



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

ADOLESCENTES CON INTENTO DE AUTOELMINACIÓN Y FACTORES DE RIESGO EN EL DEPARTAMENTO DE LAVALLEJA 2013-2014

Autores:

Graciela Acosta
Marta Hernández
Rubén Machado
Verónica Ordas
María Rodríguez

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

Tutor:

Prof. Agdo. Sandro Hernández

Montevideo, 2015

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia queremos agradecer a nuestras familias, que sientan que el objetivo logrado también es suyo, la fuerza que nos ayudó a conseguirlo fue con su apoyo incondicional.

A cada uno de los profesores de la Universidad de la República del Uruguay, Facultad de Enfermería, que tuvimos durante la Carrera. Nos dieron la oportunidad de formarnos como Profesionales de la Salud brindándonos sus conocimientos con rigor académico.

A nuestro Asesor de Tesis, Prof. Agdo. Sandro Hernandez, gracias por su tiempo, su paciencia, su entrega de conocimientos y por su motivación que han sido fundamental para nuestra formación como investigadores, sin su persona de nada hubiese servido nuestro esfuerzo.

A la buena disposición de las instituciones de salud del departamento de Lavalleja y a los funcionarios de archivo de las mismas, que con amabilidad y actitud colaboradora nos permitió recabar los datos necesarios para esta investigación.

Tabla de Contenido

1. Resumen.....	1
Palabra Clave	1
2. Introducción	2
3. Planteamiento del problema	3
4. Objetivos	4
4.1. Objetivo General:	4
4.2. Objetivos Específicos de la Investigación:	4
5. Fundamentación	5
6. Justificación	6
7. Antecedentes	8
7.1. Antecedentes Internacionales:	8
7.2. Antecedentes Nacionales:	9
8. Marco Teórico	10
9. Diseño Metodológico de la Investigación:	19
9.1. Operacionalización de las variables	21
10. Resultados	25
11. Análisis.....	43
12. Conclusiones	46
13. Sugerencias	48
Bibliografía	49
ANEXOS	52

1. Resumen

Este estudio es una investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, cuyo objetivo general es conocer sobre factores de riesgo más frecuentes, presentes en los adolescentes que realizaron Intento de Autoeliminación (IAE) y que han sido registrados en los Centros de Salud públicos y privados, en el Dpto. de Lavalleja en el período comprendido entre enero 2013 y marzo 2014.

Se trabajó con una muestra intencional no probabilística y se utilizó como método la observación directa de las Historias Clínicas, registrando los datos en el instrumento creado.

Creyendo importante destacar que la presencia de factores de riesgo a edades tempranas de la vida dejan a los individuos en condiciones de vulnerabilidad, lo cual predispone a una situación de crisis, que requiere una atención y cuidadosa valoración de todo el equipo de salud, familia y/o adulto referente.

Palabra Clave

Las palabras claves utilizadas para la búsqueda fueron: intento de suicidio, adolescente, suicidio.

Se extraen del tesauro en línea DeCS (Descriptores en Ciencia de la Salud).

2. Introducción

La presente tesis de grado fue realizada por un grupo de cinco estudiantes de la Licenciatura, de Facultad de Enfermería – Universidad de la República.

La temática abordada se enmarca en las líneas de la Cátedra de Salud, del Niño, Niña y Adolescente.

Se investiga sobre los factores de riesgo de los intentos de autoeliminación (I.A.E.) de los adolescentes, ocurridos en el departamento de Lavalleja, en el período enero de 2013 y marzo de 2014.

Siendo el objetivo identificar los factores de riesgo más relevantes en el plano individual, sociocultural y situacional.

La población de estudio estuvo conformada por 30 Historias Clínicas de usuarios de 10 a 19 años de edad, que ingresaron y fueron registrados en puerta de emergencia de los Centros Hospitalarios públicos y privados del departamento.

Consiste en una investigación de carácter cuantitativo, descriptivo, transversal. Las unidades de análisis fueron las Historias Clínicas a las que se tuvo acceso , registrando los datos obtenidos a través del uso del instrumento creado con ese fin.

Para abordar el tema se identificaron las causas y condiciones que lo predisponen, así como los signos de situaciones de riesgo e indicadores potenciales en el terreno seleccionado.

Se logró caracterizar la población de estudio, determinar las variables, indagar los métodos utilizados para el IAE. Predominó el sexo femenino, el método más usado fue la ingesta de psicofármacos, y el otoño la época del año en que se llevaron a cabo el menor número de intentos.

3. Planteamiento del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo presentes, más frecuentes en adolescentes con I.A.E. que ingresaron y fueron registrados en puerta de emergencia de los Centros de Salud del Departamento de Lavalleja, entre los meses de enero de 2013 y marzo de 2014?.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General:

- Identificar los factores de riesgo en adolescentes con I.A.E. que ingresaron y fueron registrados en puerta de emergencia de los Centros Asistenciales públicos y privados del Departamento de Lavalleja, entre enero de 2013 y marzo de 2014.

4.2. Objetivos Específicos de la Investigación:

- Caracterizar la población según las variables a utilizar.
- Conocer los métodos utilizados para el intento de autoeliminación por la población estudiada.
- Identificar la distribución de los casos según la época del año.
- Conocer la existencia de antecedentes patológicos psiquiátricos de la población estudiada.

5. Fundamentación

En la actualidad, el suicidio constituye a nivel mundial una de las causas de muerte más frecuente, siendo a su vez, altamente preocupante la gran incidencia entre los adolescentes, a edades cada vez más tempranas del desarrollo.

La realidad nos muestra que, a pesar de todos los esfuerzos realizados, los jóvenes siguen repitiendo estos comportamientos y las consecuencias no son sólo un número de I.A.E., conllevan secuelas físicas, mentales, familiares y socio-culturales.

El incremento en el número de IAE en los adolescentes, hace que sea considerado un problema de Salud Pública, por tanto corresponde a los profesionales de la salud mental y a todos los operadores de la salud, investigar y enfatizar los factores que en él participan.

En términos económicos, la eficiencia tiene que ver con el uso racionalmente adecuado de los recursos, los costos en prevención siempre son más bajos que en atención (RRHH y RRMM, día-cama, hospitalidades, medicación, insumos etc.).

6. Justificación

Los datos internacionales nos dicen que por cada suicidio registrado hay diez I.A.E., es una información que compromete a todo el Sistema Integrado de Salud como lo reglamenta la Ley 18211 en Uruguay. Involucra a toda la sociedad porque las conductas siempre son reflejo de ella y de la cultura en la que se enmarca.

Uruguay junto a Cuba, encabeza la lista con la tasa más alta de suicidios de las Américas. Estadísticamente ha sido demostrado que las cifras de IAE siguen ascendiendo: en Montevideo son de 9.9% y en el interior del país llegan al 10.3%; en tanto que en las mujeres llega a un 11.9% y en los hombres es de 8.2%, según cifras publicadas en el diario El País del 11 /11 del año 2014. Después de Cuba, Uruguay es el país que tiene mayor índice de suicidios, siendo Rocha, Lavalleja, Treinta Y Tres y Flores los departamentos que presentan mayor incidencia.

Se considera entonces que es un tema complejo con factores multicausales y los expertos coinciden en que un I.A.E. previo es el factor de riesgo más importante del suicidio, es imperativo identificar y accionar sobre ellos.

Es un desafío desde la atención primaria de la salud (APS), así como desde la Enfermería Profesional identificar los factores de riesgo, que favorezcan la consulta precoz para un seguimiento individualizado e integral de los casos.

Es imprescindible la información a la comunidad, a los padres/tutores, la OMS así lo aconseja, se deben conocer las causas de los I.A.E. Deberán comprometerse en esta difícil tarea, responsabilidad de todos para evitar otro sufrimiento social mayor – la muerte de un adolescente.

Los medios de comunicación, la Educación Formal e Informal deben difundir la información de lo que está ocurriendo a nivel local, incidir en la

conciencia de los padres, difundir los factores de riesgo que influyen en nuestros adolescentes para el I.A.E. y su relación con el suicidio.

Todos comprometidos con el mismo objetivo podríamos lograr el impacto socio-cultural necesario para la planeación e implementación de medidas de prevención y de intervención que logren la disminución de estos numerosos casos. Las señales de advertencia de conductas suicidas: alteración de los patrones del sueño, aislamiento, bajo umbral de tolerancia a las frustraciones, aislamiento social, alteración de las conductas alimentarias, desmotivación, falta de concentración, desesperanza, no sentirse querido o una carga para su familia y/o allegados, no poder proyectarse, entre otros, deben divulgarse continuamente y evaluar periódicamente los resultados.

Es fundamental la actuación de un equipo interdisciplinario trabajando de forma interinstitucional, interrelacionada y holísticamente en actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, siempre de acuerdo a las necesidades y problemas de los mismos.

Se deberá tener en cuenta que la retroalimentación de los sistemas de información es la única forma de saber si estamos en el camino correcto de incidir positivamente para lograr aumentar la calidad de vida.

7. Antecedentes

La revisión bibliográfica se realizó en Idioma Español, en las páginas de Lilacs, Scielo, BIREME.

7.1. Antecedentes Internacionales:

En el estudio realizado en México: “Prevalencia y Factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana en el año 2007” se obtuvieron como resultado que del total de 14306 estudiantes provenientes de 149 escuelas públicas de educación media superior, incluyéndose estudiantes entre 14 y 19 años de México, el 45% fueron hombres y el 55% mujeres; 47% reportaron ideación suicida; 7% presentó 1 síntoma; 9% 2 síntomas; 20% 3 y 11% 4 síntomas. El síntoma más reportado fue “haber vivido situaciones en que se ha deseado dejar de existir” con el 39%. Además el 9% reportaron intento de suicidio.¹

De la Revista Brasileña de Psiquiatría se obtuvo el trabajo: “Ideación Suicida en adolescentes de 11 a 15 años: prevalencia y factores asociados” De un total de 1039 estudiantes que fueron invitados a participar, la prevalencia de ideación suicida fue del 14, 1% y los factores asociados a la ideación suicida de mayor incidencia: sexo femenino, el consumo de alcohol, uso de drogas ilícitas, trastornos de conducta.²

En la Revista de Salud Pública de la Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia se publicó “Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005”. Fueron 96 casos de 11 a 18 años y los resultados obtenidos fueron que las mujeres constituyeron el 81,4%; la edad promedio fue de 15 años; 63,1% de las familias tenían bajos ingresos; la intoxicación fue el método suicida con el 96,9% y el 83,5% tenía problemas con los padres. El sexo masculino se

asoció con agresividad, consumo de sustancias, fracasos escolares ó sentimentales y el femenino con ansiedad predominante y maltrato físico.³

7.2. Antecedentes Nacionales:

A nivel nacional en el trabajo “Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias” realizado en el Departamento de Emergencia Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell entre el 01/07/08 y el 30/06/09. Se incluyeron 145 pacientes, la media de edad fue 12 años 7 meses; el 77% era de sexo femenino. Desencadenantes: conflictos interpersonales: 57%; pérdidas afectivas: 17% y maltrato o abuso: 11%. El 78% ingirió fármacos; el 18% planificó el intento; el 77% ocurrió en su domicilio; el 10% tuvo riesgo vital. Un tercio tenía al menos un IAE previo. ⁴

En la publicación de la web sobre pediatría en noviembre del año 2012: Intentos de Autoeliminación en niños y adolescentes aparece que en Uruguay los suicidios son la segunda causa de muerte en jóvenes entre los 10 y 15 años y la primera causa entre los 15 y 19 años. La tasa de suicidio en nuestro país es 17/100.000 habitantes y la relación entre suicidio es 12 a 1. De varias investigaciones nacionales realizadas por las Cátedras de Psiquiatría Pediátrica y de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República que funcionan en el Centro Hospitalario Pereira Rossell se concluye que en los factores de riesgo el comportamiento suicida se relaciona con la pobreza, desempleo, pérdida de seres queridos, adicciones, disfunción familiar, ruptura de relaciones. También influyen los antecedentes familiares de suicidio, el abuso de alcohol y estupefacientes, maltrato en la infancia, depresión, esquizofrenia.

8. Marco Teórico

El término “Adolescencia” tiene su origen etimológico en el latín; proviene del verbo *adolescere*, que significa “crece y desarrollarse hacia la madurez”.⁵

La OMS define adolescencia como el “período de la vida en la cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socioeconómica, se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años”

Se caracteriza por cambios físicos, sociales y psicológicos.

Se divide en “Adolescencia temprana” de 10 a 14 años, y “adolescencia tardía” de 15 a 19 años.⁶

La adolescencia es un constructo social con múltiples conceptualizaciones, entendiendo que la salud integral y el bienestar del adolescente pueden concebirse dentro de un conjunto de interrelaciones entre los sistemas biológico, psicosocial y medio ambiente, siendo el crecimiento, la maduración y la diferenciación, los procesos básicos que sobrevienen. En esta etapa trascendental para el desarrollo humano se da la búsqueda de un lugar en el mundo y lograr establecer su propia identidad, para ello el adolescente necesita establecer compromisos relativamente estables con una serie de valores y creencias. Construir una nueva imagen corporal y una nueva representación de sí mismo a partir de los cambios biológicos registrados, elaborar una identidad sexual definida, incorporar dentro de las diversas opciones educativas conocimientos que le permitan incorporarse a las tareas laborales adultas, establecer vínculos amistosos y sociales incluyendo la integración a grupos de pertenencias diversos.⁷

Según H. Basile: ***“Los riesgos continuos de éxitos y fracasos tornan a los adolescentes muy sensibles a las actitudes de aprobación o reprobación del medio.”***⁸

Las personas son integrantes de un sistema familiar específico del cual adoptan creencias, valores y significaciones sobre: vida, muerte, proyectos de vida, que operan tanto a nivel consciente como inconsciente. Es así que se encuentra como primer referencia a la familia para la construcción de esta identidad; es dentro de ella, de su estructura social, económica y cultural de donde extraen los primeros valores y principios, donde se producen los primeros conflictos de manera que es la familia el primer factor de riesgo ó factor protector que encontramos para el Intento de Autoeliminación en adolescentes.

Concepto de Salud – Enfermedad:

“Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. Es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población o del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”.⁹

Concepto de Salud Mental:

De la salud mental se puede decir que es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.¹⁰

Ideación Suicida: Manifestación consciente sobre pensar o desear morir. A veces imaginando un Plan o Método concreto para realizarlo.

Plan suicida: Proyecto concreto, que incluye: Cómo (Con qué medio), Cuándo y Dónde realizarlo; es un elemento de enorme peligrosidad.

Intento de suicidio: Se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí

mismo, sea cual sea el grado de intención letal y las causas que lo determinan.

La diferencia entre Ideación e Intento suicida difiere en el grado de severidad o intensidad de la motivación para terminar con la propia vida, la Ideación estaría relacionado con los procesos cognitivos (sentimiento de aislamiento, falta de apoyo social, desesperanza, abuso de alcohol y drogas) mientras que el intento se relaciona a los comportamientos.

Acto Suicida: Comportamiento deliberado de quitarse la vida, con éxito fatal.

Para-suicidio: Expresión de la intención, sin pasar al acto, con la intención de obtener un beneficio, como protesta o venganza, esperando provocar una respuesta en los demás. Se ven las auto-laceraciones (corte en las muñecas), los auto-envenenamientos (ingestión medicamentosa) y las auto-quemaduras.

Conductas Autodestructivas: Son equivalentes suicidas, son formas de dejarse morir activa o pasivamente:

Tendencias Suicidas: Actos violentos reiterados y sistemáticos, que colocan al adolescente en situaciones de riesgo como accidentes de moto, automóvil, etc., delitos que pueden terminar en homicidio, traumatofilia, mutilaciones, etc. Algunos embarazos en adolescentes pertenecen a esta categoría.

Crisis Suicida: Crisis aguda en la que se vivencia que la muerte, lograda ahora, es la única salida posible. Significa que el suicidio ya está en curso.

Suicidio Crónico: Descuido autodestructivo, lento pero continuado de la propia persona:

- Adolescentes que consumen drogas en forma adictiva (alcohol, tabaco, psicofármacos en combinación con alcohol, marihuana, cocaína, LSD, pegamentos, anfetaminas, alucinógenos sintéticos, etc.).
- Trastornos de la alimentación como la Anorexia, Bulimia.
- Afecciones producidas o agravadas por el descuido del propio cuerpo: Enfermedades de transmisión sexual, Sida, Diabetes, Afecciones Psico- somáticas como asma, obesidad, etc.

Epidemia de Suicidios: Se observan con frecuencia entre los jóvenes. Un suicidio en la escuela o en el barrio, o que recibe la atención de los medios de comunicación, tiende a ser imitado por sus allegados.

Suicidio grupal: Varios integrantes de un grupo o secta cometen suicidio colectivo. 11

Cambios bio-psico-social del Adolescente

En la adolescencia se pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios, cambios relacionados con su crecimiento, con la búsqueda de identidad e independencia.

En lo social corrigen falsos preceptos y elaboran sus propias conclusiones.

Según García L. (2008) “La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de personalidad”; en esta etapa del desarrollo se presentan nuevas situaciones que producen ansiedad, y depresión, manifestándose con abuso de drogas, dificultades de comunicación baja autoestima, mutismo, inusual mal carácter, aislamientos social, descuido personal y rebeldía con sus padres, maestros, con todos aquellos que pretendan poner un límite, un orden. 12

Con respecto a la independencia, se producen cambios en relación con la familia, se tiende al aislamiento, se acentúa la inestabilidad emocional, los objetivos y la búsqueda de la identidad propia.

Con respecto a la bioclimatología o bio meteorología que estudia la relación de los cambios estacionales y climáticos con la salud física y mental de un sector determinado de la población. Según Muller (1984) previo a estudios experimentales destaca la existencia de la relación entre estacionalidad y trastornos afectivos.¹³

En medio de este cambio se encuentra la familia que es la que da la primera contención y protección. El funcionamiento familiar y sus relaciones se encuentran dentro de los factores de riesgo. Su interrelación, sus afectos, alteraciones o desacuerdos pueden ser efectores de una idea suicida.

Influyen en los conflictos familiares, la separación conyugal, las discusiones, los malos tratos físicos o psicológicos, vejaciones, antecedentes familiares con comportamiento suicida. Todos ellos son factores que pueden desarrollar en los adolescentes conductas agresivas y delictivas, pueden llevar a una ideación suicida.

Desde el punto de vista de la atención y la educación que puedan brindar al adolescente, es importante la edad de los progenitores, su condición bio-psico- social y económica así como los antecedentes patológicos y psiquiátricos.

Síntomas que pueden anunciar el I.A.E:

Hablar o discusión sobre I.A.E.

Consumo de Alcohol y drogas.

Disminución en el desempeño estudiantil.

Aumento de la irritabilidad nerviosa.

Cambios en sueño y apetito.

Acontecimientos vitales estresantes, los adolescentes con patologías psiquiátricas pueden percibir ciertas situaciones como más estresantes de lo normal y presentar conducta desadaptativa.

Factores de Riesgo:

Los factores de riesgo son condiciones que favorecerán la precipitación de un I.A.E. en las personas vulnerables; el conocimiento de los mismos es una estrategia válida para su prevención. Deben detectarse principalmente en el medio familiar en el que vive el adolescente, importa la edad de los padres, su nivel de instrucción y también si son portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el alcoholismo o la esquizofrenia

Las diferentes manifestaciones de rechazo, explícito o encubierto, la violencia intrafamiliar, antecedentes patológicos familiares como IAE, suicidio, uso de drogas, la situación socio económica de la familia se consideran estresores que actúan como factores de riesgo.¹⁴

Factores de Riesgo Individuales: lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros puede no representar problema alguno.

 Depresión

 I.AE anterior

- Abuso de sustancias
- Trastornos de conductas.
- Trastornos mentales.
- Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos).
- Enfermedades crónicas limitantes, incluyendo dolor.
- Antecedentes de trauma, maltrato y/o abuso sexual.
- Trastorno de la identidad sexual
- Conducta anti-social
- Esquizofrenia
- Trastorno Bi-polar
- Trastorno de la personalidad, (autoestima, impulsividad, ira, agresividad).
- Trastornos Neurobiológicos.
- Desequilibrio en los transmisores neuronales: la disminución de ácido homovalínico (precursor de la dopamina) en el líquido cefalorraquídeo, produce cambios en el metabolismo de la serotonina.

Factores culturales y socio demográficos

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

- Estigma asociado con búsqueda de ayuda.

■ Barreras para el acceso al cuidado de la salud, especialmente salud mental y tratamiento de abuso de sustancias.

■ Ciertas creencias culturales y religiosas (solución noble de un problema personal).

■ Difusión de suicidios de personajes a través de los medios de comunicación

■ Exposición a comportamientos suicidas, a través de medios de comunicación y/o influencia de otros que han muerto por suicidio.

■ Falta de grupo de sostén comunitario.

Factores Situacionales:

■ Falta de empleo.

■ Abandono escolar.

■ Problemas legales, disciplinarios, dificultades en la escuela.

■ Familias disfuncionales: Si los padres están divorciados pero conviven en el mismo domicilio, el adolescente es utilizado como punta de lanza de uno de ellos contra el otro y se le trata de crear una imagen desfavorable del progenitor en contra de quien se ha realizado la alianza.

■ Fácil acceso a medios letales.

■ Eventos estresantes de la vida.

■ Pérdidas relacionales, familiares o sociales.

■ Pobre comunicación entre los integrantes de la familia.
Incapacidad para abordar los temas relacionados con la

sexualidad del adolescente, la selección vocacional y las necesidades de independencia.

- Rigidez familiar, con dificultades para intercambiar criterios con las generaciones más jóvenes.
- Frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas.
- Situación de hacinamiento, lo que en ocasiones se traduce por la convivencia de varias generaciones en un breve espacio, lo cual impide la intimidad y la soledad creativa de sus miembros.

Factores que actúan como factores precipitantes:

Están dados por las situaciones en las que los adolescentes vulnerables pueden desembocar en una crisis suicida, interpretada por el adolescente como dañino, peligroso, conflictivo en extremo, percibidas como una amenaza a la imagen o a su dignidad.

- Los problemas familiares.
- Separación de amigos, compañeros de clases, novios y novias.
- Muerte de un ser querido u otra persona significativa.
- Conflictos interpersonales o pérdida de relaciones valiosas.
- Problemas disciplinarios en la escuela o situaciones legales por las que debe responder el adolescente.
- Aceptación del suicidio como forma de resolución de problemas entre los amigos o grupo de pertenencia.
- Presión del grupo a cometer suicidio bajo determinadas circunstancias y ante determinadas situaciones.

9. Diseño Metodológico de la Investigación:

Tipo de estudio: Cuantitativo, Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Población de Estudio: Adolescentes de 10 a 19 años que fueron ingresados por I.A.E. y registrados en la puerta de la emergencia de los Centros de Salud del Departamento de Lavalleja en el período comprendido entre enero de 2013 y marzo de 2014.

Selección y tamaño de la muestra: La muestra seleccionada será del 100% de la población a investigar.

Unidad de análisis y observación: Historia Clínica de los usuarios.

Criterio de Inclusión: Adolescentes entre 10 y 19 años con diagnóstico médico de intento de autoeliminación que ingresa a la puerta de emergencia de los Centros de Salud del Departamento de Lavalleja en el período de tiempo entre enero de 2013 y marzo de 2014.

Criterios de Exclusión: Usuarios que no se encuentren dentro del rango de edad establecido.

Intento de Autoeliminación fuera del período establecido.

Diagnósticos que no sean el Intento de Autoeliminación.

Procedimientos para la recolección de la información: La recolección de datos se realizó mediante el instrumento creado, previa solicitud escrita y autorización, para poder llevar a cabo la revisión de las Historias Clínicas y acceder a los registros oficiales de la Instituciones públicas y privadas. (Ver anexo 1 y 2).

Instrumentos a utilizar: Instrumento de recolección de datos elaborado para tal fin. (Ver anexo 3).

Plan de Análisis: Se realizó una búsqueda continua de material bibliográfico tanto en formato editorial como digital, publicada en textos, publicaciones seriadas, publicaciones electrónicas, tanto nacionales como internacionales como contexto de justificación de nuestra investigación (corroborar o refutar).

Se trabajó con una muestra intencional no probabilística y se utilizó como método la observación directa de las Historias Clínicas, registrando los datos en el instrumento creado.

Se aplicaron técnicas estadísticas de tipo descriptivo, a través de la distribución de frecuencia relativa (%) y frecuencia absoluta (N). Una vez recabados todos los datos se procesaron en hojas de cálculo de Microsoft Excel, mediante tabulación y gráficos; se generó información que se presentó en planilla de Microsoft Word.

9.1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	Definición Operativa	Definición Conceptual	Categoría
<i>Edad</i>	Cuantitativa continua	Periodo de tiempo en años que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha	10 a 14 años 15 a 19 años
<i>Sexo</i>	Cualitativa nominal	Características biológicas que hacen posible reconocer como diferentes a hombres y mujeres	Femenino Masculino
<i>Nivel de instrucción</i>	Cualitativa ordinal	Nivel máximo alcanzado por el usuario en la educación formal.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Estudios Terciarios.
<i>Ocupación</i>	Cualitativa nominal	Continuidad de tiempo dedicado a una tarea con o sin remuneración, en determinado horario.	Estudia. Ocupado. Desocupado. Sin datos.
<i>Procedencia</i>	Cualitativa Nominal	Lugar geográfico donde reside el usuario en el momento de la consulta.	Capital o zona rural
<i>Adicciones</i>	Cualitativa Nominal	Relación de dependencia frente al consumo de determinada sustancia.	Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales (marihuana, cocaína u otras)

<i>Antecedentes patológicos personales de transtornos Psiquiátricos</i>	Cualitativa Nominal	Patología anterior que está presente en el usuario al momento del ingreso.	Esquizofrenia Depresión Retraso Mental Trastorno de Personalidad Trastornos Afectivos de nivel psicótico y/o neurótico. Otros.
<i>Conformación familiar</i>	Cualitativa Nominal	Número de personas que viven bajo el mismo techo.	Nuclear Extensa Mono parental Ensamblada Unipersonal. Sin datos.
<i>Antecedentes familiares</i>	Cualitativa Nominal	Diferentes patologías presentes en familiares	IAE Suicidio Violencia familiar. Trastornos psiquiátricos. Uso de drogas legales. Uso de drogas ilegales. Otras patologías. Sin antecedentes. Sin datos.
<i>Nivel de instrucción de los padres</i>	Cualitativa ordinal	Número de años cursados por los individuos tomando como referencia el último año cursado completo.	Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Estudios Terciarios incompletos Estudios Terciarios completos
<i>IAE anteriores</i>	Cuantitativa Discreta	Acción auto infligida con el propósito de generarse un daño potencialmente letal.	Sin IAE anterior Un IAE anterior Dos IAE anteriores Mas de dos IAE anteriores
<i>Motivo del IAE</i>	Cualitativo Nominal	Causa que llevó al usuario a realizar el intento de autoeliminación.	Problemática familiar Problemática de pareja Problemática con sus pares

			Depresión Abuso sexual Abstinencia
<i>Métodos utilizados en el IAE</i>	Cualitativa Nominal	Método que el individuo utilizó para atentar contra su vida.	Ingestión de Psicofármacos Ingestión de sustancias tóxicas Ahorcamiento Precipitación de altura Inmersión Quemaduras
<i>Factores estresantes</i>	Cualitativa Nominal	Respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor ó situación estresante.	Divorcio de los padres Muerte/s recientes Violencia familiar Enfermedad de familiar Abstinencia Problema de pareja. Abuso sexual Abandono familiar
<i>Distribución de los IAE según la época del año.</i>	Cualitativa Nominal	Fracción del año en los que las condiciones climáticas se mantienen en determinada región por un período de tiempo	Verano Otoño Invierno Primavera
<i>Ficha de registro obligatorio de IAE</i>	Cuantitativa Nominal	Instrumento para registro y notificación de los IAE de carácter obligatorio para todos los prestadores Integrales del Sistema Integrado de Salud (SIS)	No Si completa Incompleta
<i>Ficha de registro de violencia de género</i>	Cuantitativa Nominal	Formulario de pesquisa Violencia de Género para incorporación obligatoria en las Historias Clínicas para todos los prestadores Integrales del SIS.	No Si completa Incompleta

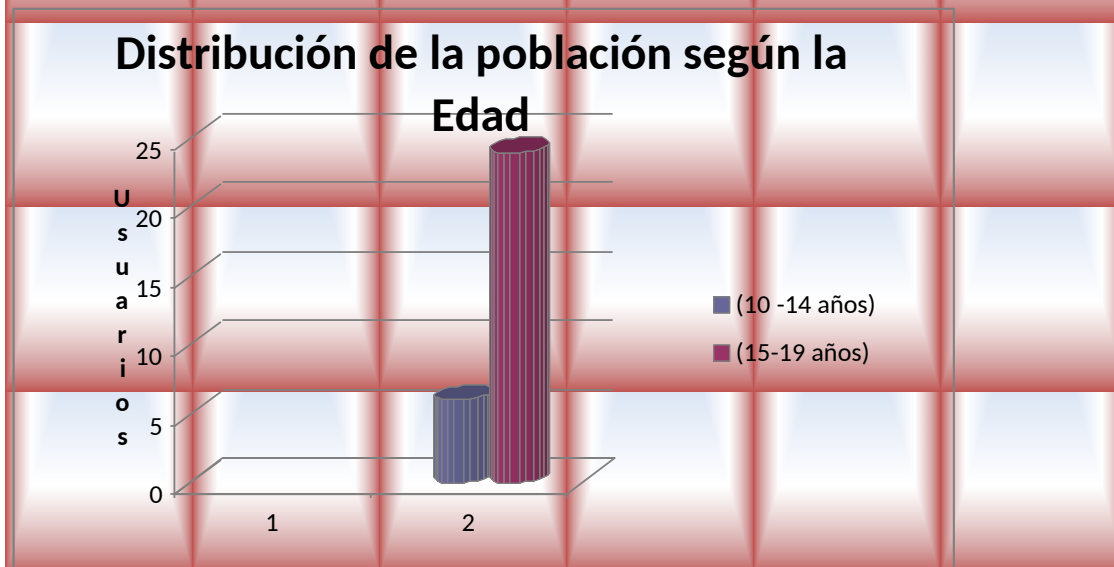
<i>Formulario de historia del adolescente</i>	Cuantitativa Nominal	Hoja de registro para anexar en las H.C. con la finalidad de ser el punto de encuentro de profesionales de diferentes disciplinas para brindar la atención integral del adolescente-	No Si completa Incompleta
---	-------------------------	--	---------------------------------

10. Resultados

Tabla 1- Distribución de la población estudiada según la edad.

Adolescencia	FA	FR%
(10 -14 años)	6	20
(15-19 años)	24	80
Total	30	100

Gráfica 1:



Fuente: Información obtenida de las Historias Clínicas de la población estudiada.

Referente a la edad de los adolescentes se encontró el mayor porcentaje en la adolescencia tardía con el 80% y la temprana con el 20 %.

Tabla 2- Distribución de la población según el sexo.

Sexo	FA	FR%
Femenino	24	80%
Masculino	6	20%
Total	30	100%

Gráfica 2:



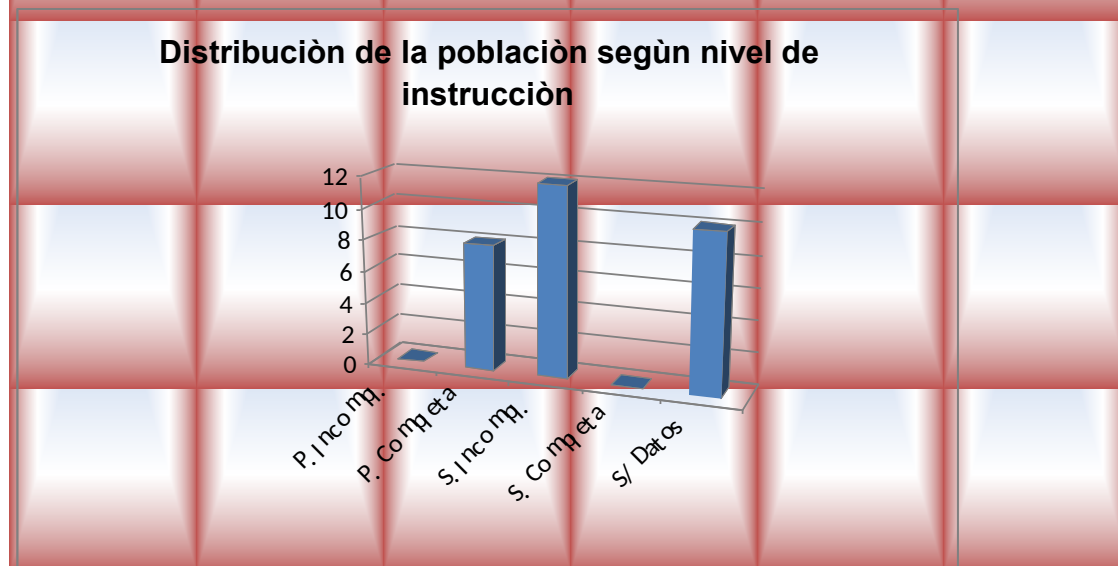
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

Se observa que el 80% es del sexo femenino y el 20% del masculino.

Tabla 3: Distribución de la población según el Nivel de Instrucción.

N. de Instr.	FA	FR%
P. Incompl.	0	0
P. Completa	8	26,6
S. Incompl.	12	40%
S. Completa	0	0
S/ Datos	10	33,3
Total	30	99,90%

Gráfico 3-



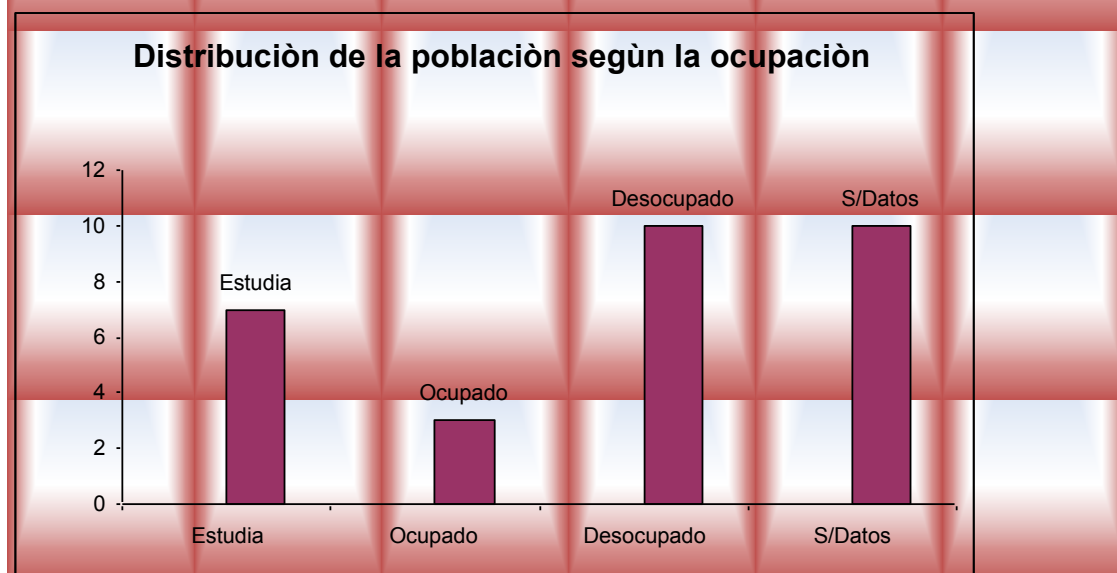
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

El nivel de instrucción está representado por el 26,6 % con Primaria completa, 40% con Secundaria incompleta y el 33,3% sin datos.

Tabla 4: Distribución de la población según la ocupación.

Ocupación	FA	FR%
Estudia	7	23.3
Ocupado	3	10%
Desocupado	10	33.3
S/Datos	10	33.3
Total	30	99.9%

Gráfico 4-



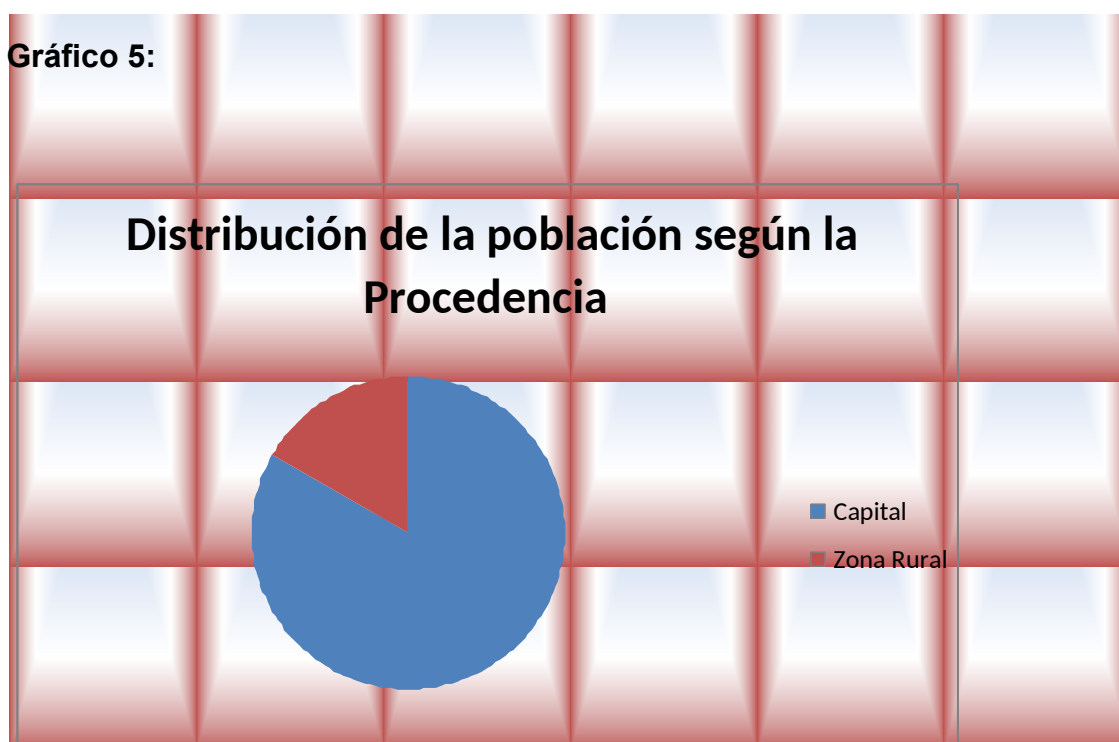
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

Se observa que comparten el mismo porcentaje del 33.3 % los adolescentes que están desocupados con los que no se obtienen datos de esta variable. El 23.3% conforman los adolescentes que estudian y el 10% los que están ocupados.

Tabla 5: Distribución de la población según la procedencia.

Procedencia	FA	FR%
Capital	25	83
Zona Rural	5	17
Total	30	100%

Gráfico 5:



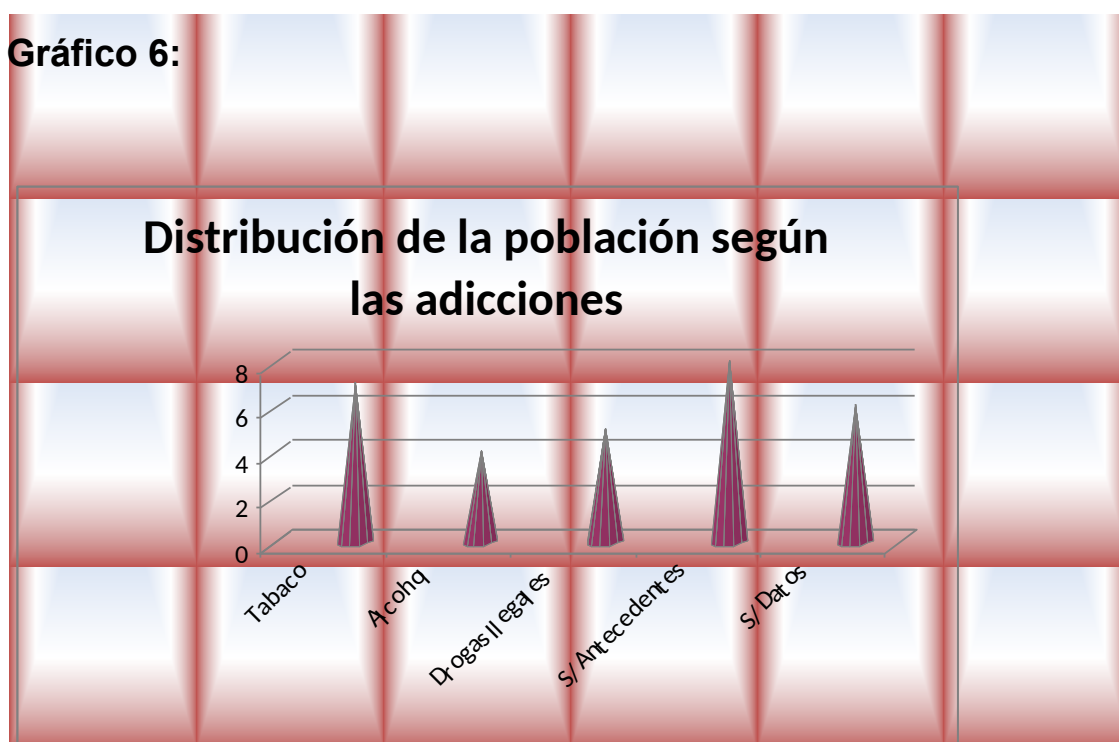
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

La mayoría está representada por el 83% perteneciente a la capital del departamento y el 17% a la zona rural.

Tabla 6- Distribución de la población según las adicciones.

Hábitos Nocivos	FA	FR%
Tabaco	7	23.3
Alcohol	4	13.3
Drogas Ilegales	5	16.6
S/Antecedentes	8	26.6
S/Datos	6	20.1
Total	30	100%

Gráfico 6:



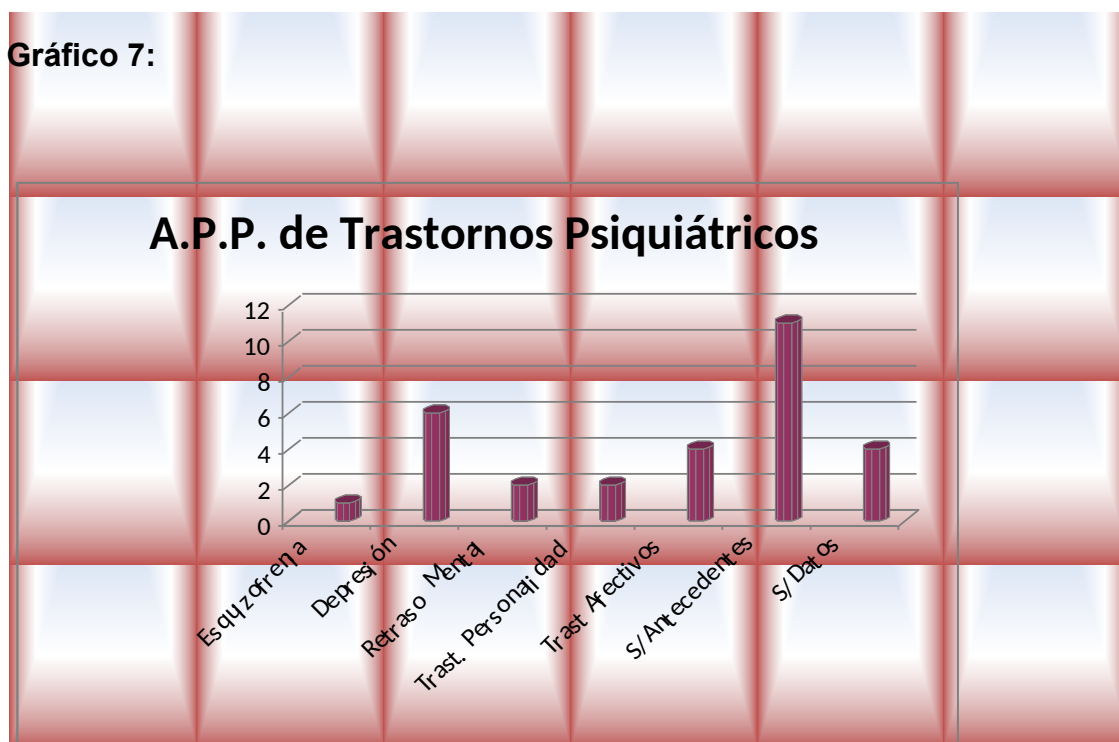
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

Se observa el mayor porcentaje del 26.6% en adolescentes sin antecedentes seguido del tabaco con el 23.3%.

Tabla 7- Antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos

A. P. P. de Trast. Psiq.	FA	FR%
Esquizofrenia	1	3.3
Depresión	6	20
Retraso Mental	2	6.6
Trast. Personalidad	2	6.6
Trast Afectivos	4	13.3
S/Antecedentes	11	36.8
S/Datos	4	13.3
Total	30	

Gráfico 7:



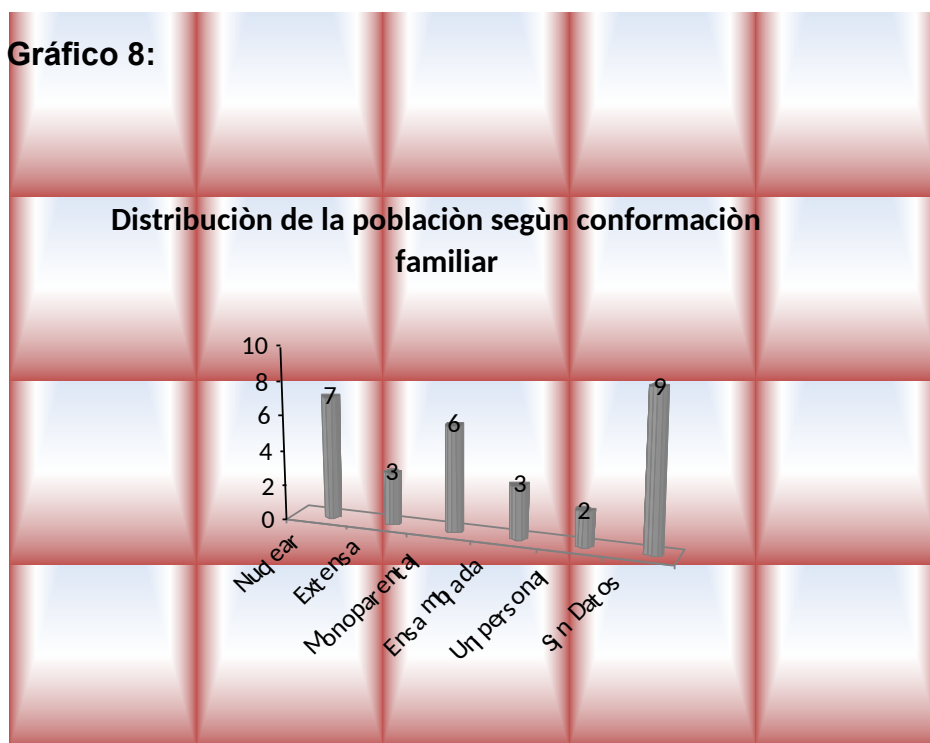
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

La gráfica muestra que el 36,8 carecían de antecedentes, el 20% en tratamiento psiquiátrico por depresión, el 13.3% en tratamiento psiquiátrico por trastornos afectivos psicóticos, el 13.3 carecen de registros de datos.

Tabla 8- Distribución de la población según la conformación familiar.

Conf. Fliar	FA	FR%
Nuclear	7	23.3
Extensa	3	9.6
Monoparental	6	20
Ensamblada	3	10
Unipersonal	2	6.6
Sin Datos	9	30
Total	30	99.5

Gráfico 8:

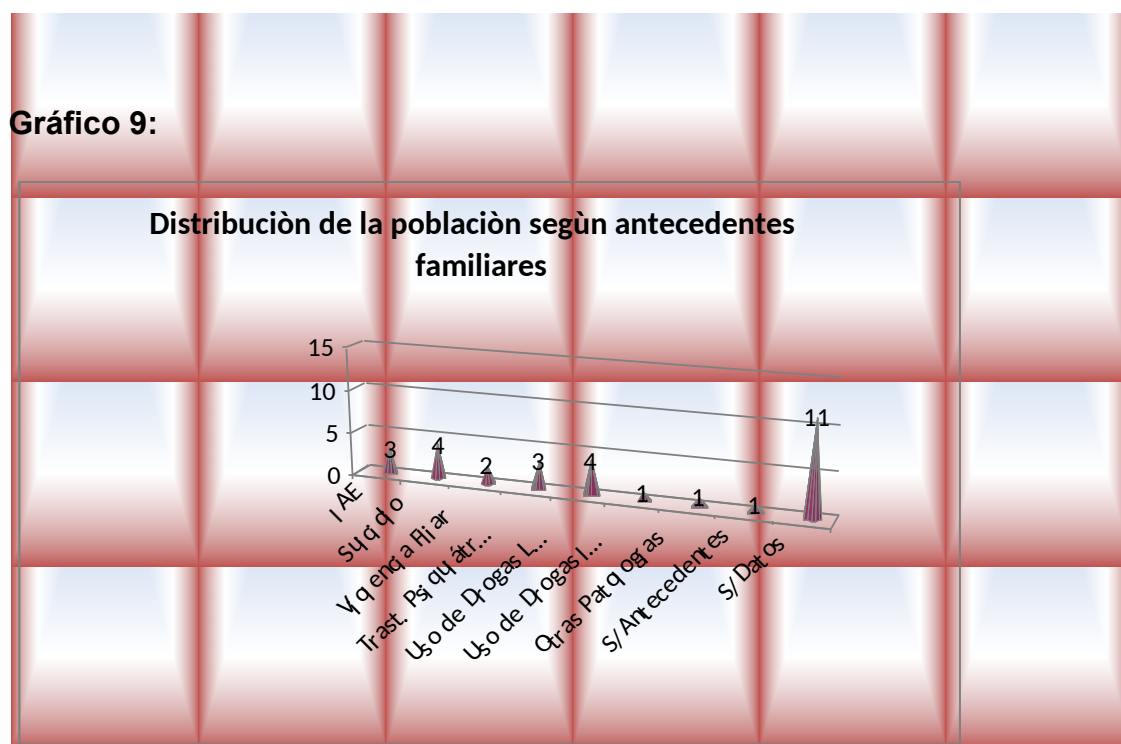


Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

En la conformación familiar el mayor porcentaje con el 30% no tiene datos registrados en la fuente, seguidos con la nuclear con el 23.3% y la monoparental el 20%.

Tabla 9- Distribución de la población según los antecedentes familiares.

Antecedentes familiares	FA	FR%
IAE	3	9.6
Suicidio	4	13.3
Violencia Fliar	2	6.6
Trast. Psiquiátricos	3	9.6
Uso de Drogas Legales	4	13.3
Uso de Drogas Ilegales	1	3.3
Otras Patologías	1	3.3
S/Antecedentes	1	3.3
S/Datos	11	36.6
Total	30	99.9



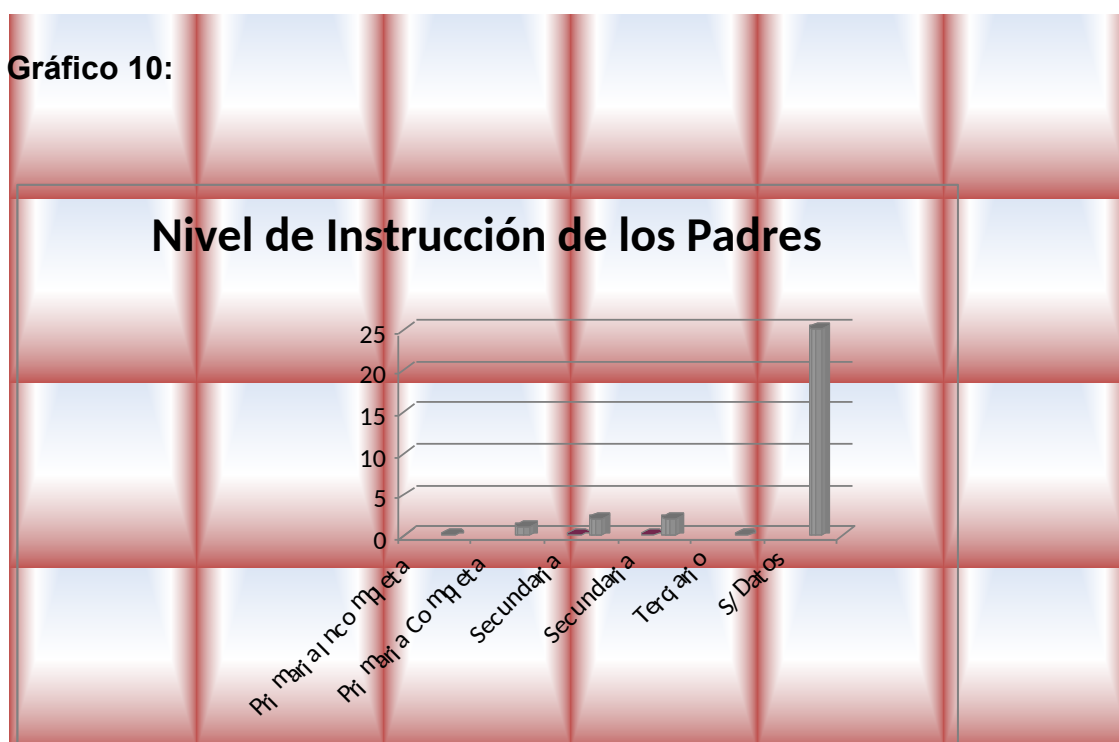
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

De los antecedentes familiares se obtuvieron el mismo porcentaje de 13,3% para suicidio y uso de drogas legales; al igual que en IAE y trastornos psiquiátricos con el 9.6%. El mayor porcentaje fue de 36.6% sin datos.

Tabla 10-Distribución de la población según el nivel de instrucción de los padres.

N. de Instr. Padres		FA	FR%
Primaria Incompleta		0	0
Primaria Completa		1	3.3
Secundaria	Incompleta	2	6.6
Secundaria	Completa	2	6.6
Terciario		0	0
S/Datos		25	83.3
Total		30	99.9

Gráfico 10:



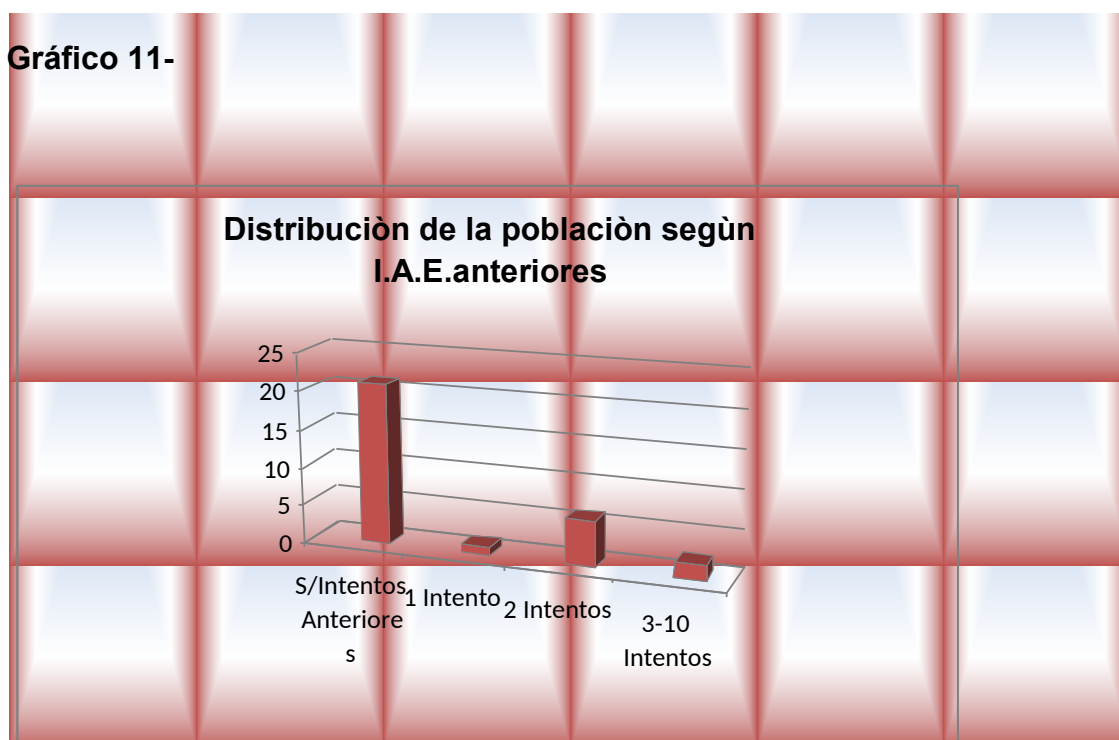
Fuente: Historia Clínica del usuario.

El nivel educativo de los padres con mayor porcentaje observado es similar con el 6.6% tanto en primaria incompleta como secundaria completa, encontrando un alto porcentaje: 83.3% con falta de registro.

Tabla 11: Distribución de la población según IAE anteriores.

IAE Anteriores	FA	FR%
S/Intentos Anteriores	21	70
1 Intento	1	3.3
2 Intentos	6	20
3-10 Intentos	2	6.6
Total	30	99.9

Gráfico 11-



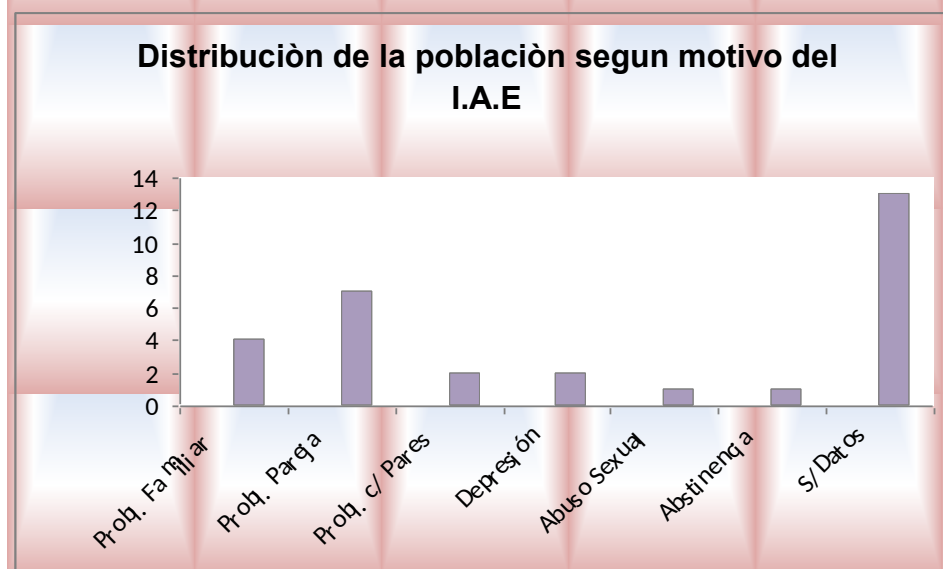
Fuente: Historia Clínica de los usuarios investigados.

Acá se observa que el 70% no tiene IAE anteriores, seguidos por el 20% con 2 intentos, 6.6 % con 3-10 intentos y el 3.3 con 1 intento.

Tabla 12- Distribución de la población según el motivo del IAE.

Motivo del IAE	FA	FR%
Probl. Familiar	4	13.3
Probl. Pareja	7	23.3
Probl. c/ Pares	2	6.6
Depresión	2	6.6
Abuso Sexual	1	3.3
Abstinencia	1	3.3
S/Datos	13	43.3
Total	30	100

Gráfico 12:



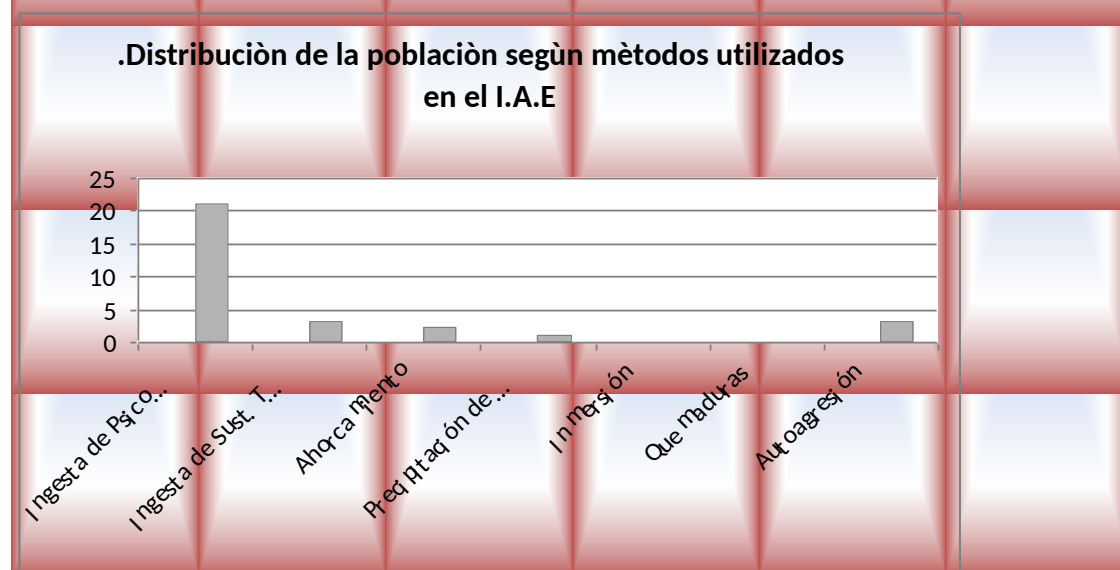
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

El motivo de IAE por problemas de pareja fue del 23.3%, por problemas familiares el 13.3% y el mayor porcentaje del 43.3% no se registró en la Historia.

Tabla 13-Distribución de la población según los métodos utilizados en el IAE.

Mét. Utilizados	FA	FR%
Ingesta de Psicofármacos	21	70%
Ingesta de Sust. Tóxicas	3	9.6%
Ahorcamiento	2	6.6
Precipitación de Altura	1	3.3
Inmersión	0	0
Quemaduras	0	0
Autoagresión	3	9.6
Total	30	99.1

Gráfico 13:



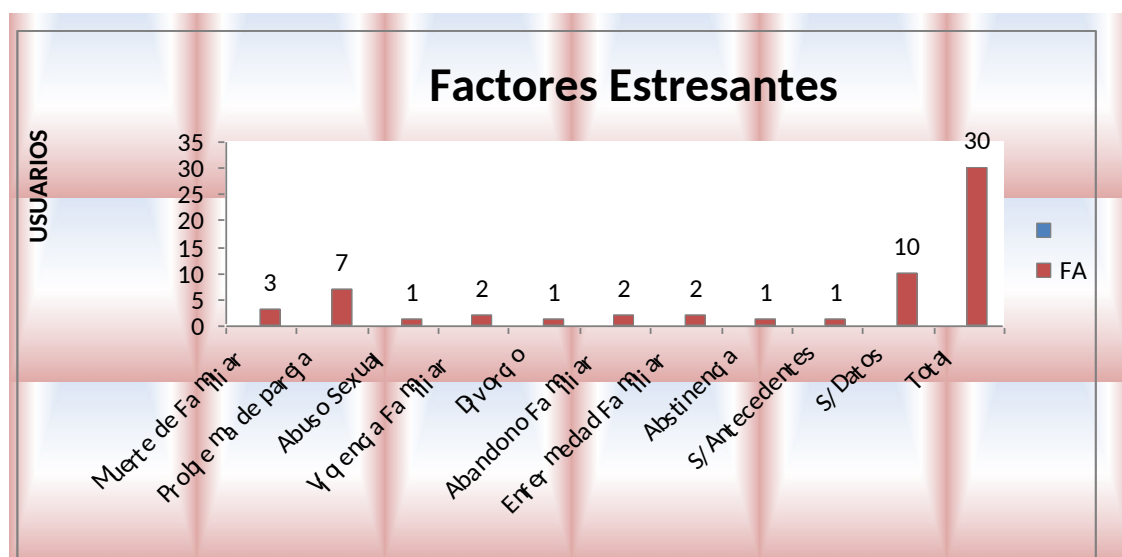
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

El método utilizado con mayor porcentaje del 70% es la ingesta de psicofármacos, seguidos por el mismo porcentaje del 9.6% en la ingesta de sustancias tóxicas y autoagresión.

Tabla 14- Distribución de la población según los factores estresantes.

Factores Estresantes	FA	FR%
Muerte de Familiar	3	9.6
Problema de pareja	7	23.1
Abuso Sexual	1	3.3
Violencia Familiar	2	6.6
Divorcio	1	3.3
Abandono Familiar	2	6.6
Enfermedad Familiar	2	6.6
Abstinencia	1	3.3
S/Antecedentes	1	3.3
S/Datos	10	33.3
Total	30	99

Gráfico 14:



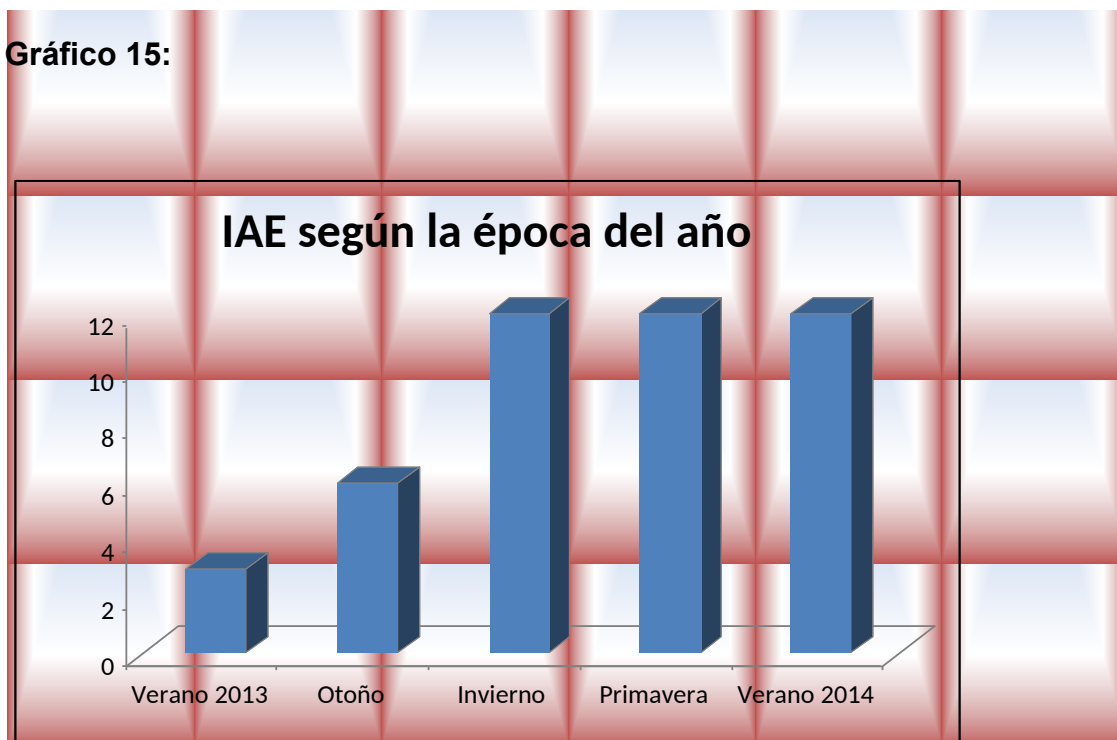
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

Se observó que el factor estresante problema de pareja representa un 23.3 %, muerte de familiar fue de 9.6%; seguidos del 6.6% para violencia familiar, abandono familiar, enfermedad familiar.

Tabla 15- Distribución de la población según la época del año de IAE.

Estación	FA	FR %
Verano 2013	3	6.6
Otoño	6	13.3
Invierno	12	26.6
Primavera	12	26.6
Verano 2014	12	26.6
Total	45	99.9

Gráfico 15:

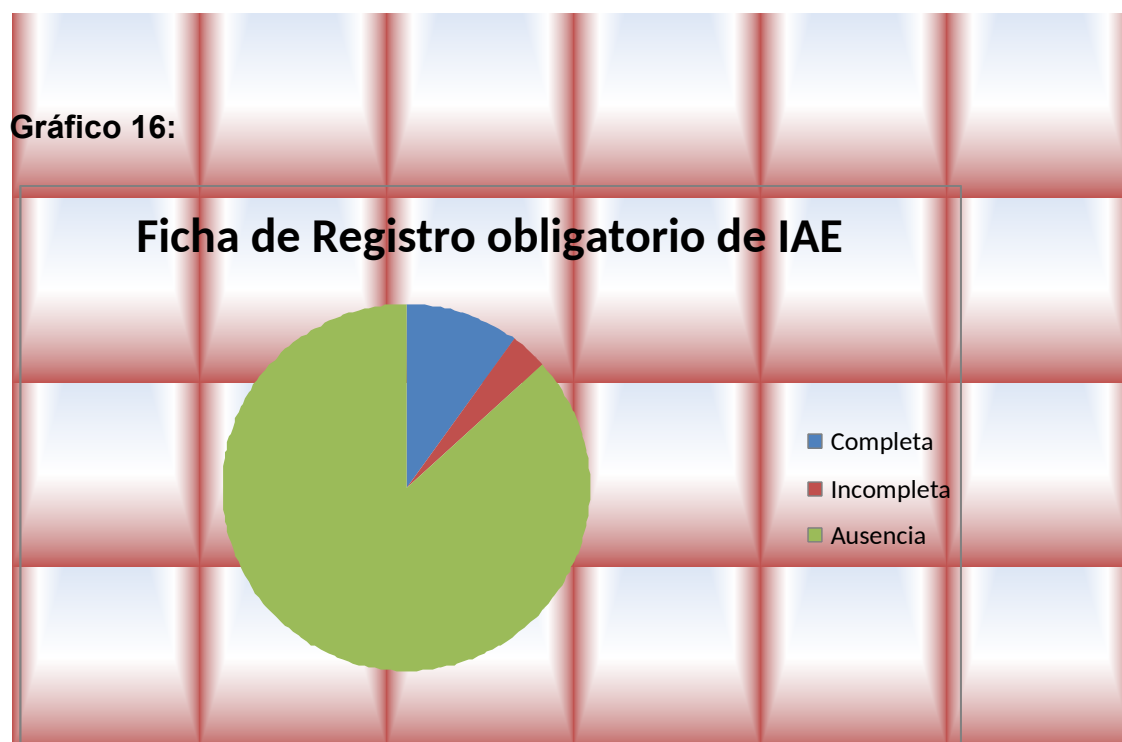


Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

Se puede observar que hay un marcado aumento en el número de casos a partir del invierno de 2013 manteniendo constante las cifras del 26.6% durante el período de tiempo investigado.

Tabla 16- Distribución de la población según la ficha de registro obligatorio de IAE

Hoja IAE		FA	FR%
SI	Completa	3	9.6
	Incompleta	1	3.3
NO	Ausencia	26	86.6
Total		30	99.5



Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

Se observa el mayor porcentaje del 86.6% en la ausencia de ficha en la Historia Clínica, seguido por el 9.6% con la ficha completa y el 3.3% incompleta.

Tabla 17- Distribución de la población según la Ficha de Registro de Violencia de Género.

Variable		FA	FR%
SI	Completa	4	13.3
	Incompleta	10	33.3
NO	Ausente	16	53.3
Total		30	99.9

Gráfico 17:



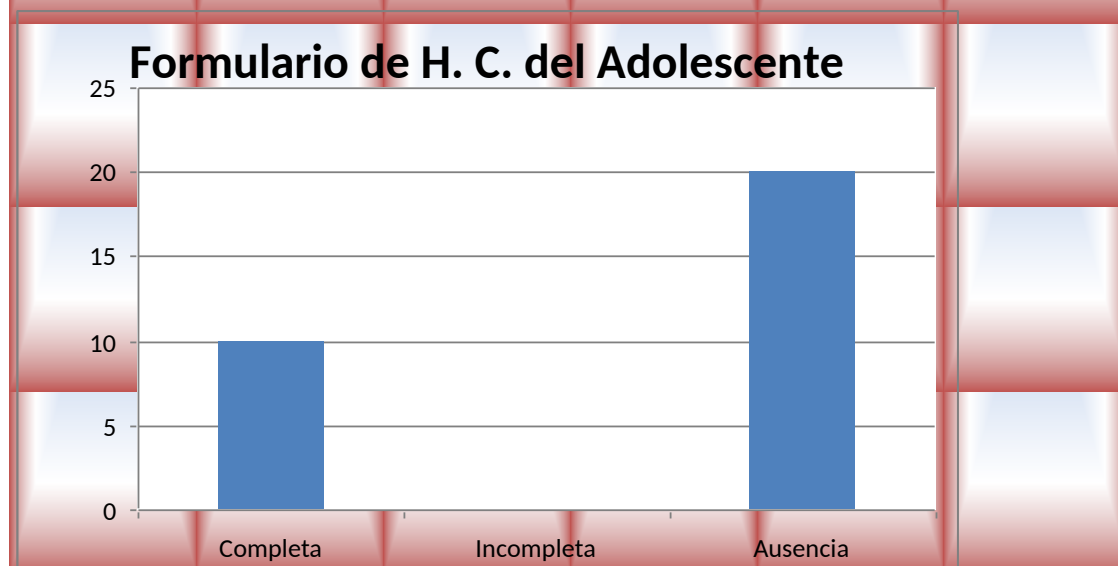
Fuente: Historias Clínicas de los usuarios investigados.

Se observa el mayor porcentaje en la ausencia de la ficha con el 53.3%, seguido de ficha incompleta con el 33.3% y completa con el 13.3%.

Tabla 18- Distribución de la población según el Formulario de Historia del Adolescente.

Variable		FA	FR%
SI	Completa	10	33.3
	Incompleta	0	0
NO	Ausencia	20	66.6
Total		30	99.9

Gráfico 18:



Fuente: Historias Clínicas de los usuarios estudiados.

El mayor porcentaje del 66.6% corresponde a la ausencia del formulario, seguido con el 33.3% completo, incompletas no se encontraron.

11. Análisis

De la revisión de las 30 Historias Clínicas de los adolescentes que realizaron I.A.E en el período mencionado se observa que acorde a los antecedentes internacionales en la variable sexo, coinciden en que el mayor porcentaje corresponde al femenino, siendo del 80%.

Se observa que el 80% de la población corresponden a la etapa de la adolescencia tardía.

Respecto al nivel de instrucción el 40% de la población tiene secundaria incompleta, el 26,6% con primaria completa, pero se encontró un alto porcentaje, el 33,3% sin datos registrados en la Historia Clínica.

En cuanto a la ocupación se encontraron similares valores del 23,3% tanto en adolescentes que estudian como en desocupados; ocurre lo mismo con el 10% en los ocupados y los incapacitados permanentes. Finalmente con el mayor valor del 33,3% no se obtuvieron datos.

El 83% procede de la capital del Dpto. y 17% de la zona rural.

En la tabla 6 de las adicciones se observa que el 26,6% de la población no tienen adicciones. El resto se comporta como en el estudio realizado en Brasil encontrándose el mismo ordenamiento con respecto a las adicciones. Obteniéndose en el departamento de Lavalleja el 23,3% en consumo de tabaco, 16,6% drogas ilegales (cocaína, marihuana), 13; 3% alcohol. Del 20,1% de la población no se obtuvieron datos.

Con respecto a la variable antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos; el 36,8% carecían de antecedentes, un 20% en tratamiento psiquiátrico por depresión, 13.3% en tratamiento psiquiátrico por trastornos afectivos y psicóticos, 6,6% retardo mental y el mismo porcentaje de trastornos de personalidad, el 13,3% carecen de registros de datos en esta variable. Estos datos al igual que los encontrados a nivel nacional e internacional reafirman que es otro de los factores de riesgo que incrementan el intento de autoeliminación en adolescentes.

Se encontró que el 70% de los adolescentes no tenían IAE anteriores, 3,3% con un IAE anterior, 20% dos IAE anteriores y 6,6% con más de dos IAE anteriores.

Motivo referido que lo llevó al intento: 23,3% Problemática con la pareja, 13,3% representado por Problemática familiar, coincidiendo con los antecedentes nacionales encontrados. El 6,6% problemática con pares, 6,6% depresión, 3,3% abuso sexual, 3,3% abstinencia. Con 43,3% no hay datos registrados para generar la información requerida para esta investigación.

Se encontró que el 70% del grupo investigado recurrió a la ingesta de medicamentos como método para realizar el I.A.E., coincidiendo con los datos registrados a nivel nacional. Solo en un caso 3.3% se registró la precipitación desde altura.

Se observó que el factor estresante problema de pareja representa un 23.3 %, muerte de familiar fue de 9.6%; seguidos del 6.6% para violencia familiar, abandono familiar, enfermedad familiar.

Se puede observar que hay un marcado aumento en el número de casos a partir del invierno de 2013 manteniendo constante las cifras del 26.6% durante el período de tiempo investigado.

En la conformación familiar, donde encontramos el primer factor de protección o de riesgo para el IAE en los adolescentes, la falta de datos tiene el máximo porcentaje del 30%; continuando con la nuclear con el 23,3%, la monoparental con el 20%, la ensamblada con el 10%, extensa el 9,6% y unipersonal con el 6,6%.

Con respecto a los antecedentes patológicos familiares se encontró el mayor porcentaje de 36,6% sin datos registrados en las Historias Clínicas. Luego coincide el valor de 13,3% tanto para antecedentes de suicidio como el uso de drogas legales; sucede lo mismo con IAE y trastornos psiquiátricos que tienen el 9,6%. Violencia familiar con 6,6% y el 3,3% para el de uso de drogas ilegales, otras patologías y sin antecedentes.

En el nivel de instrucción de los padres el 83,3% fue sin datos; el 6,6% tanto con secundaria incompleta como completa y el 3,3% con primaria completa.

Se observa el mayor porcentaje del 86,6% en la ausencia de ficha de registro obligatorio de I.A.E. en la historia clínica, seguido por el 9,6% con la ficha completa y el 3,3% incompleta. (Ver anexo 5).

El 66.6% sin el “Formulario de Registro de la Historia Clínica del Adolescente”. (Ver anexo 6).

En el 53.3% de los casos investigados no tenían la Ficha de “Violencia de Género”. (Ver anexo 7).

12. Conclusiones

La caracterización de los factores de riesgo resultantes de la revisión de 30 historias clínicas de adolescentes que realizaron IAE en el departamento de Lavalleja, en el período enero 2013- marzo 2014 nos permite concluir que en esta población el sexo femenino resulta el más vulnerable y la adolescencia tardía la etapa de más alto riesgo, la mayor procedencia fue del medio urbano, encontrándose que el mayor porcentaje de la población no tiene antecedentes de adicciones, ni de haber realizado IAE anteriores.

Predominó como motivo referido el problema de pareja seguido de conflicto familiar.

Se identificó que la mitad de la población de estudio tenían como factor de riesgo antecedentes patológicos personales de trastornos Psiquiátricos lo que nos permite inferir que la elección del método de intento podía estar relacionada a la accesibilidad de psicofármacos ya que esta representa un 70% del método usado para realizar el I.A.E.

En el campo de la psiquiatría existen numerosos estudios que han tratado de relacionar la presencia de cambios psicopatológicos con los cambios climáticos, dejando entrever la posibilidad de una influencia meteorológica en la dinámica funcional de los neurotransmisores cerebrales. Tratar de establecer una correlación entre variables estación del año y números de I.A.E permitiría establecer períodos de mayor presión asistencial en los servicios de urgencias y realizar una distribución más adecuada de los recursos asistenciales.

En la investigación se ve un importante incremento del número de casos a partir del invierno manteniéndose las mismas cifras de casos por el resto del año por lo que permite destacar el incremento de casos tal como se describe en la fundamentación de la investigación. No se señala una estación del año como de mayor prevalencia de casos debido a que

el lapso de tiempo empleado para este estudio impide realizar una comparación.

13. Sugerencias

Surge la inmediata necesidad de optimizar los registros de los servicios asistenciales para recabar datos confiables sobre los sucesos que involucren esta área.

Que las Instituciones no solo deben priorizar el acto asistencial, sino además empoderarse de la información imprescindible para cambiar hábitos, para economía de la salud, para permitir investigar.

Trabajar de forma conjunta con todo el equipo multidisciplinario, destacando la importancia del rol de enfermería, en lo que refiere a actividades preventivas, no solo a nivel individual, sino también grupal.

Reforzar la Red de Atención Primaria (RAP) para la capacitación de los adultos en contacto con adolescentes.

Implementar sistemas continuos de educación sobre salud en los diversos Sistemas Educativos, Clubes deportivos o sociales, actividades a nivel de la comunidad tendientes a fortalecer los factores protectores de conductas suicidas en adolescentes.

Destacamos la importancia de involucrar a la familia del adolescente que consume psicofármacos por sus antecedentes patológicos en realizar un control responsable de los mismos.

Sería interesante en un futuro realizar estudios prospectivos para comprobar el valor predictivo de la demanda en puertas de emergencias de adolescentes con IAE con respecto a la época del año.

Bibliografía

1- Pérez Amezcua B, Rivera Rivera L, Atienzo E, Castro de F, Leyva López A, Chávez Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana en el año 2007. Rev Salud Púb México [Internet] 2010; 52(4): 324-33.

Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008 [consulta : 5 agosto 2014].

2- Dias de Mattos Souza L, Azevedo da Silva R, Jansen K, Peretti Kuhn R, Lessa Horta B, Tavares Pinheiro R. Ideación suicida en adolescentes de 11 a 15 años: prevalencia y factores asociados. Rev Bras Psiquiatr [Internet] 2010; 32(1): 37-41.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009005000011> [consulta: 5 agosto 2014].

3- Pérez Olmos I, Rodríguez Sandoval E, Dussán Buitrago M, Ayala Aguilera J. Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. Rev Salud Pública (Colombia) [Internet] 2007; 9(2): 230-40.

Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n2/v9n2a07> [consulta: 7 agosto 2014].

4- Pandolfo S, Vázquez M, Mása M, Vomero A, Aguilar A, Bello O. Intento de autoeliminación en menores de 15 años: experiencia en un servicio de urgencias. Arch Argent Pediatr [Internet] 2011; 109(1): 18-23.

Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-

00752011000100006 [consulta: 7 ago 2014].

5- Gómez de Silva G. Breve diccionario etimológico de la lengua española. 2ª. ed. México: FCE; 1998. Adolescencia; p. 32.

6- Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet]. 2013.

Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ [consulta: 10 agosto 2014].

7- Risueño A, Motta I. La adolescencia existe o existen adolescentes: la adolescencia como constructo. [Internet]. [s.d.]. Disponible en:

<http://www.slowmind.net/adolescenza/risueno.pdf> [consulta: 10 agosto 2014].

8-Basile H. Crecimiento y desarrollo. [CD ROM]. En: Basile H. Psiquiatría psicopatología del adolescente y su familia. 5ª. ed. [s.l.] [s.n.]. Cap. 4. p. 1-2.

9- Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Plan de Estudios 1993. [Internet]. Disponible en:

<http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan> [consulta: 12 agosto 2014].

10- Ramos Valle I, Murla Alonso P A, Sosa Lorenzo I, Rodríguez Salva A.

Evaluación de algunos aspectos del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida. Municipio Playa, 1995. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet] 1998; 36(2): 105-12.

Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30031998000200002&lng=es [consulta: 12 agosto 2014].

11- Basile H. Factores en la dinámica del suicidio adolescente. [CD ROM].
En: Basile H. Psiquiatría psicopatología del adolescente y su familia. 5ª.
ed. [s.l.] [s.n.]. Cap.21. p.3.

12- Domínguez García L. La adolescencia y la juventud como etapas del
desarrollo de la personalidad: distintas concepciones entorno a la
determinación de sus límites y regularidades. Boletín Electrónico de
Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología [Internet] 2008;
4(1): 69-76.

Disponible en:

http://www.conductitlan.net/notas_boletin_investigacion/50_adolescencia_y_juventud.pdf [consulta: 12 agosto 2014].

13- Miró García F, Setó Boada S, Xifró Collsamata A, Grau Joaquim I,
Alonso Pérez Y, Miralles Ibiza C, et al. Factores meteorológicos y
urgencias psiquiátricas. Actas Esp Psiquiatr [Internet] 2009; 37(1): 34-41.

Disponible en:

<http://actaspsiquiatria.es/repositorio/10/55/ESP/12816+10-1189.pdf>
[consulta: 12 agosto 2014].

14- Basile H. Factores en la dinámica del suicidio adolescente. [CD ROM].
En: Basile H. Psiquiatría psicopatología del adolescente y su familia. 5ª.
ed. [s.l.] [s.n.]. Cap 21. p. 15.

15- Larrobla C, Caneti A, Novoa G, Durán M. Prevención de la conducta
suicida en adolescentes: guía para los sectores educación y salud.
Montevideo: Udelar, CSIC; 2012.

ANEXOS

Minas, Lavalleja, 26/11/14.

Sub Directora del Hospital A. Vidal y Fuentes:

Lic. Elena de Luca

Por intermedio de la presente nota nos presentamos: somos un grupo de 5 estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería en el tránsito horizontal hacia la Licenciatura, Generación 2011. Estamos en el tramo final de nuestra carrera en el cual nos corresponde realizar un trabajo de investigación. El tema fue asignado por nuestro Tutor, el Licenciado Sandro Hernández, integrante de la Cátedra de Salud del Niño/a y Adolescente de la Universidad de la República, el cual está realizando un Trabajo de Investigación a nivel Nacional: Intento de Autoeliminación en Adolescentes de 10 a 19 años.

Nos dirigimos a usted a los efectos de solicitar las autorizaciones pertinentes para llevar a cabo una revisión y recolección de datos de las historias clínicas de los usuarios ingresados con esta problemática en dicho centro hospitalario y todas las filiales del departamento, donde están presentes como servidores de salud.

Para lo cual necesitaríamos tener acceso a las Historias Clínicas de los adolescentes de 10-19 años con Intentos de Autoeliminación que han sido registrados en la puerta de emergencia de este Centro de Salud Pública, en el período de tiempo que va desde Enero del año 2013 hasta Marzo del año 2014 en el Departamento de Lavalleja. Sin otro particular, agradecemos la atención y esperamos pronta respuesta:

Graciela Acosta Garrido

Marta Hernández Alonzo

Rúben Machado Ferreira

Verónica Ordas Inzaurrealde

Cecilia Rodríguez Lapitz

Minas, Lavalleja, 26/11/14.

Director del CAMDEL:

Dr. F. Mautone:

Por intermedio de la presente nota nos presentamos: somos un grupo de 5 estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería en el tránsito horizontal hacia la Licenciatura, Generación 2011. Estamos en el tramo final de nuestra carrera en el cual nos corresponde realizar un trabajo de investigación. El tema fue asignado por nuestro Tutor, el Licenciado Sandro Hernández, integrante de la Cátedra de Salud del Niño/a y Adolescente de la Universidad de la República, el cual está realizando un Trabajo de Investigación a nivel Nacional: Intento de Autoeliminación en Adolescentes de 10 a 19 años.

Nos dirigimos a usted a los efectos de solicitar las autorizaciones pertinentes para llevar a cabo una revisión y recolección de datos de las historias clínicas de los usuarios ingresados con esta problemática en dicho centro hospitalario y todas las filiales del departamento, donde están presentes como servidores de salud.

Para lo cual necesitaríamos tener acceso a las Historias Clínicas de los adolescentes de 10-19 años con Intentos de Autoeliminación que han sido registrados en la puerta de emergencia de este Centro de Salud Privado, en el período de tiempo que va desde Enero del año 2013 hasta Marzo del año 2014 en el Departamento de Lavalleja. Sin otro particular, agradecemos la atención y esperamos pronta respuesta:

Graciela Acosta Garrido

Marta Hernández Alonzo

Rúben Machado Ferreira

Verónica Ordas Inzaurrealde

Cecilia Rodríguez Lapitz

INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE DATOS DE VARIABLES**EDAD**

10 -14

15 -19

SEXO

FEMENINO

MASCULINO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Analfabetos

1ria
Completa1ria
Incompleta2ria
Incompleta

Terciaria

Sin Datos

OCUPACION

Estudia

Ocupado

Desocupado

sin Datos

PROCEDENCIA

Capital

Zona Rural

**ANTECEDENTES
PATOLOGICOS PERSONALES
DE TRASTORNOS
PSIQUIATRICOS**

NO

SI

ADICCIONES

NO

SI

Alcohol

Tabaco

Drogas
IlegalesSin
Antecedentes

Sin Datos

Retraso Mental

Trastornos de la
PersonalidadTrastornos
Afectivos

Esquizofrenia

Depresión

Sin Datos

Sin
Antecedentes

CONFORMACION FAMILIAR		NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES	
Nuclear		Analfabetos	
Monoparental		1ria. Completa	
Extensa		1ria. Incompleta	
Ensamblada		2ria. Completa	
Unipersonal		2ria. Incompleta	
Sin Datos		Terciaria	
		Sin Datos	
ANTECEDENTES PATOLOGICOS		I.A.E. ANTERIORES	
I.A.E		NO	
Suicidio		SI	
Violencia Familiar		1	
Trast.Psiquiatricos		2	
Uso de Drogas Legales		3 a 10	
Uso de Drogas Ilegales			
Depresión			
Sin Antecedentes			
Sin Datos			

METODO UTILIZADO PARA REALIZAR I.A.E.		FACTORES ESTRESANTES	
Ahorcamiento		Muerte de Familiar	
Ingesta de Psicofármacos		Problemas de Pareja	
Ingesta de Sust. Tóxicas		Abuso Sexual	
Precipitación De Altura		Violencia Familiar	
Agresión Con arma Blanca		Divorcio	
Quemaduras		Abandono Familiar	
Inmersión		Enfermedad	
		Abstinencia	
		Sin Antecedentes	
		Sin Datos	
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN LA EPOCA DEL AÑO		FICHA DE REGISTRO OBLIGATORIO DEL I.A.E.	
Verano		SI	Completa
Otoño			Incompleta
Invierno		NO	
Primavera			
FICHA DE REGISTRO DE VIOLENCIA DE GENERO		FICHA DE HISTORIA CLINICA DEL ADOLESCENTE	
SI	Completa	SI	Completa
	Incompleta		Incompleta
NO		NO	
MOTIVO DEL IAE			
Problemática familiar			
Problemática de pareja			
Problemática con sus pares			
Depresión			
Abuso Sexual			
Abstinencia			

Cronograma de actividades año 2014-2015.

Meses	Jul.	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	En.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.
Actividades												
Tutorías												
Elección del tema												
Planteamiento del Problema												
Exploración bibliográfica												
Elaboración del Marco Teórico												
Diseño metodológico												
Solicitud de autorizaciones												
Recopilación de datos												
Elaboración del Informe												

Presupuesto

Gasto	Monto(\$)
Impresiones	580
Material papelería	260
Internet	400
ANTEL/ ANCEL	500
Total	1.740



DIGESA/DPES/PNSM

Ficha de Registro de Intento de Autoeliminación (IAE)

Prestador Integral de Salud _____

Fecha de Consulta ____/____/____

Fecha de IAE ____/____/____

Nombre _____ Sexo ☐ Fecha nac Edad CI

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Tel. _____ Celular _____

Dirección _____

Departamento _____ Localidad _____ Urbano ☐

Rural ☐

Persona de referencia _____ Teléfono de contacto _____

Vive con Familia/pareja ☐ Amigo ☐

Solo ☐ Institución ☐

Otros _____

Ocupación _____

Método utilizado para el IAE

Ahorcamiento ☐ Arma de fuego ☐

Ingesta de sustancias tóxicas ☐ Fármacos ☐

Inmersión ☐ Precipitación ☐

Otros métodos (especifique) _____

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

Farmacológico ☐ Psicoterapia ☐

Otros (especifique) _____

DISPOSITIVO DE SALUD INTERVINIENTE EN 1ª INSTANCIA

Puerta de emergencia ☐ Otros ☐

Médico de radio/ urgencia en domicilio ☐

Policlinica ☐ Especifique _____

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

SERVICIO O EQUIPO DE SALUD MENTAL

Fecha ____/____/____ Concurrió SI ☐ No ☐

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

[illegible]

DETECCIÓN DE SITUACIONES DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER EN LA CONSULTA CLÍNICA

INTRODUCCIÓN PARA EL PERSONAL DE LA SALUD

Responsabilidades del sector salud en la atención a la VD (VD).

Incluir la violencia como un problema de salud pública. Facilitar su explicitación en la consulta. Evaluar su impacto en la salud. Promover formas de relación no violentas. Interactuar con otros sectores en la planificación e instrumentación de estrategias de abordaje integral.

Responsabilidades de las instituciones prestatarias de servicios.

Definir los roles y funciones adecuados para la atención a la VD. Capacitar al personal implicado. Asegurar el suministro de los insumos necesarios. Coordinar con los sectores relacionados.

ORIENTACIÓN PARA LOS OPERADORES - PARA LEER ANTES DE APLICAR EL CUESTIONARIO

¿Por qué preguntar?

La experiencia indica que muchas mujeres están dispuestas a hablar de la violencia que viven, pero se sienten inhibidas. Es necesario que el personal de salud formule las preguntas adecuadas. La aplicación de políticas y de protocolos sobre la VD facilita la identificación del problema.

¿Para qué un cuestionario?

La inclusión de un cuestionario estandarizado mejora la visibilidad del problema, facilita la detección de los casos particulares y es bien recibido por las usuarias.

¿Quiénes deben preguntar?

Todos los profesionales de la salud, (medic@s, enfermer@s, asistentes sociales, psicolog@s, parter@s) pueden integrar a su tarea habitual la encuesta sobre VD, según la planificación de cada institución. Los médicos deben integrar la estrategia de detección a la evaluación clínica.

¿A quienes preguntar?

A todas las mujeres, seleccionando el momento oportuno.

¿Cuándo preguntar?

- a) En el contexto de la evaluación de rutina, como un componente más de la salud de la mujer.
 - b) Frente a la sospecha de existencia de maltrato.
 - c) En las primeras consultas.
 - d) En el caso de mujeres en atención por períodos prolongados, se debe reiterar la exploración cuando haya elementos que hagan sospechar la presencia del problema.
- Se registrará la fecha de aplicación del cuestionario para evitar reiteraciones innecesarias.

¿Cómo plantear el problema?

Algunos técnicos prefieren una aproximación directa, otros aproximaciones indirectas.

Se recomienda: a) introducir el tema mencionando que es de rutina preguntar acerca de las relaciones familiares y si existen situaciones de maltrato, por su alta frecuencia y su repercusión en la salud. b) preguntar en el marco de la indagación sobre condiciones generales de vida.

¿Cómo emplear el cuestionario?

Es una herramienta que debe ser adaptada a la modalidad del técnico y de la consultante. Es importante elegir el momento oportuno, aplicar el cuestionario de modo que el técnico se sienta cómodo, con cuidado de que su actitud y lenguaje corporal sean coherentes con los objetivos, y adecuar la aplicación a las características étnicas y culturales de la consultante.

¿Qué hacer frente a una respuesta afirmativa?

La primera respuesta incluye 4 componentes.

- a) Una escucha respetuosa y cálida, que habilite que el problema sea analizado con naturalidad.
- b) Devolver a la mujer una explicación sobre como la situación de violencia afecta su salud.
- c) Resaltar y afirmar sus recursos personales y sus derechos.
- d) Informar sobre recursos disponibles y eventualmente derivar.

Resultados esperados

Estas acciones no siempre producen resultados inmediatos, pero alivian el malestar, constituyen una respuesta inmediata al sufrimiento y pueden ser el inicio de un proceso hacia una mejor calidad de vida de esa persona.

FORMULARIO SOBRE VIOLENCIA DOMESTICA