria es un importante paso en la prevención del suicidio; es aquí donde surge la necesidad de conocer las características de estos usuarios, que le permitan a enfermería profesional la identificación de poblaciones de riesgo y en un futuro contribuyan a evaluar las intervenciones que se implementen a nivel poblacional.

Palabras claves

- Parasuicidio o intento de autoeliminación (IAE).
- Conducta suicida.
- Prevención de suicidio.

Tema .

Caracterizar sociodemográficamente a los usuarios con intento de autoeliminación y determinar la modalidad del intento.

Problema.

¿Qué características presentan los usuarios con intento de autoeliminación, registradas en la Historia Clínica del Hospital Dr. Manuel Quintela y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, en el periodo comprendido entre enero 2000 - diciembre 2003?

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

Objetivo general.

Caracterizar los individuos que presentaron intento de autoeliminación, con internación en el Hospital Dr. Manuel Quintela y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, en el período de tiempo comprendido entre enero 2000 - diciembre 2003.

Objetivos específicos.

- Identificar características presentes en los usuarios con intento de autoeliminación:
 - observar el comportamiento de los casos en el tiempo (mes y año).
 - conocer la distribución por sexo.
 - categorizar por grupos etáreos.
 - establecer procedencia, estado civil y situación social de residencia.
 - determinar nivel de instrucción, ocupación, antecedentes familiares y personales.
 - establecer modalidad del intento.

Diseño Metodológico.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

Área de estudio

La investigación se desarrolló en el Hospital Dr. Manuel Quintela, hospital Universitario, público de referencia nacional y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, institución privada; ambas instituciones se encuentran en la ciudad de Montevideo, capital de la República Oriental del Uruguay y brindan atención de primer, segundo y tercer nivel (apéndice I).

Período

Del 1 de enero de 2000 al 31 de diciembre de 2003.

Población

Usuarios que presentaron IAE asistidos en el Hospital Dr. Manuel Quintela y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, que requirieron internación en el período comprendido entre enero 2000 y diciembre 2003.

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia. Se consideró un hospital público y uno privado para que la muestra fuera representativa de la población que se va a caracterizar.

Unidad de análisis

Cada una de las Historias Clínicas de los individuos que presentaron IAE con posterior internación en el Hospital Dr. Manuel Quintela y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, en el período comprendido entre enero 2000 y diciembre 2003.

Método recolección de datos

Se solicitó mediante carta escrita al Jefe del Dpto. de Registros Médicos del Hospital Dr. Manuel Quintela y Autoridades correspondientes de la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos (apéndice IV) la autorización para realizar la investigación y proporción de un listado de usuarios hospitalizados luego de un IAE, en el período comprendido entre enero 2000 y diciembre 2003. Una vez proporcionadas las historias clínicas se extrajeron los datos en forma manual, registrándolos en una ficha de recolección de datos, en forma codificada (apéndice III).

Fuente

Secundaria; son las historias clínicas generadas por las personas que presenten IAE.

Instrumento

Planilla estructurada con las variables en estudio (apéndice II).

Plan de análisis

El plan de análisis fue llevado a cabo mediante la realización de las siguientes etapas:

- *se ordenaron las variables.*
- *tratamiento de variables.*
- *se realizaron cuadros y representaciones gráficas.*
- *análisis uni y bivariado.*
- *se interpretaron y seleccionaron los datos.*
- *formulación de conclusiones particulares.*
- *establecimiento de conclusiones y análisis general.*
- *se contrastaron los datos con otras investigaciones.*

Todo el plan de análisis fue implementado en el software SPSS 10.0 (Statistic Program Social Science).

Variables.

Año

Definición conceptual: Período de tiempo de 365 días aproximadamente de duración, comprendido en doce meses.

Definición operacional:- 2000
- 2001
- 2002
- 2003

Escala de medida: Cuantitativa continua.

Mes

Definición conceptual: Período de tiempo de 28 a 31 días de duración.

Definición operacional:- Enero (1).
- Febrero (2).
- Marzo (3).
- Abril (4).
- Mayo (5).
- Junio (6).
- Julio (7).
- Agosto (8).
- Setiembre (9).
- Octubre (10).
- Noviembre (11).
- Diciembre (12).

Escala de medida: Cualitativa nominal.

Procedencia

Definición conceptual: Lugar donde un individuo reside actualmente.

Definición operacional:- Montevideo (MO)
- Interior (IN)

Escala de medida: Cualitativa nominal.

Sexo

Definición conceptual: Condición que distingue al hombre de la mujer, teniendo en cuenta las características anatómicas.

Definición operacional:- Femenino (F)
- Masculino (M)

Escala de medida: Cualitativa nominal.

Edad

Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha actual, expresada en años.

Definición operacional:

- adolescente (15 a 19)
- adulto joven (20 a 35)
- adulto medio (36 a 50)
- adulto maduro (51 a 64)
- adulto mayor (> de 65)

Escala de medida: Cualitativa nominal.

Nivel de instrucción

Definición conceptual: Grado alcanzado por una persona en su formación formal.

Definición operacional: -Analfabeto (AN)

- Primaria incompleta (Pi)
- Primaria completa (PC)
- Secundaria incompleta (SI)
- Secundaria completa (SC)
- Terciaria incompleta (TI)
- Terciaria completa (TC)

Escala de medida: Cualitativa ordinal.

Ocupación

Definición conceptual: Tarea en la cual emplea el tiempo un individuo, con remuneración o no por actividad actual o por haberla desempeñado.

Definición operacional:

- Trabajo formal (Tf): Se incluyen los individuos que tengan un contrato laboral.
- Trabajo informal (Ti): Incluye aquellos individuos que realizan tarea como changas, que son jornaleros o zafrales y carecen de contrato laboral.
- Estudiante (E): Individuo cuya actividad se basa exclusivamente en la asistencia a un centro de enseñanza formal.
- Ama de casa (AC): Persona cuyas actividades principales son la realización de las tareas del hogar.
- Jubilado o Pensionista (JP): Individuo que recibe remuneración económica por incapacidad o ancianidad laboral.
- Desocupado (DE): Sin ocupación.

Escala de medida: Cualitativa nominal.

Estado civil

Definición conceptual: Condición de un individuo en lo que respecta a su relación de unión o no frente a la sociedad y el Estado.

Definición operacional: - Soltero (S)

- Casado (C)
- Divorciado (DI)
- Viudo (V)
- Unión libre (UL)

Escala de medida: Cualitativa nominal.

Situación social en el lugar de residencia

Definición conceptual: Relaciones de las personas o del colectivo entre sí, que conviven en un mismo lugar físico.

Definición operacional:

- Familia de origen (FO): Individuo que convive con alguno de sus progenitores, abuelos, tíos y/o hermanos.
- Familia Actual (FA): Individuo que convive con su pareja, cónyuge y/o hijos.
- Agregado a otra Familia (AF): Individuo que convive con un grupo de personas con las cuales no tiene lazos sanguíneos.
- Anciano Institucionalizado (CS): Adulto mayor que convive con otros individuos en un lugar físico destinado a su atención y cuidado.
- Recluso (CA): Individuo sancionado por haber cometido un delito, privado de su libertad.
- Individuo Institucionalizado en Hosp. Psic. (HP): Individuo con patología en el área de la Salud Mental, que requiere atención especializada en determinada planta física estando incapacitado para interactuar con la sociedad.
- Solo (SO): Individuo que no presenta relaciones interpersonales en su mismo lugar de residencia.

Escala de medida: Cualitativa nominal.

Antecedentes familiares en el área de la Salud Mental

Definición conceptual: Son aquellas enfermedades, hábitos nocivos, o sucesos de autolesión que presentaron o presentan individuos integrantes de una familia, considerándose como tales aquellos que tengan lazos sanguíneos.

Definición operacional:

- Enfermedad psiquiátrica (EP): Conjunto de signos y síntomas originales del área de la salud mental cuyos trastornos repercuten en todo el organismo, diagnosticados por un médico psiquiatra.
- Suicidio (SU)
- Intento de autoeliminación (IAE):
- Uso indebido de sustancias psicoactivas (USP): Consumo injustificado de drogas psicoactivas con posterior desarrollo de dependencia y desaprobación social.
- Alcoholismo (AL): Enfermedad crónica provocada por consumo prolongado de cantidades excesivas de alcohol.

Escala de medida: Cualitativa nominal

Antecedentes personales en el área de la Salud Mental

Definición conceptual: Son aquellas enfermedades, hábitos nocivos, o sucesos externos que provocan o pueden provocar alguna afección o trauma en el área de la Salud Mental.

Definición operacional:

- Enfermedad psiquiátrica (EP): Conjunto de signos y síntomas originales del área de la salud mental cuyos trastornos repercuten en todo el organismo, diagnosticados por un médico psiquiatra.
- Intento de autoeliminación previo (IAEp): Haber realizado al menos un intento de quitarse la vida, al momento del estudio y que halla sido registrado en la Historia Clínica.
- Uso indebido de sustancias psicoactivas (USP): Consumo injustificado de drogas psicoactivas con posterior desarrollo de dependencia y desaprobación social.
- Alcoholismo (AL): Enfermedad crónica provocada por consumo prolongado de cantidades excesivas de alcohol.
- Suceso vital estresante en el último año (SVE): Experiencia que provoca un *desequilibrio en la conducta del individuo y requiere un reajuste de la misma*. Considerando como tales: pérdida de empleo, muerte de un familiar y conflicto familiar.

Escala de medida: Cualitativa nominal

Modalidad de intento

Definición conceptual: Diferentes técnicas empleadas por el individuo con el fin de autolesionarse.

Definición operacional:

- Intoxicación (X): Abuso de consumo de medicamentos y sustancias nocivas.
- Traumático (T): Se considerará armas de fuego, arma blanca, salto al vacío, precipitación de un vehículo en marcha, etc.
- Asfíxicos (A): Se considerará ahogamiento, ahorcamiento, gas, butano, gases de escapes de auto, bolsa de plástico en la cabeza, etc.
- Mixtos (MI): Es la combinación de varios procedimientos.

Escala de medida: Cualitativa nominal.

Resultados. (apéndice V)

Los datos de los casos de intento de autoeliminación se refieren a usuarios que recibieron internación en el Hospital Dr. Manuel Quintela y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos en el periodo enero 2000 – diciembre 2003, intentando disminuir el sesgo en cuanto a la población que representan, puesto que procuramos abarcar los diferentes sectores socioeconómicos de la misma.

En el periodo anteriormente mencionado se obtuvieron un total de 161 casos, de los cuales 98 corresponden a los registrados en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y los 63 restantes pertenecen al Hospital Dr. Manuel Quintela. El gráfico n°1 muestra el porcentaje de casos en función de los años, se puede observar que en la Institución Universitaria la mayor cantidad de casos se dieron en el año 2001 con un 35% del total de la población asistida cifra que desciende hacia el año 2003 registrándose un 13%. Este comportamiento difiere del presentado en la Institución privada ya que en el año 2000 el porcentaje de casos alcanzó un 9% representando el mínimo porcentaje del periodo estudiado, el pico máximo se ubicó en el año 2002 con un 39% cifra que desciende en forma leve hacia el 2003 con un 31%. Referente a los gráficos n°2 y 3 que ilustran el comportamiento de los intentos de autoeliminación en cuanto a los meses del año se observó, que en el Hospital Dr. Manuel Quintela la mayor cantidad de casos se registraron en el mes de enero con un 17%, estableciéndose en el mes de febrero, mayo, julio, octubre y diciembre una constante de 10%, el menor porcentaje que fue de 2% se registró en el mes de abril. Analizando esta misma variable en la Institución privada encontramos que el mayor porcentaje de casos tuvieron lugar en el mes de noviembre con un 16%, la constante se establece con un 11% en los meses de junio, agosto y diciembre, registrándose el menor porcentaje en el mes de julio con un 3%.

En cuanto a la procedencia (gráfico n°4) de los usuarios en el Hospital Dr. Manuel Quintela un 67% reside en Montevideo y un 33% en el Interior; mientras que en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos un 89% reside en Montevideo y un 11% en el Interior del país.

En el gráfico n°5 se representa la distribución por sexo: observándose que en la Institución Universitaria un 62% corresponde al sexo masculino y un 38% al femenino estableciéndose una relación de 1,6 hombres por mujer aproximadamente; esta situación difiere de la encontrada en la Institución privada ya que 64% de los usuarios pertenecen al sexo femenino y 36% al masculino, estableciéndose una relación de 1,8 mujeres por cada hombre.

Con respecto a la edad (gráficos n°6 y 7) en el Hospital Dr. Manuel Quintela el mayor porcentaje 35%, se encuentra en usuarios con edades entre 20 a 35 años (adultos jóvenes). La Asociación Primera de Socorros Mutuos mantiene un patrón similar con un porcentaje de 40% de usuarios con edades entre 20 y 35 años.

En cuanto al nivel de instrucción (gráfico n°8) es importante destacar que en ambas Instituciones se observaron gran cantidad de Historias Clínicas que no contaban con este dato (Hospital Dr. Manuel Quintela 75%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 71% sin dato). De los datos obtenidos se destaca: en el Hospital Dr. Manuel Quintela predominó secundaria incompleta con un 14% manteniéndose constante con un 3,2% los analfabetos, primaria completa e incompleta. En la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos un 10% tiene secundaria incompleta y un 9% secundaria completa seguido por un 5% con terciaria completa. En la mayoría de los casos de intento de autoeliminación registrados en la Institución Universitaria, los usuarios no contaban con ingresos económicos estables, siendo un 41% desocupados y un 19% tenían trabajo informal; de los restantes 17% tenían trabajo formal, 8% eran jubilados/pensionistas, 5% estudiantes y un 1,6% eran amas de casa. El estudio de la misma variable en el ámbito privado reveló que el mayor porcentaje de usuarios tenía trabajo formal un 34% seguido por un 13% de desocupados, 12% de jubilados/pensionistas, 6% amas de casa, 4% estudiantes, ocupaban el menor porcentaje los usuarios que tenían trabajo informal con un 2% (gráfico n°9). Esto refleja las diferencias económicas que presentan ambas poblaciones.

En el gráfico n°10 se muestra la distribución de la población por estado civil: predominando en el Hospital Dr. Manuel Quintela con un 51% los individuos solteros, seguido por un 24% de casados, 8% divorciados, 5% viudos y 6% unión libre. Situación ésta que se revierte en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, siendo un 38% individuos casados seguido por un 31% solteros, 12% divorciados, 11% viudos y unión libre 1%.

En ambos grupos predomina en lo referente a la situación social de residencia (gráfico n° 11) usuarios que vivían con su familia actual, entendiendo por tal a la pareja, cónyuge y/o hijos (Hospital Dr. Manuel Quintela 27%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 47%), seguido por familia de origen donde en la Institución Universitaria se ubicó al 22% de la población y en el ámbito privado al 30%; en el Hospital Dr. Manuel Quintela un 16% se encontraba solo, 13% eran reclusos, 6% individuos institucionalizados en hospital psiquiátrico y 3% anciano institucionalizado. En la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 9% de los usuarios vivían solos, 2% eran ancianos institucionalizados y un 1% eran agregados a otra familia.

En lo referente a los antecedentes familiares (gráficos n° 12 a 16) los individuos presentaron:

- enfermedad psiquiátrica Hospital Dr. Manuel Quintela 8%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 15%.
- suicidio Hospital Dr. Manuel Quintela 3,2%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 6%.
- intento de autoeliminación Hospital Dr. Manuel Quintela 3,2%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 3,1%.
- alcoholismo Hospital Dr. Manuel Quintela 5%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 9%.

En los casos estudiados los usuarios presentaron como antecedentes personales (gráficos n° 17 a 21):

- enfermedad psiquiátrica Hospital Dr. Manuel Quintela 48%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 67%.
- intento de autoeliminación previo Hospital Dr. Manuel Quintela 29%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 41%
- alcoholismo Hospital Dr. Manuel Quintela 17%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 10%.
- uso indebido de sustancias psicoactivas Hospital Dr. Manuel Quintela 21%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 12%.
- suceso vital estresante Hospital Dr. Manuel Quintela 21%, Asociación Española Primera de Socorros Mutuos 34%.

Ambas poblaciones difieren en la modalidad del intento (gráfico n°22); registrándose en la Institución pública un 73% de intentos clasificados como traumáticos y un 27% como intoxicación, mientras que en la Institución privada 83% se clasificaron como intoxicación, 12% como traumáticos, 3% como asfíxicos y 2% mixtos.

En el análisis biviariado de la modalidad del intento según el sexo (gráficos n°23, 24) se observa que: en la Institución privada de los usuarios que utilizaron métodos clasificados dentro de la categoría intoxicación un 77% son de sexo masculino y un 86% femenino, en los métodos clasificados como traumáticos 14% son de sexo masculino y 11% femenino, a los métodos asfíxicos le corresponden 6% masculino 2% femenino, y en los métodos mixtos 3% masculino y 2% femenino; en el Hospital Universitario el método más utilizado fue el traumático con 77% de usuarios del sexo masculino y 67% femenino, en los métodos clasificados como intoxicación 33% pertenecientes al sexo femenino y 23% al sexo masculino.

En el estudio de la distribución de la situación social de residencia según la edad (gráficos n°25, 26) las variables se comportan de la siguiente manera: en la

Asociación Española Primera de Socorros Mutuos un 71% de los adolescentes vivía con su familia de origen y un 29% con su familia actual; de los adultos jóvenes 51% vivía con su familia de origen, 26% familia actual; con respecto al adulto medio 72% vivía con su familia actual, 17% solo y 11% familia de origen; de los adultos maduros el 50% vivían con su familia actual, 13% con su familia de origen y 25% solo; el porcentaje más alto (64%) de los adultos mayores vivía con su familia actual, un 9% con su familia de origen, mismo porcentaje de ancianos institucionalizados, un 5% respectivamente vivía solo o agregado a otra familia. En el Hospital Dr. Manuel Quintela un 50% de los adolescentes vivían con su familia de origen y 13% respectivamente eran reclusos, agregados a otra familia, institucionalizados en hospital psiquiátrico o con familia actual; de los adultos jóvenes 26% eran reclusos y 19% respectivamente vivían solos, con familia actual o con su familia de origen; un 40% de los adultos medios vivían con su familia actual, 25% familia de origen, 15% respectivamente vivían solos o institucionalizados en hospital psiquiátrico; 33% de los adultos maduros vivían con su familia actual, porcentaje que también corresponde a aquellos que vivían solos; de los datos obtenidos sobre los adultos mayores 50% vivían con su familia actual.

Analizando la distribución de intento de autoeliminación previo según antecedentes familiares de intento de autoeliminación (gráficos n°27, 28) se obtuvo: en el ámbito privado un 67% de usuarios que presentaban antecedentes familiares de intento de autoeliminación si presentaron intentos de autoeliminación previos; mientras en el Hospital Universitario ningún usuario presentó antecedentes familiares de intento de autoeliminación pero un 30% presentó intento de autoeliminación previo.

Conclusiones y Sugerencias.

Luego de analizar los datos que se desprenden del estudio de las variables citadas, podemos determinar su comportamiento; con respecto al año, la mayor incidencia de casos para el Hospital Dr. Manuel Quintela fue en el año 2001 y en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos en el año 2002; la incidencia de casos analizada por meses del año, registró que en el Hospital Universitario la mayor frecuencia de casos se dio en enero, mientras en la Institución privada la mayor frecuencia se da en el mes de noviembre, comportamiento que coincide con el estudio ya citado realizado por la Dra. Lucero Abreu donde se establece que los casos de parasuicidio y suicidio "son más frecuentes en primavera y verano que en otoño e invierno", conducta que no difiere de otros estudios que afirman la existencia de una relación estival.

La variable sexo en las poblaciones estudiadas se comporta en forma diferente: en el Hospital Universitario predomina el sexo masculino y en la Institución privada el sexo femenino; cuando relacionamos ésta variable con la modalidad del intento se desprende que las mujeres y los hombre asistidos en el ámbito privado utilizaron como método la intoxicación, mientras que los usuarios asistidos en el Hospital Universitario utilizaron métodos traumáticos; lo que establecería una explicación probable de que las poblaciones que se asisten en estas instituciones son distintas. En ambas Instituciones las edades con mayor frecuencia se ubican entre los 20 a 35 años, adultos jóvenes, situación que coincide con varios estudios citados anteriormente. En el estudio bivariado de la situación social de residencia según la edad, se establece que en el ámbito privado los adolescentes y adultos jóvenes vivían con su familia de origen, mientras que los adultos medio y maduros vivían con su familia actual o solos, en el caso del adulto mayor si bien el mayor porcentaje vivía con su familia actual, también se dan casos de ancianos institucionalizados y agregados a otra familia. En el Hospital Dr. Manuel Quintela esta variable se relaciona de forma diferente, ya que la mitad de los adolescentes vivían con su familia de origen y un 13% correspondía respectivamente a usuarios con familia actual, agregados a otra familia, reclusos e institucionalizados en hospital psiquiátrico; en lo referente a los adultos jóvenes en su mayoría son reclusos; los adultos medio mayoritariamente vivían con su familia actual; el adulto maduro vivía en mayor porcentaje con su familia actual o solo y el adulto mayor vivía en su mayoría con su familia actual. En la Institución privada la mayoría de los usuarios eran casados seguido por solteros; en el Hospital Dr. Manuel Quintela el comportamiento de esta variable es inverso al anterior, destacándose en éste último, usuarios con unión libre.

Los datos referentes a la situación social de residencia y al estado civil de los usuarios nos sugieren una desestructuración de la familia tipo en la sociedad actual. Sería conveniente estudiar este fenómeno.

La ocupación de los usuarios caracterizados se ubicó en mayor porcentaje para el ámbito privado, en usuarios con trabajo formal, mientras en el Hospital Universitario la mayoría de los usuarios se encontraban desocupados y se incluye la categoría trabajo informal la cual no tenía representación en la institución anterior. Las diferencias que presentan en esta variable las poblaciones son esperadas y razonables ya que en el ámbito privado el usuario debe contar con cierto poder adquisitivo para costear los servicios o estar afiliado a un seguro de trabajadores (DISSE) mientras que el hospital Universitario es público y por tanto no presenta estas exigencias para la atención de los usuarios; dicha situación acentúa las diferencias entre las poblaciones.

De la variable antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica se destaca: que el porcentaje de usuarios que sí la presentaban es mayor en el ámbito privado que en el Hospital Universitario, relación que se mantiene en aquellos usuarios con antecedente personal de enfermedad psiquiátrica; el análisis bivariado de antecedente personal de intento de autoeliminación previo según antecedente familiar de intento de autoeliminación reveló que : en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos un 67% de los que sí tenían antecedentes familiares realizaron intentos previos, en el Hospital Dr. Manuel Quintela los usuarios que tenían intentos previos no tenían antecedentes familiares de intento de autoeliminación, debemos precisar que la obtención de este dato fue dificultosa, ya que en muchos casos las Historias Clínicas carecían del mismo, esta variable está siendo probablemente influenciada por el sistema de registro de ambas instituciones.

Como otro antecedente personal a destacar nos referimos a la presencia de sucesos vitales estresantes en el último año previo al intento de autoeliminación, en la Institución privada un 40% sí lo presentó, mientras que en el Hospital Universitario el porcentaje se reduce al 21%.

El hecho de que ciertas características de ambas poblaciones se comporten diferente no nos aleja de la realidad de nuestro País y América Latina, descrita en estudios anteriores (F. Dajas y L. Abreu); sin embargo debemos tener en cuenta estas diferencias a la hora de idear un plan de prevención a nivel Nacional en el Primer Nivel de Atención a la Salud Mental.

Si recordamos que el parasuicidio es considerado el mayor predictor del suicidio y que el 60% de los usuarios que fallecen por suicidio consultan a un servicio de medicina en los tres meses previos al hecho, debemos preguntarnos: ¿ en qué condiciones se encuentra el Modelo de Atención de Salud y que papel preventivo juegan las políticas de Salud Mental?. Si bien se reconoce la difusión de información a través de algunos

medios de información masivos, es un tema que requiere un abordaje inmediato; consideramos que para ello resulta imprescindible:

- 1)- los casos de intento de autoeliminación sean de denuncia obligatoria ante el Ministerio de Salud Pública.
- 2)- *realización de un instrumento a nivel nacional que permita la implementación de un sistema de registro estadístico abocado al estudio y el análisis del comportamiento de estos casos.*
- 3)- *identificar poblaciones de riesgo y realizar su abordaje desde la Atención Primaria en Salud a través de un protocolo de atención y seguimiento de los usuarios, donde se enfatice en la unificación de criterios, la importancia del fenómeno y su efecto a nivel comunitario.*
- 4)- capacitar sobre estos casos al personal de Salud con el fin de incrementar el nivel de atención que se les brinda a los usuarios.
- 5)- *enfermería Profesional debería reconocer que el intento de autoeliminación es un problema de Salud Pública, formular políticas de Salud Mental y programas específicos, realizar una detección precoz de la población de riesgo a nivel comunitario, fomentar la consulta a tiempo contribuyendo a disminuir el estigma de la consulta psiquiátrica, promover la creación de grupos de autoayuda como redes de soporte social.*

Bibliografía

- Abreu L. Suicidios en el Uruguay y su relación con la economía Nacional. (en línea) Disponible en: <http://www.smu.org.uy/publicaciones/rmu/1998v3/art7.htm> (fecha de acceso 2004 abril 4).
- Berkow R, Fletcher A. El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. 9^{na} ed. México: Harcourt Brace ; 1994.
- Canales F, Pineda E. Metodología de la investigación. 2^{da} ed. Washington: OPS; 1999.
- Canno P, Pena J, Ruíz M. Las conductas suicidas. (en línea) disponible en: (fecha de acceso 2004 abril 4).
- Dajas F. Alta tasa de suicidios en el Uruguay, consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Revista Médica. Uruguay 1990; 203- 215.
- Dajas F. Alta tasa de suicidios en el Uruguay, IV: la situación epidemiológica actual. Revista Médica. Uruguay 2001; (17): 24- 31.
- Dajas F, Costa G, Rivero G, Dajas M. Estudio transcultural de la psicobiología y la depresión. Montevideo: SMU; 1994. Serie de informe técnico: 1104.
- De Jonghe R. Los suicidios. Montevideo: Laboratorios Roche; 1982.
- Durkheim E. El suicidio: un estudio en sociología. Glencoe, Ill: Free Press 1897; última edición 1957.
- Hernández R , Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: Interamericana; 1991.
- Kaplan H, Sadock B. Compendio de psiquiatría. 2^{da} ed. México: Salvat; 1987.
- Lemperière T, Feline I. Manual de psiquiatría. Barcelona: Masson; 1979.
- Lucero R, Díaz N, Gold A. Pautas de evolución, registro y tratamiento en conducta suicida. Revista de Salud Pública 2004; (3): 22- 27.
- Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: OMS; 2001.
- Pérez Barrero S. El suicidio y su prevención (en línea) Disponible en: <http://www.wpanet.org/seccional/docs/prevención.rtf> (fecha de acceso 2004 mayo 23).
- Vidal G, Alarcón R. Psiquiatría. Buenos Aires: Panamericana; 1990.
- Szalamian A. La tragedia escondida. Diario El País. Suplemento ¿ Qué Pasa?. Montevideo 2004 mayo 2: pág 4.

APÉNDICES.

Apéndice I.

Reseña Hospital Dr. Manuel Quintela.

La historia del Hospital de Clínicas, es un proceso complejo, pleno de profundas discusiones ideológicas sobre el concepto de hospital, de la atención a la Salud y de la administración hospitalaria.

En 1889, el Dr. Elías Regules (profesor y decano de la Facultad de Medicina) envió una carta al entonces Rector de la Universidad el Dr. Alfredo Vázquez Acevedo, donde por primera vez se hacía mención a la necesidad de un hospital para las Clínicas de la Facultad de Medicina. La primera etapa fue transformar la idea en proyecto de ley lo que llevó más de 30 años (1889-1926).

En 1876 se funda la Facultad de Medicina y en 1910 el Dr. Manuel Quintela, Profesor de otorinolaringología, envió un informe a la Facultad de Medicina, en el que solicitaba la creación de un hospital universitario, con una dotación de 500 camas.

En la década de los años 20 y siendo ya Decano de la Facultad de Medicina, desarrolló una verdadera campaña pública en defensa de la idea. El tema fue conquistando un enorme apoyo, especialmente entre los estudiantes de medicina, hasta que el 14 de octubre de 1926 se aprueba la Ley de creación del Hospital de Clínicas, para una capacidad de más de 700 camas; esa misma Ley establecía que "será la Universidad, la encargada de la construcción".

De inmediato se integró una Comisión Honoraria, presidida por el Dr. Manuel Quintela, que sería la responsable de la construcción del edificio. Dos meses después ya estaba aprobada la selección del terreno, la antigua Quinta de Cibils, en base a una fundamentación que mantiene vigencia total. El anteproyecto, las bases del concurso, el concurso y el proyecto del edificio, se cumplieron apenas en tres años.

El concurso de proyectos, al que se presentaron numerosos arquitectos, fue ganado por el joven arquitecto uruguayo Carlos Surraco.

En esa etapa de planificación y antes de iniciar la construcción, muere repentinamente el Dr. Manuel Quintela, en un aula de la Facultad de Medicina, el 15 de diciembre de 1928. En reconocimiento a su papel como impulsor fundamental de la ley de creación, se resolvió por ley que el futuro hospital llevaría su nombre.

En agosto de 1950 el Poder Legislativo y el Gobierno de la época aprobaron que la habilitación y administración del Hospital de Clínicas quedaran a cargo de la Universidad de la República, a través de la Facultad de Medicina. En 1960 se define una gran autonomía desde el punto de vista no docente, una nueva integración de la Comisión con un Presidente designado por Asamblea del Claustro, y se designaron mediante concurso los cargos de la Dirección.

En 1961 asume el Dr. Hugo Villar hasta 1991 con la excepción del período 1974 – 85 en que permaneció destituido por la dictadura; en el año 2000 accedió al cargo por estricto Concurso la Dra. Graciela Ubach.

La construcción del Hospital, su equipamiento y adaptación para su rol como centro universitario, insumió 23 años, desde enero de 1931, hasta el 21 de setiembre de 1953, cuando empezó a recibir los primeros enfermos. El Hospital llegó a tener una capacidad de 670 camas habilitadas, más de 1.000 consultas diarias y 45.000 atenciones anuales en Emergencia.

El informe publicado en el año 2002 revela que en el Hospital se realizaron 92.198 consultas externas y 29.525 consultas en Emergencia, arrojando un total de 121.733 consultas Hospitalarias. Ingresan unas 9 mil personas de las cuales 4.566 requieren intervenciones quirúrgicas, de estas el 94% están clasificadas como operaciones complejas y mayores y sólo un 6% son cirugías corrientes. Se realizan cerca de 80 mil exámenes complementarios, de imagenología, radiología, medicina nuclear, procedimientos cardiológicos, de laboratorios centralizados, de fisioterapia, anatomía patológica, etc.

El Hospital cuenta con 434 camas habilitadas para internación, el porcentaje ocupacional es del 80,32% y el promedio de estadía es de 15 días.

En lo referente a la alta tecnología, se realizan en el Hospital procedimientos de alta complejidad alguno de los cuales no están financiados por el Fondo Nacional de Recursos (FNR), tales como: cirugía de la epilepsia (para pacientes de los sectores públicos y privados), braquiterapia intracoronario, tratamiento por ablación de las arritmias cardíacas. Son procedimientos que se

requieren con relativa baja frecuencia, y para cuya realización confluye un equipo numeroso, con diversas especialidades, son realizados por cuadros técnicos de alta calificación los cuales se encuentran todos en el Hospital Universitario.

Por otra parte se producen en el Clínicas otros procedimientos de alta tecnología cubiertos financieramente por el FNR en los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE) actualmente instalados. Así, en el Centro de Nefrología, los Centros Cardiológicos y de Cirugía Cardíaca se realizan: hemodiálisis, diálisis peritoneales, trasplantes renales y renopancreáticos, cateterismos cardíacos, angioplastias, by-pass coronario, valvuloplastias, implantes de cardiodesfibriladores y marcapasos. Es importante destacar que la Cirugía Cardíaca aumentó en términos absolutos en 226% en el año 2002, en relación al 2001, y que el programa de trasplantes ha avanzado de forma importante incorporando el reno-pancreático, lo que ha contribuido también a una más clara diferenciación del Clínicas como Hospital de referencia nacional, correspondiendo 3 de éste tipo del total de 8 trasplantes realizados por el Centro de Nefrología en el 2002.

Referente al ámbito docente, anualmente realizan cursos en el Clínicas un importante cantidad de estudiantes de nivel técnico y universitarios. Según los datos proporcionados por las bedelías correspondientes suman algo más de 5.000 los alumnos regulares, a los que había que agregar los rezagados. Los estudiantes que cursaron en el Hospital en el año 2002 se distribuyeron:

Practicantes Internos de Medicina	346
CIMI	420
CICLIPA 1	230
CICLIPA 2	217
CICLIPA (materno-infantil)	88
Escuela Universitaria de Tecnología Médica	1.200
Escuela de Nutrición	1.217
Escuela de Graduados	288
Educación Médica Continua	171
Facultad de Enfermería	756
Escuela de la Construcción (UTU)	113
TOTAL	5.045

En el Hospital de Clínicas trabajan aproximadamente 3.000 funcionarios entre docentes y no docentes; se realizan programas de capacitación de los servicios, registrándose en el año 2002 un total de 1.582 funcionarios no docentes que asistieron a los mismos.

Reseña Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

La Asociación Española Primera de Socorros Mutuos fue fundada en Setiembre de 1853 por un grupo de emigrantes españoles, que inspirados en propósitos de ayuda mutua crearon - hace ya 150 años - un modelo de organización sin fines de lucro, que con el paso de los años generó las llamadas Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada (IAMC) que hoy en día proporcionan cobertura de salud al 55% de la población del Uruguay.

La Institución está dirigida por un Consejo Directivo de 16 miembros integrado de la siguiente manera:

- 11 miembros electos por los asociados
- 4 miembros electos por los funcionarios médicos y practicantes.
- 1 miembro electo por los restantes funcionarios

Los miembros electos por los socios son designados en la proporción de 9 miembros para la lista más votada y 2 para la que le sigue en número de votos.

Al mismo tiempo existe una Asamblea Representativa formada por 267 asambleístas (2% de los asociados habilitados para votar en cada elección) que ejerce funciones legislativas, de coadministración y de tribunal de alzada de algunas resoluciones del Consejo Directivo.

La Comisión Fiscal compuesta de 3 miembros es el otro Cuerpo electo directamente por la masa social. Le corresponden 2 integrantes a la lista más votada y uno a la que le siga en número de votos.

Estos 3 órganos de gobierno de la Asociación duran 3 años en sus funciones y los integrantes del Consejo Directivo no pueden ser reelectos si no media un período de tres años entre uno y otro mandato.

Para prestar sus servicios a los asociados cuenta con un Hospital de 26.500 mts.2 con 452 camas de dotación, 4 Sedes Secundarias, 5 Policlínicas Zonales y 4 Unidades de Internación en extramuros.

La Asociación cuenta además con cinco Institutos de Medicina Allamente Especializada (iMAE): el Servicio de Cirugía Cardíaca de la Asociación Española, la Unidad de Cirugía del Aparato Locomotor (U.C.A.L.), Centro de Quemados, Centro de Diálisis y Unidad de Transplante de Médula Ósea.

En el Servicio de Cirugía Cardíaca se realizan estudios hemodinámicos, coronariografías, angioplastias, colocación de marcapasos y toda la cirugía cardíaca con o sin circulación extracorpórea.

En la Unidad de Cirugía del Aparato Locomotor se operan prótesis de caderas y prótesis de rodillas, contando para ello con sala de operaciones de flujo laminar.

En el Centro de Quemados se brinda asistencia integral del quemado a adultos y niños, contando con salas de CTI y de Cuidados Intermedios.

En el Centro de Diálisis se realizan diálisis a pacientes agudos y crónicos.

En la Unidad de Transplante de Médula Ósea se atienden adultos y niños, realizándose trasplantes autólogos y alogénicos.

Estos Institutos, además de los asociados de la Asociación Española, atienden a pacientes particulares y otros provenientes de todas partes de la República financiados por el Fondo Nacional de Recursos.

En lo que se refiere al Hospital las 452 camas dotación si se agrupan por niveles de atención resultan:

- Cuidados intensivos - 39 camas
- Cuidados intermedios - 80 camas
- Cuidados convencionales - 322 camas
- Centro de Quemados - 3 camas
- Unidad de Trasplante Médula Ósea - 5 camas
- Unidad de Trasplante Médula Ósea Pediatría - 3 camas

A ellas deben agregarse 2 camas para diálisis, 10 camas en Emergencia, 26 cunas en alojamiento conjunto, 9 cunas en Nursery patológica, 6 camas sillones en Hospital Oncológico Diurno. Además 45 camas de dos unidades anexas, conocidas como Hospi - Saunders I y II que brindan Cuidados Paliativos.

Los Hospi - Saunders son unidades ubicadas en las cercanías del Hospital dedicadas a mejorar la

calidad de vida de los pacientes en etapa terminal de su enfermedad.

De reciente incorporación el Centro de Recuperación, cuenta con 28 camas de dotación y en el mismo se tratan pacientes neuroquirúrgicos, ortopédicos, traumatológicos fundamentalmente en la etapa de rehabilitación.

El Centro de Atención Integral Psicogeriátrico cuenta con 34 camas de dotación y un hospital de día.

El recurso humano ocupa 4.749 puestos de trabajo que se agrupan de la siguiente manera:

Médicos y practicantes	1.437	30,25%
Profesionales no médicos	49	1%
Técnicos y colaboradores	463	9,75%
Enfermería		
Enf. auxiliar ---- 1028	1.298	27,3%
Enf. profesional — 270		
Servicio y Mantenimiento	856	18%
Administrativos	585	12,3%
Laboratorio de producción	24	0,6%
Centro de Procesamiento de Datos	37	0,8%

El criterio de atención progresiva del paciente diferenciando los tres niveles de cuidado intensivo, intermedio y convencional data de 1973 fecha en que empezó el primer C.T.I.

En el año 1997 se constató un porcentaje ocupacional promedio de 77.5% de las 438 camas, lo que hizo posible 21.676 ingresos, con una estadía promedio de 5 días cada uno.

Se realizaron 11.619 intervenciones quirúrgicas, más 819 cesáreas y 2.547 partos.

En lo que tiene referencia con Consulta Externa existió una oferta de 194.053 hs. médicas de policlínica en las que tuvieron lugar 832.692 consultas, es decir que se realizaron 4.1 consultas por hora en promedio.

En la actualidad el Laboratorio de Análisis Clínicos realiza más de 800 determinaciones diferentes.

En materia de imagenología se cubre la totalidad de los estudios radiológicos convencionales, Cinecoronariografía, Angiología Digital, Ecografía, Eco-Doppler color, T.A.C., Termografía y Resonancia Nuclear, Medicina Nuclear, Laboratorio de Neurofisiología, Densitometrías Óseas.

Apéndice II.

Ficha de recolección de datos.

Fecha:.....

Institución: Hospital Dr. Manuel Quintela
 Asociación Española Primera de Socorros Mutuos

Procedencia: MO IN

Sexo: F M

Edad:.....

Situación de Pareja: S C DI V UI.

Núcleo Familiar: FO FA AF CS CA SO HP

Nivel de Instrucción: AN PI PC SI SC TI TC

Ocupación: Tf Ti E AC JP DE

Antecedentes Familiares	Si	No
SU		
IAE		
EP		
AL		
USP		

Antecedentes Personales	Si	No
IATp		
EP		
USP		
AL		
SVE		

Intento de Autoeliminación: Mes..... Año.....

Modalidad del Intento: X T
 A MI

* Ficha completada en forma manual, marcándola con una cruz según la situación encontrada.

Apéndice III.

Ficha de códigos.

VARIABLES	CATEGORÍAS	CÓDIGOS
Mes	Enero	1
	Febrero	2
	Marzo	3
	Abril	4
	Mayo	5
	Junio	6
	Julio	7
	Agosto	8
	Setiembre	9
	Octubre	10
	Noviembre	11
	Diciembre	12
Año	2000	00
	2001	01
	2002	02
	2003	03
	2004	04
Procedencia	Montevideo	MO
	Interior	IN
Sexo	Femenino	F
	Masculino	M
Estado civil	Soltero	S
	Casado	C
	Divorciado	DI
	Viudo	V
	Unión libre	UL
Núcleo familiar	Familia de origen	FO
	Familia actual	FA
Nivel de instrucción	Agregado a otra familia	AF
	Casa de Salud	CS
	Hospital psiquiátrico	HP
	Cárcel	CA
	Solo	SO
	Analfabeto	AN
	Primaria incompleta	PI
Primaria completa	PC	
Ocupación	Secundaria incompleta	SI
	Secundaria completa	SC
	Terciaria incompleta	TI
	Terciaria completa	TC
	Trabajo formal	Tf
Trabajo informal	Ti	

	Estudiante	E
	Ama de casa	AC
	Jubilado/pensionista	JP
	Desocupado	DE
Antecedentes familiares	Enfermedad psiquiátrica	EP
	Suicidio	SU
	Intento de autoeliminación	IAE
	Alcoholismo	AL
	Sin antecedentes	S/A
Antecedentes personales	Enfermedad psiquiátrica	EP
	Intento de autoeliminación previo	IAEp
	Alcoholismo	AL
	Uso de sustancias psicoactivas	USP
	Suceso vital estresante	SVE
	Sin antecedentes	S/A
Modalidad del intento	Intoxicación	X
	Traumáticos	T
	Asfíxicos	A
	Mixtos	MI
	Sin datos	S/D

Apéndice IV.

Autorizaciones

Montevideo, 3 de noviembre de 2004.

Para presentar ante las autoridades de: Hospital "Dr. Manuel Quintela".
Señor Jefe del Departamento de Registros Médicos: Álvaro Pérez.

De Facultad de Enfermería.
Departamento de Enfermería en Salud Mental.
Tutores de Tesina.

Asunto: Solicitud de permiso ético para operacionalizar proyecto de investigación.

De nuestra mayor consideración:

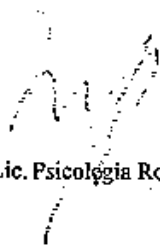
A través del presente solicitamos en calidad de tutores,
el permiso ético para que los estudiantes de Licenciatura en Enfermería:

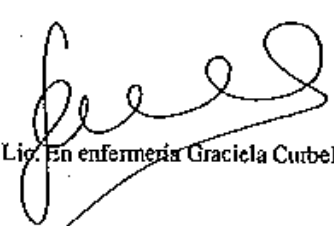
Lorena Carballo
Noelia Murafía
Noelia Peduto
Karina Scanzerra

Implementen el Proyecto: "Factores Psicosociales Presentes en Usuarios con Intento de Autoeliminación, asistidos en el Servicio de Emergencia".

Durante el período de tiempo comprendido entre: Abril- Octubre 2004.

Sin otro particular y agradeciendo la atención
dispensada, saludamos a Usted Atte.


Prof. Adj. Lic. Psicología Rosario Tuzzo


Prof. Adj. Lic. En enfermería Graciela Curbelo


Álvaro Pérez

Montevideo, 3 de noviembre de 2004.

Para presentar ante las autoridades de: **Asociación Española Primera en Socorros Mutuos.**

Señor Director Técnico Dr. Eduardo Grandall.

De Facultad de Enfermería.
Departamento de Enfermería en Salud Mental.
Tutores de Tesina.

Asunto: Solicitud de permiso ético para operacionalizar proyecto de investigación.

De nuestra mayor consideración:

A través del presente solicitamos en calidad de tutores, el permiso ético para que los estudiantes de Licenciatura en Enfermería:

Lorena Carball
Noelia Muraña
Noelia Peduto
Karina Scanzerra

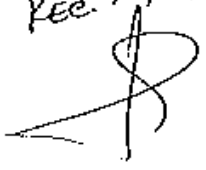
Implementen el Proyecto: "Factores Psicosociales Presentes en Usuarios con Intento de Autoeliminación, asistidos en el Servicio de Emergencia".

Durante el periodo de tiempo comprendido entre: Abril-Octubre 2004.

Sin otro particular y agradeciendo la atención dispensada, saludamos a Usted Atte.


Prof. Adj. Lic. Psicología Rosario Tuzzo


Prof. Adj. Lic. En Enfermería Graciela Curbelo.


Rec. 19/11/04




ASOCIACION ESPAÑOLA
Primera de Socorros Mutuos

Montevideo, 21 de marzo de 2005

Se deja constancia que las estudiantes de Licenciatura de Enfermería que realizaron el trabajo " Características en usuarios con IAE que requirieron internación " fueron debidamente autorizadas a recabar los datos institucionales.


Dra. Mildred de Lima
Médico Jefe de Registros Médicos

Montevideo, 29 de Diciembre de 2004.

Presentar ante autoridades de Laboratorios GAUTIER S.A.
Jefe de Departamento de Ventas: Sr. Eduardo Núñez

Somos un grupo de cuatro Internas de la Facultad de Enfermería, que a través de la presente aseamos llegarle a usted nuestro mayor agradecimiento por el apoyo brindado; al otorgarnos las carpetas para la presentación del Proyecto de Investigación (fecha probable Febrero de 2005); cuyo tema es "Caracterización de usuarios con Intento de Autoeliminación que requirieron internación en el Hospital Dr. Manuel Quintela y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos".

Pensamos en Laboratorios Gautier, debido a la cantidad y calidad de los excelentes fármacos con los que cuenta para disminuir la depresión; factor predisponerte al Intento de autoeliminación.

Accedimos a sus puertas a través del Dr. Nelson Muraña, quién nos contactó con sus Visitadores Médicos, Sr. Diego Blanco y Sr. Marcelo Sena, a quienes especialmente agradecemos su atención, dejando muy bien respaldada a dicha empresa.


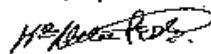
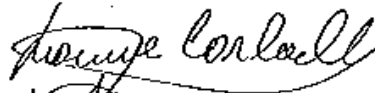
Muchas gracias; lo saludan atte.

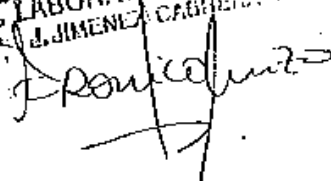
Lorena Carballo

Noelia Muraña

Noelia Peduto

Karina Scanzerra



LABORATORIOS GAUTIER S.A.
E. JIMENEZ CABRERA


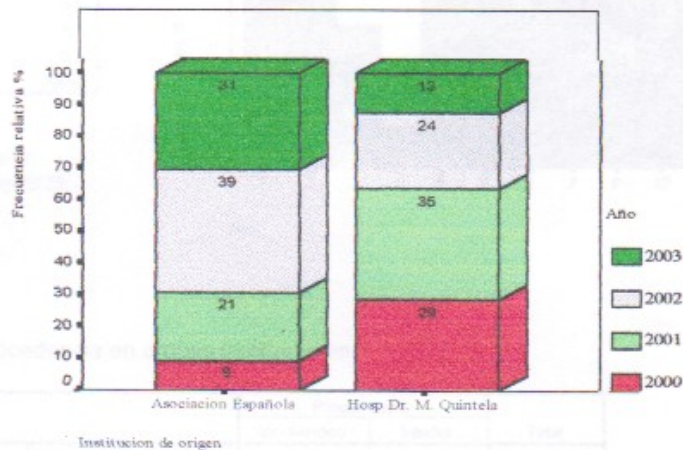
Apéndice V.

Cuadro N°1: Distribución temporal en años de casos de Intento de Autoeliminación en ambas Instituciones.

Institucion de origen	Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos	Hospital Dr. Manuel Quintela	Año				Total
			2000	2001	2002	2003	
	Frecuencia absoluta		9	21	38	30	98
	Frecuencia relativa %		9,2%	21,4%	38,8%	30,6%	100,0%
	Frecuencia absoluta		18	22	15	8	63
	Frecuencia relativa %		28,6%	34,9%	23,8%	12,7%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°1: Fuente cuadro N°

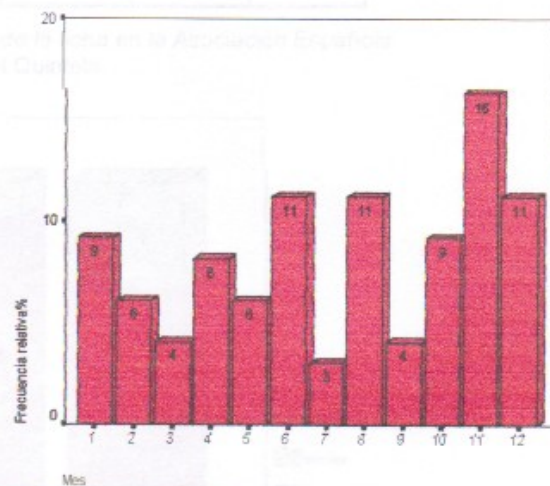


Cuadro N°2: Distribución temporal en meses de casos de Intento de Autoeliminación en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Mes: Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos

Mes	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %
1	9	9,2
2	6	6,1
3	4	4,1
4	8	8,2
5	6	6,1
6	11	11,2
7	3	3,1
8	11	11,2
9	4	4,1
10	9	9,2
11	16	16,3
12	11	11,2
Total	98	100,0

Gráfico N°2: Fuente cuadro N°2



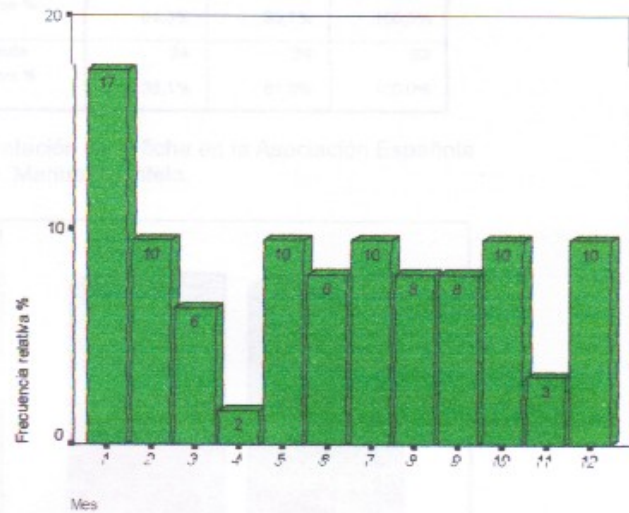
* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la AEPISM.

Cuadro N°3: Distribución temporal en meses de casos de Intento de Autoeliminación en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Mes: Hospital Dr. Manuel Quintela

Mes	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %
1	11	17,5
2	6	9,5
3	4	6,3
4	1	1,6
5	6	9,5
6	5	7,9
7	6	9,5
8	5	7,9
9	5	7,9
10	6	9,5
11	2	3,2
12	6	9,5
Total	63	100,0

Gráfico N°3: Fuente cuadro N°3



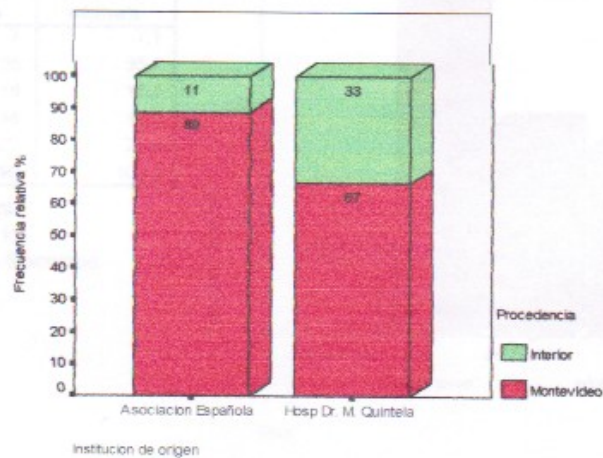
* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Cuadro N°4: Distribución por Procedencia en ambas Instituciones.

Institución de origen	Asociación	Frecuencia absoluta	Procedencia		Total
			Montevideo	Interior	
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos		Frecuencia absoluta	87	11	98
		Frecuencia relativa %	88,8%	11,2%	100,0%
Hospital Dr. Manuel Quintela		Frecuencia absoluta	42	21	63
		Frecuencia relativa %	66,7%	33,3%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°4: Fuente cuadro N°4

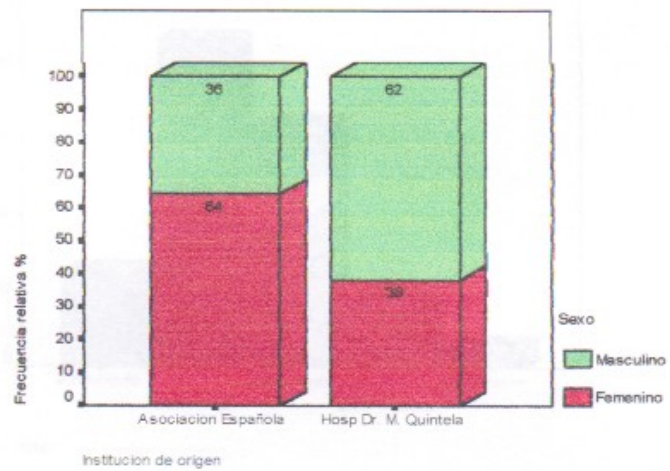


Cuadro N°5: Distribución por Sexo en ambas Instituciones.

Institucion de origen	Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta	Sexo		Total
			Femenino	Masculino	
		Frecuencia relativa %	64,3%	35,7%	100,0%
	Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta	24	39	63
		Frecuencia relativa %	38,1%	61,9%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

GráficoN°5: Fuente cuadro N°5



Cuadro N°6: Distribución por Edad en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

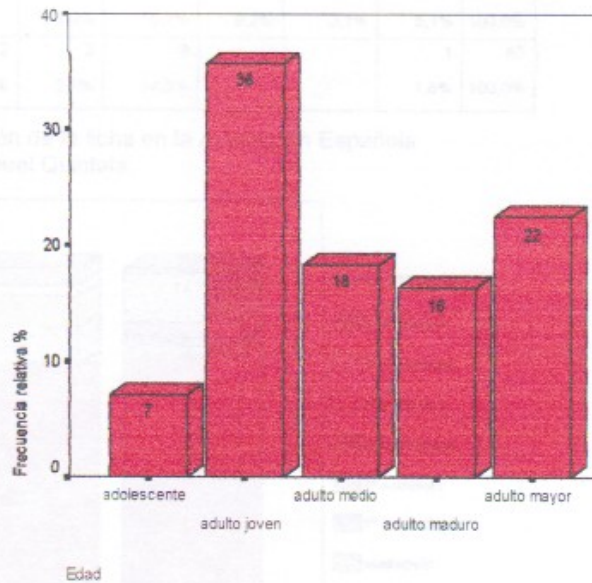
Cuadro N°6: Distribución por Edad en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Gráfico N°6: Fuente cuadro N°6

Edad: Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos

	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa%
adolescente	7	7,1
adulto joven	35	35,7
adulto medio	18	18,4
adulto maduro	16	16,3
adulto mayor	22	22,4
Total	98	100,0

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

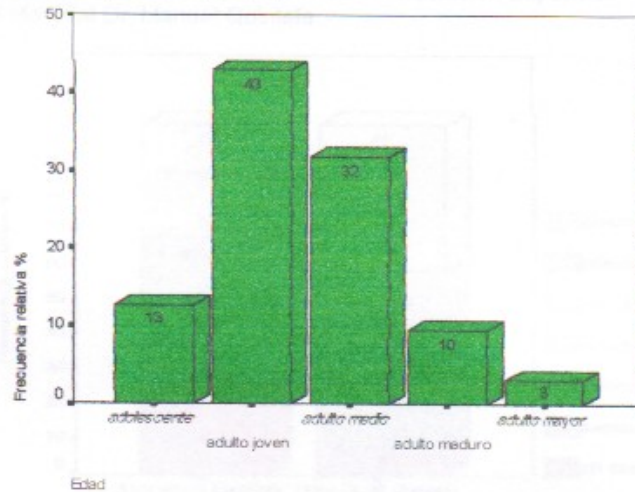


Cuadro N°7: Distribución por Edad en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Edad: Hospital Dr. Manuel Quintela		
	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa %
adolescente	8	12,7
adulto joven	27	42,9
adulto medio	20	31,7
adulto maduro	6	9,5
adulto mayor	2	3,2
Total	63	100,0

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°7: Fuente cuadro N°7

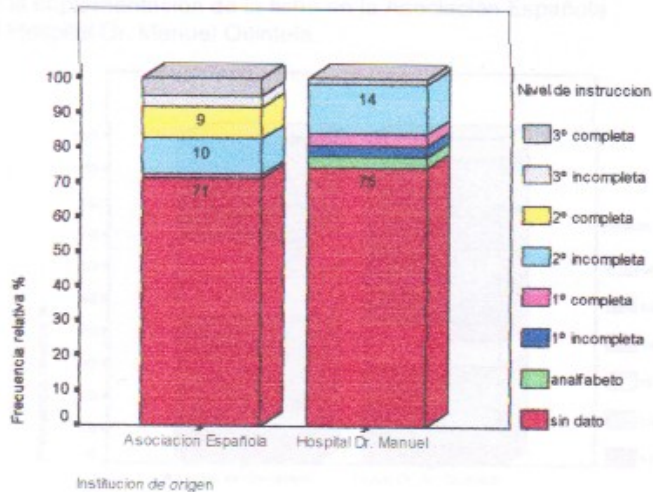


Cuadro N°8: Distribución por Nivel de Instrucción en ambas Instituciones.

Institución de origen	Frec. absoluta	Frec. relativa %	Nivel de instrucción						Total		
			sin dato	analfabeto	1° incompleta	1° completa	2° incompleta	2° completa		3° incompleta	3° completa
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos	70	71,4%				1	10	9	3	5	98
Hospital Dr. Manuel Quintela	47	74,6%	2	2	2	9				1	63

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°8: Fuente cuadro N°8

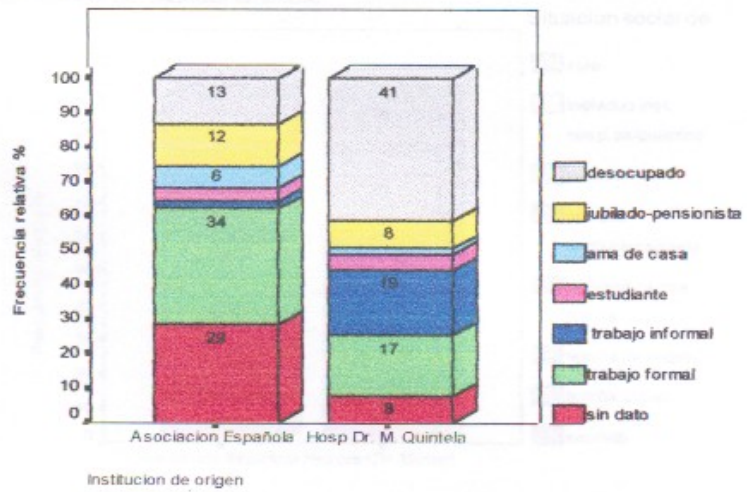


Cuadro N°9: Distribución por Ocupación en ambas Instituciones.

Institución de origen	Asociación Española Primera de Socorros Mutos	Hospital Dr. Manuel Quintela	Ocupación						Total	
			sin dato	trabajo formal	trabajo informal	estudiante	ama de casa	jubilado-pensionista		desocupado
	Frecuencia absoluta		28	33	2	4	6	12	13	98
	Frecuencia relativa %		28,6%	33,7%	2,0%	4,1%	6,1%	12,2%	13,3%	100,0%
	Frecuencia absoluta		5	11	12	3	1	5	26	63
	Frecuencia relativa %		7,9%	17,5%	19,0%	4,8%	1,6%	7,9%	41,3%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°9: Fuente cuadro N°9

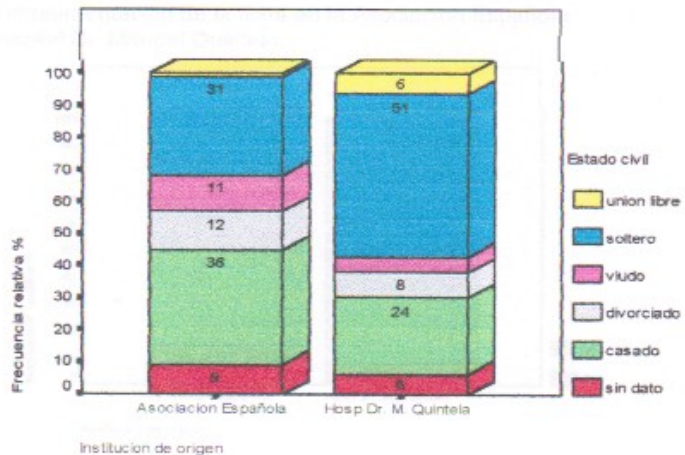


Cuadro N°10: Distribución por Estado Civil en ambas Instituciones.

Institución de origen	Asociación Española Primera de Socorros Mutuos	Hospital Dr. Manuel Quintela	Estado civil					Total	
			sin dato	casado	divorciado	viudo	soltero		union libre
	Frecuencia absoluta		9	35	12	11	30	1	98
	Frecuencia relativa %		9,2%	35,7%	12,2%	11,2%	30,6%	1,0%	100,0%
	Frecuencia absoluta		4	15	5	3	32	4	63
	Frecuencia relativa %		6,3%	23,8%	7,9%	4,8%	50,8%	6,3%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°10: Fuente cuadro N°10

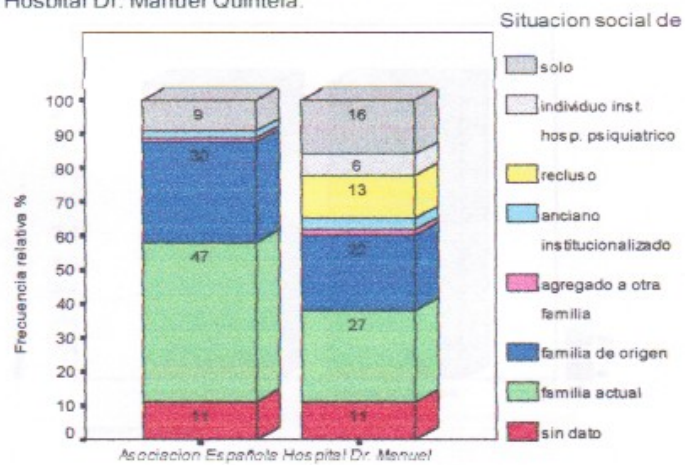


Cuadro N°11: Distribución por Situación Social de Residencia en ambas Instituciones.

Institución de origen	Situación social de residencia	Frecuencia absoluta	Situación social de residencia							Total
			sin dato	familia actual	familia de origen	agregado a otra familia	anciano institucionalizado	recluso	individuo institucionalizado hospital psiquiátrico	
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta	11	46	29	1	2			9	98
	Frecuencia relativa	11,2%	46,9%	29,6%	1,0%	2,0%			9,2%	100,0%
Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta	7	17	14	1	2	8	4	10	63
	Frecuencia relativa	11,1%	27,0%	22,2%	1,6%	3,2%	12,7%	6,3%	15,9%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°11: Fuente cuadro N°11



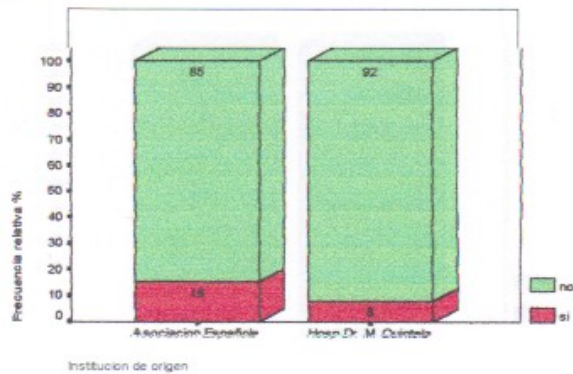
Cuadro N°12: Distribución por Antecedentes Familiares de Enfermedad Psiquiátrica en ambas Instituciones.

Cuadro N°12: Distribución por Antecedentes Familiares de Enfermedad Psiquiátrica en ambas Instituciones.

Institución de origen	Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica	Frecuencia absoluta	Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica		Total
			si	no	
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta	15	83		98
	Frecuencia relativa %	15,3%	84,7%		100,0%
Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta	5	58		63
	Frecuencia relativa %	7,9%	92,1%		100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°12: Fuente cuadro N°12

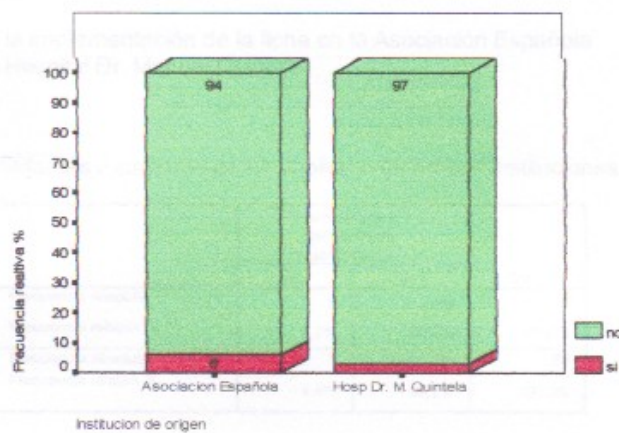


Cuadro N°13: Distribución por Antecedentes Familiares de Suicidio en ambas Instituciones.

Institucion de origen	Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta	Antecedentes familiares de suicidio		Total
			si	no	
			6	92	98
		Frecuencia relativa %	6,1%	93,9%	100,0%
	Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta	2	61	63
		Frecuencia relativa %	3,2%	96,8%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°13: Fuente cuadro N°13

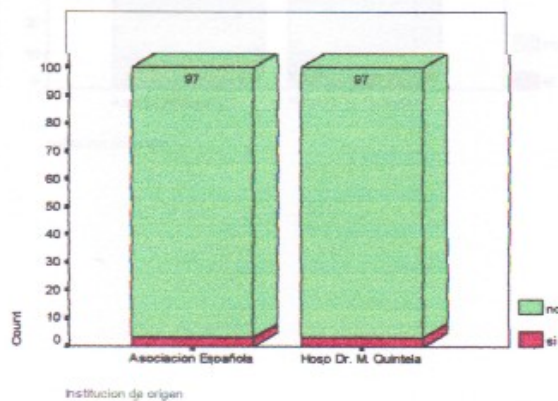


Cuadro N°14: Distribución por Antecedentes Familiares de Intento de Autoeliminación en ambas Instituciones.

Institucion de origen	Asociacion Española Primeras en Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta	Antecedentes familiares de intento de autoeliminación		Total
			si	no	
			3	95	98
		Frecuencia relativa %	3,1%	96,9%	100,0%
	Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta	2	61	63
		Frecuencia relativa %	3,2%	96,8%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°14: Fuente cuadro N°14



Cuadro N°15: Distribución por Antecedentes Familiares de Uso Indevido de Sustancias Psicoactivas en ambas Instituciones.

Institucion de origen	Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta	Antecedentes familiares de uso indebido de sustancias psicoactivas		Total
			si	no	
			98	0	98
		Frecuencia relativa %	100,0%	0,0%	100,0%
	Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta	63	0	63
		Frecuencia relativa %	100,0%	0,0%	100,0%

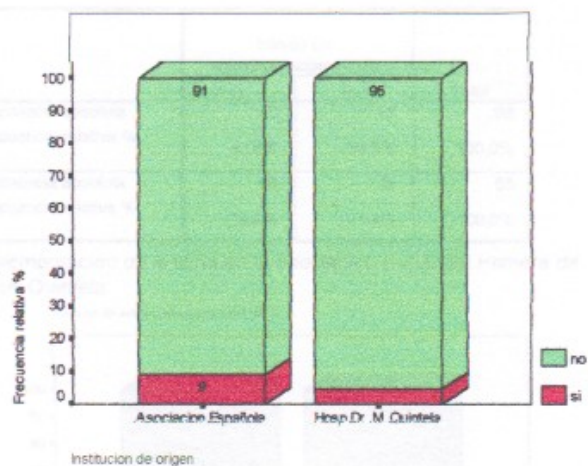
* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Cuadro N°16: Distribución por Antecedentes Familiares de Alcoholismo en ambas Instituciones.

Institucion de origen	Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta	Antecedentes familiares de alcoholismo		Total
			si	no	
			9	89	98
		Frecuencia relativa %	9,2%	90,8%	100,0%
	Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta	3	60	63
		Frecuencia relativa %	4,8%	95,2%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°16: Fuente cuadro N°16

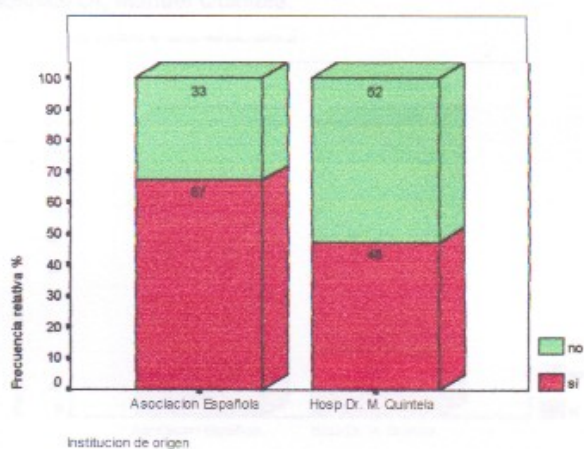


Cuadro N° 17: Distribución por Antecedentes Personales de Enfermedad Psiquiátrica en ambas Instituciones.

Institución de origen			Antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica		Total
			si	no	
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta		66	32	98
	Frecuencia relativa %		67,3%	32,7%	100,0%
Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta		30	33	63
	Frecuencia relativa %		47,6%	52,4%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N° 17: Fuente cuadro N°17

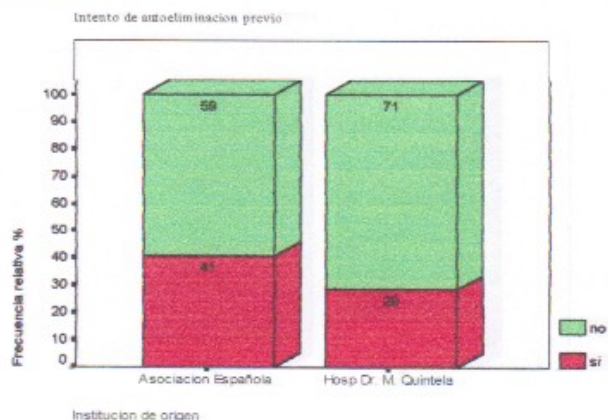


Cuadro N°18: Distribución por Antecedentes Personales de Intento de Autoeliminación Previo en ambas Instituciones.

Institución de origen			Intento de autoeliminación previo		Total
			si	no	
Asociación Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta		40	58	98
	Frecuencia relativa %		40,8%	59,2%	100,0%
Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta		18	45	63
	Frecuencia relativa %		28,6%	71,4%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N° 18: Fuente cuadro N°18

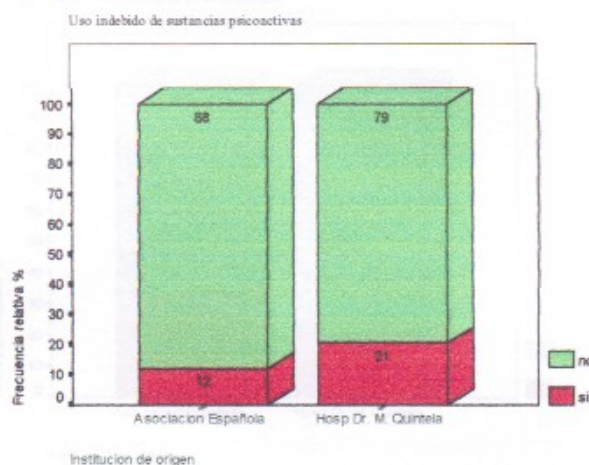


Cuadro N°19: Distribución por Antecedentes Personales de Uso Indebido de Sustancias Psicoactivas en ambas Instituciones.

			Antecedentes personales de uso indebido de sustancias psicoactivas		Total
			si	no	
Institucion de origen	Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta	12	86	98
		Frecuencia relativa %	12,2%	87,8%	100,0%
	Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta	13	50	63
		Frecuencia relativa %	20,6%	79,4%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°19: Fuente cuadro N°19

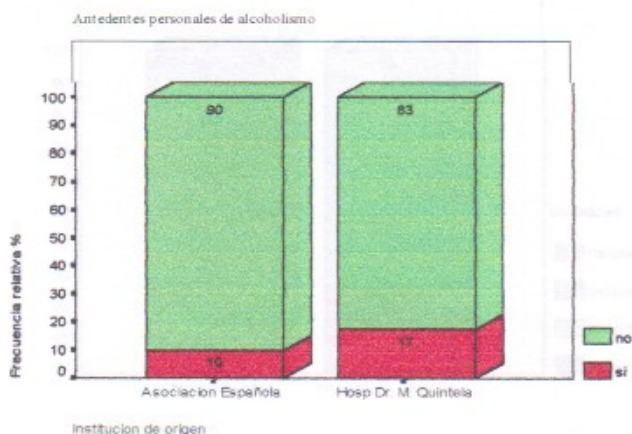


Cuadro N°20: Distribución por Antecedentes Personales de Alcoholismo en ambas Instituciones.

			Antecedentes personales de alcoholismo		Total
			si	no	
Institucion de origen	Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos	Frecuencia absoluta	10	88	98
		Frecuencia relativa %	10,2%	89,8%	100,0%
	Hospital Dr. Manuel Quintela	Frecuencia absoluta	11	52	63
		Frecuencia relativa %	17,5%	82,5%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°20: Fuente cuadro N°20

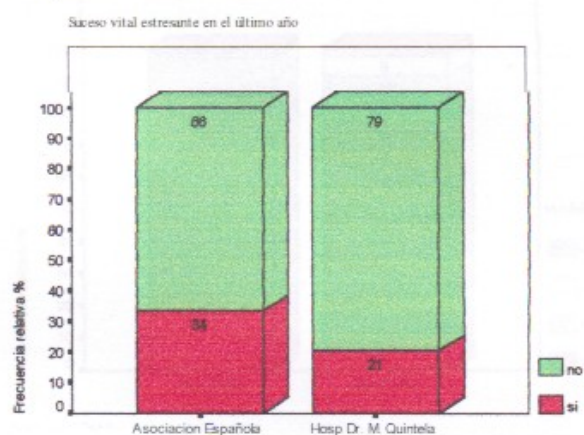


Cuadro N°21: Distribución por Antecedentes Personales de Suceso Vital Estresante en el Último Año, en ambas Instituciones.

Institucion de origen	Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos	Hospital Dr. Manuel Quintela	Suceso vital estresante en el último año		Total
			si	no	
	Frecuencia absoluta		33	65	98
	Frecuencia relativa %		33,7%	66,3%	100,0%
	Frecuencia absoluta		13	50	63
	Frecuencia relativa %		20,6%	79,4%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°21: Fuente cuadro N°21



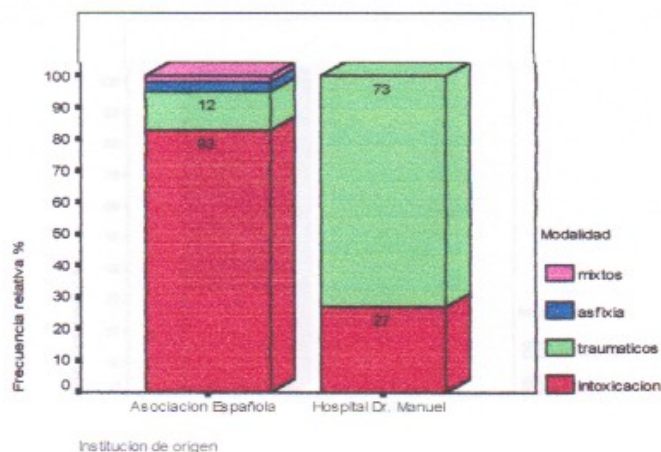
Cuadro N°22: Distribución de la Modalidad del Intento en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Cuadro N°22: Distribución por Modalidad del Intento en ambas Instituciones.

Institucion de origen	Asociacion Española Primera de Socorros Mutuos	Hospital Dr. Manuel Quintela	Modalidad				Total
			intoxicacion	traumaticos	asfixia	mixtos	
	Frec. absoluta		81	12	3	2	98
	Frec. relativa %		82,7%	12,2%	3,1%	2,0%	100,0%
	Frec. absoluta		17	46			63
	Frec. relativa %		27,0%	73,0%			100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos y en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°22: Fuente cuadro N°22

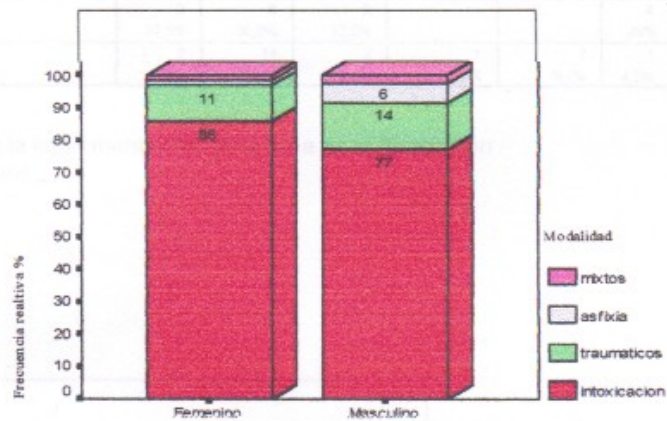


Cuadro N°23: Distribución de la Modalidad según el Sexo en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

			Modalidad: Asociación Española Primera en Socorros Mutuos				Total
			intoxicacion	traumaticos	asfisia	mixtos	
Sexo	Femenino	Frecuencia absoluta	54	7	1	1	63
		Frecuencia relativa %	85,7%	11,1%	1,6%	1,6%	100,0%
	Masculino	Frecuencia absoluta	27	5	2	1	35
		Frecuencia relativa %	77,1%	14,3%	5,7%	2,9%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Gráfico N° 23: Fuente cuadro N°23

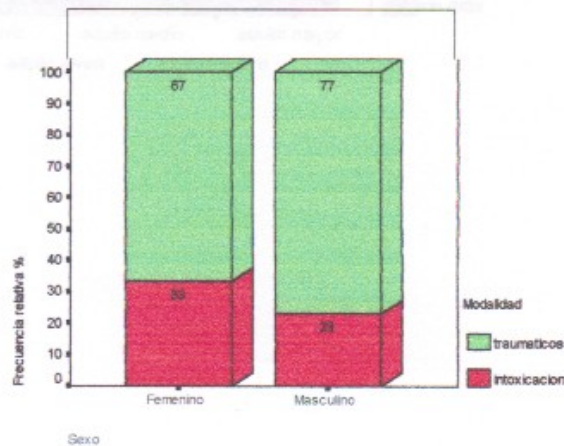


Cuadro N°24: Distribución de la Modalidad según Sexo en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

			Modalidad: Hospital Dr. Manuel Quintela		Total
			intoxicacion	traumaticos	
Sexo	Femenino	Frecuencia absoluta	8	16	24
		Frecuencia relativa %	33,3%	66,7%	100,0%
	Masculino	Frecuencia absoluta	9	30	39
		Frecuencia relativa %	23,1%	76,9%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°24: Fuente cuadro N°24

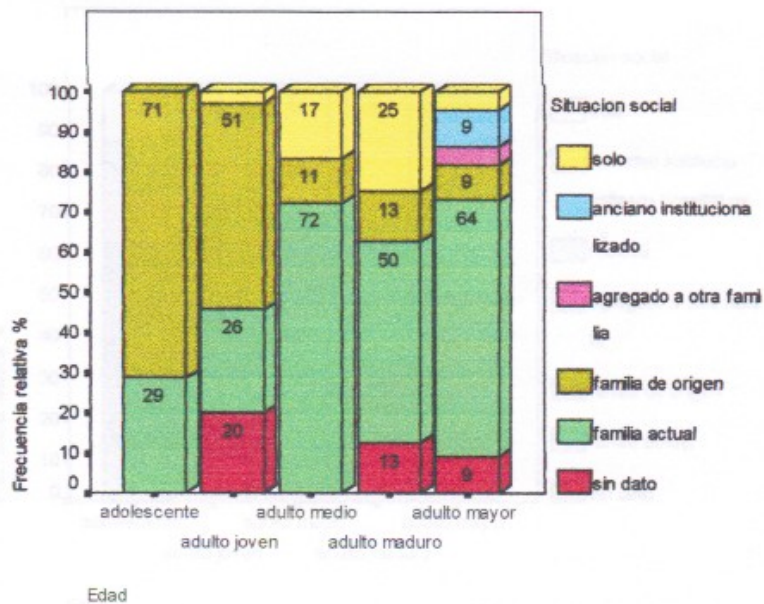


Cuadro N°25: Distribución de la Situación Social de Residencia según la Edad en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

			Situación social de residencia: Asociación Española Primera de Socorros Mutuos					Total
			sin dato	familia actual	familia de origen	agregado a otra familia	anciano institucionalizado	
Edad	adolescente	Frec. absoluta		2	5			7
		Frec. relativa %		28,6%	71,4%			100,0%
	adulto joven	Frec. absoluta	7	9	18		1	35
		Frec. relativa %	20,0%	25,7%	51,4%		2,9%	100,0%
	adulto medio	Frec. absoluta		13	2		3	18
		Frec. relativa %		72,2%	11,1%		17%	100,0%
	adulto maduro	Frec. absoluta	2	8	2		4	16
		Frec. relativa %	12,5%	50,0%	12,5%		25%	100,0%
	adulto mayor	Frec. absoluta	2	14	2	1	2	22
		Frec. relativa %	9,1%	63,6%	9,1%	4,5%	9,1%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Gráfico N°25: Fuente cuadro N°25

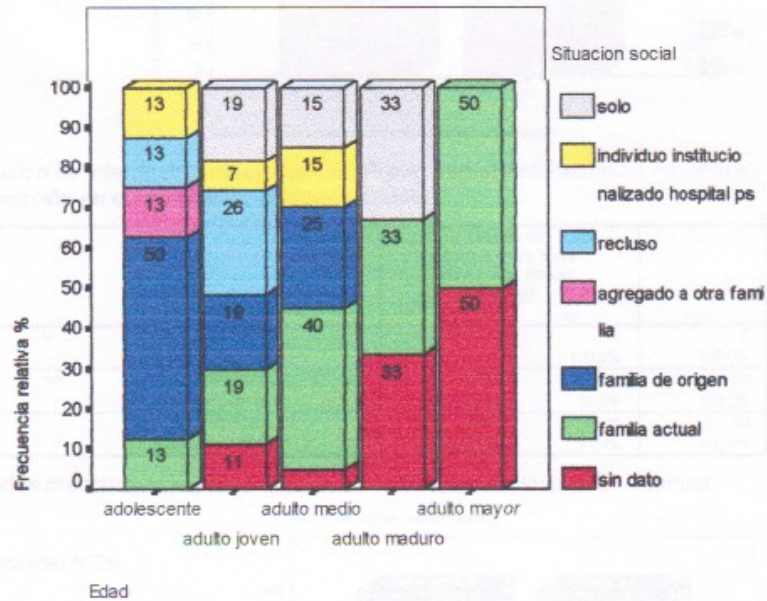


Cuadro N°26: Distribución de la Situación Social de Residencia según la Edad en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

		Situación social de residencia: Hospital Dr. Manuel Quintela							Total
		sin dato	familia actual	familia de origen	agregado a otra familia	recluso	individuo institucionalizado hospital psiquiátrico	solo	
Edad adolescente	Frecuencia absoluta		1	4	1	1	1		8
	Frecuencia relativa %		12,5%	50,0%	12,5%	12,5%	12,5%		100,0%
adulto joven	Frecuencia absoluta	3	5	5		7	2	5	27
	Frecuencia relativa %	11,1%	18,5%	18,5%		25,9%	7,4%	18,5%	100,0%
adulto medio	Frecuencia absoluta	1	8	5			3	3	20
	Frecuencia relativa %	5,0%	40,0%	25,0%			15,0%	15,0%	100,0%
adulto maduro	Frecuencia absoluta	2	2					2	6
	Frecuencia relativa %	33,3%	33,3%					33,3%	100,0%
adulto mayor	Frecuencia absoluta	1	1						2
	Frecuencia relativa %	50,0%	50,0%						100,0%
Total	Frecuencia absoluta	7	17	14	1	8	6	10	63
	Frecuencia relativa %	11,1%	27,0%	22,2%	1,6%	12,7%	9,5%	15,9%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N°26: Fuente cuadro N°26

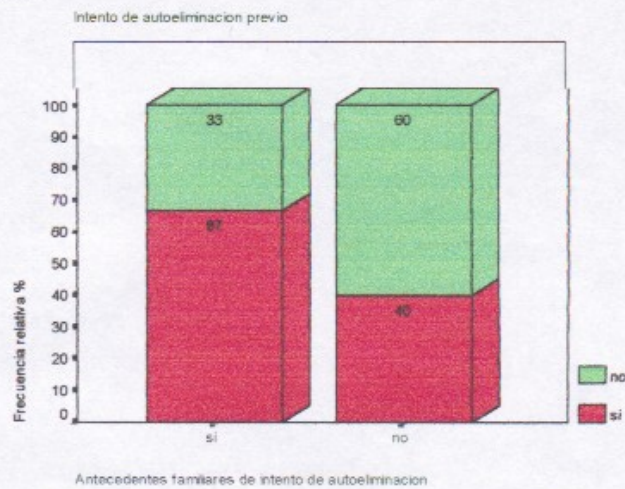


Cuadro N°27: Distribución de Intento de Autoeliminación Previo según Antecedentes Familiares de Intento de Autoeliminación en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

			Intento de autoeliminación previo: Asociación Española Primera de Socorros Mutuos		Total
			si	no	
Antecedentes familiares de intento de autoeliminación	si	Frecuencia absoluta	2	1	3
		Frecuencia relativa %	66,7%	33,3%	100,0%
	no	Frecuencia absoluta	38	57	95
		Frecuencia relativa %	40,0%	60,0%	100,0%

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos.

Gráfico N°27: Fuente cuadro N°27



Cuadro N° 28: Distribución de Intento de Autoeliminación Previo según Antecedentes Familiares de Intento de Autoeliminación en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

			Intento de autoeliminación previo: Hospital Dr. Manuel Quintela		Total
			si	no	
Antecedentes familiares de intento de autoeliminación	si	Frecuencia absoluta		2	2
		Frecuencia relativa %		100,0%	100,0%
	no	Frecuencia absoluta	18	43	61
		Frecuencia relativa %	29,5%	70,5%	100,0%
Total	Frecuencia absoluta	18	45	63	
	Frecuencia relativa %	28,6%	71,4%	100,0%	

* Fuente: Datos recogidos mediante la implementación de la ficha en el Hospital Dr. Manuel Quintela.

Gráfico N° 28: Fuente cuadro N°28

