



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

**FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN  
ADOLESCENTES CON INTENTO DE  
AUTOELIMINACIÓN EN LA ZONA ESTE DEL  
DEPARTAMENTO DE COLONIA, MARZO DE  
2013 A MARZO DE 2014**

**Autoras:**

Victoria Arocena  
Vanessa Bentancor  
Ana Lueiro  
Carmen Lueiro

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

**Tutor:**

Prof. Agd. Esp. Sandro Hernández

**Montevideo, 2015**

## INDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCION.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVO GENERAL. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	6
JUSTIFICACION.....	7
MARCO TEORICO.....	10
DISEÑO METODOLOGICO.....	15
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	17
RESULTADOS.....	20
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	27
CONCLUSIONES.....	30
SUGERENCIAS.....	31
BIBLIOGRAFIA.....	34
ANEXOS.....	35

## RESUMEN

El presente estudio es una investigación cuantitativa, descriptiva, de corte transversal, cuyo objetivo general es conocer los factores de riesgo presentes en adolescentes con intento de autoeliminación, entre 10 a 19 años, de la zona este del Departamento de Colonia, en el periodo comprendido entre marzo de 2013 a marzo de 2014, que consultaron en los servicios de emergencia de las instituciones de salud de la zona, encontrando trece casos.

El tema es seleccionado debido al alto impacto que nuestro país está viviendo con respecto a esta problemática, estudios realizados sostienen que en Uruguay en el 2009 el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes, luego de los siniestros de tránsito. En la publicación Prevención de la Conducta Suicida en Adolescentes, en el Departamento de Colonia la tasa de suicidio en menores de 17 años en el año 2012 fue de un 15,4%. Luego de seleccionado el tema se elaboró el instrumento de recolección de datos, implementando una prueba piloto para corroborar la validez de dicho instrumento.

Se caracterizó a la población, identificándose datos como que el sexo femenino se encuentra en mayor porcentaje. La mayoría de los usuarios con intento de autoeliminación se encuentran en la adolescencia tardía, viven en familias disfuncionales, lo que conlleva a la falta de figuras de referencia, acentuando las fortalezas y debilidades de los rasgos saludables o no de la personalidad del individuo.

El método utilizado en todos los casos fue el consumo de sustancias psicoactivas; el lugar de realización del intento fue en el domicilio. Los intentos previos de autoeliminación confirman ser un factor incidente en esta conducta. El intento de autoeliminación involucra distintos factores precipitantes y concurrentes, que sumados a la problemática propia del adolescente favorecen el aumento de estas conductas en esta franja etaria.

## **Introducción.**

El siguiente trabajo de investigación tuvo como objetivo general conocer cuáles son los factores de riesgo que están presentes, en adolescentes de 10 a 19 años, que realizaron al menos un intento de autoeliminación, en la zona este del departamento de Colonia entre marzo del 2013 a marzo del 2014. Dicho trabajo fue realizado por cuatro estudiantes de la Facultad de Enfermería perteneciente a la Universidad de la Republica, cursando el cuarto ciclo de la carrea escalonada, plan 93, en el marco del trabajo final de investigación.

El mismo se realizó en todas las instituciones de salud que cuentan con el servicio de emergencia de la zona este del departamento de Colonia.

La investigación fue de diseño descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, obteniéndose los datos de las Historias Clínicas de los adolescentes.

El tema fue propuesto por el alto impacto que nuestro país está viviendo con respecto a esta problemática, ya que Uruguay está dentro de la mayor tasa de suicidio a nivel latinoamericano y en el año 2012 la tasa de suicidio en el departamento de Colonia en menores de 17 años fue de un 15,4%.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón, resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medio ambientales.

En la investigación realizada encontramos como principales factores de riesgo para la conducta suicida, la desestructuración familiar, el consumo de sustancias psicoactivas, el fácil acceso en el hogar a los psicofármacos, que fue el método más utilizado en todos los casos de intento de eliminación, así como los factores precipitantes y concurrentes que influyen directamente con la decisión que el adolescente adopta, al no poder enfrentar los conflictos personales, familiares, amorosos y experiencias vitales de estrés para el adolescente.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta problema:

¿Cuáles son los factores de riesgo que están presentes, en adolescentes de 10 a 19 años, que realizaron al menos un intento de autoeliminación, en la zona este del Departamento de Colonia entre marzo del 2013 a marzo del 2014?

## OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores de riesgo presentes en el intento de autoeliminación en adolescentes de 10 a 19 años en la zona este del Departamento de Colonia.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar la población de estudio.
- Identificar factores de riesgo individual, familiar y sociocultural.
- Identificar el método más utilizado y lugar de realización según sexo.

## Justificación

Cada año se suicidan casi un millón de personas en el mundo, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100.000, o una muerte cada 40 segundos. En los últimos 45 años las tasas de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial, siendo el suicidio una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 15 a 44 años en algunos países y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Es relevante señalar que estas cifras no incluyen las tentativas de suicidio, que son hasta 20 veces más frecuentes que los casos de suicidio consumado.

Uruguay está dentro de la mayor tasa de suicidio a nivel Latinoamericano luego de Cuba, observándose a partir del año 1989 un aumento constante y sistemático de la misma, en todas las franjas etarias, lo que constituye un problema de salud pública.

Según datos que surgen del estudio realizado en el Uruguay por el Programa Nacional de la Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud Pública, en el año 2009, esta fue la segunda causa de muerte, luego de los siniestros de tránsito en esta franja etaria.

En la publicación “SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JOVENES DE 10 A 24 AÑOS EN URUGUAY 2009” surge que la tasa de mortalidad por suicidio en esta franja etaria, es de 10 cada 100.000 adolescentes y jóvenes. A la vez se encontraron diferencias entre Montevideo e interior, siendo la tasa 8,3 cada 100.000 adolescentes y jóvenes y de 11 cada 100.000 en el interior.<sup>1</sup> Los departamentos con mayor índice de suicidio fueron Rocha, Colonia y Florida en el periodo 2004-2009.

---

<sup>1</sup> Adolescencias: Un Mundo de Preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente- GSHS 2012

Según la publicación Prevención de la conducta suicida en adolescentes, Guía para los sectores Educación y Salud; en el departamento de Colonia la tasa de suicidio en menores de 17 años en el año 2012 fue de un 15,4%.

El suicidio es un problema complejo, para el cual no existe una sola causa ni una sola razón, resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, culturales y medio ambientales.

Es difícil explicar por qué algunas personas deciden cometer suicidio, mientras otras en una situación similar o en incluso peor, no lo hacen. No obstante, la mayoría de los suicidios pueden prevenirse.

El suicidio es ahora un problema importante de salud pública en todos los países. Facultar al personal de atención médica primaria para identificar, evaluar, manejar y remitir al suicida en la comunidad es un paso importante en la prevención del suicidio<sup>2</sup>.

En Uruguay en el año 2004 se crea La Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio (consumados e intentos) por el decreto N 378/004, la misma funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, precedida por un representante de dicho Ministerio y por delegados del Ministerio de Educación y Cultura y del Ministerio del Interior. En el año 2006 por la Ley 18097 se declara el 17 de julio de cada año como el Día Nacional para la Prevención del suicidio, donde se realizan actividades brindando información sobre el tema y se capacita al personal de salud pública y privada, bomberos y funcionarios policiales en la atención de personas con señales de comportamiento suicida. Los medios de comunicación pública contribuyen con la difusión de información sobre las organizaciones de ayuda a las personas en situación de riesgo, incluyendo ubicación y teléfono de las mismas.

---

<sup>2</sup> Prevención del suicidio, un instrumento para el trabajador de atención primaria en salud. OMS, Ginebra 2000

En el año 2011 el Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de Salud Mental crea el Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015), para disminuir la incidencia del suicidio en la sociedad uruguaya.

La enfermería posee teóricas como Hildegard Peplau<sup>1</sup> en las que basar nuestro desempeño en el rol profesional que desarrollamos con estos adolescentes en el tratamiento y prevención de la conducta suicida, aportándonos un modelo con valores humanistas para la comprensión de la relación enfermera-paciente. Este modelo recoge la teoría de Maslow<sup>2</sup> y los trabajos sobre la comunicación de O'Sullivan<sup>3</sup> considerando a la enfermera como elemento esencial para lograr un proceso interprofesional terapéutico. Afirma que “el ser humano es un organismo que vive en un equilibrio inestable y que la vida es el proceso de luchar para conseguir un equilibrio estable, es decir un patrón fijo que nunca se alcanza excepto con la muerte”<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Enfermera teorizadora estadounidense (1909-1999) <sup>2</sup> Psicólogo estadounidense exponente de la psicología humanista (1908-1870)

<sup>3</sup> Clérigo católico irlandés autor de “La comunicación humana”

<sup>4</sup>Peplau HE. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Ed. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona. 1990.

## **Marco teórico.**

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este periodo; de acuerdo al concepto convencionalmente aceptado por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años), y la adolescencia tardía (15 a 19 años).

La adolescencia temprana se caracteriza por el crecimiento y desarrollo somático acelerado, inicio de los cambios puberales y de los caracteres sexuales secundarios. Preocupación por cambios físicos, torpeza motora, marcada curiosidad sexual, búsqueda de autonomía e independencia, por lo que los conflictos con la familia, maestros u otros adultos son más marcados siendo frecuentes el inicio de cambios bruscos en su conducta y emotividad.

En la adolescencia tardía se ha culminado gran parte del crecimiento y desarrollo, el adolescente va a tener que tomar decisiones importantes en su perfil educacional y ocupacional. Se ha alcanzado un mayor control de los impulsos y maduración de la identidad, inclusive en su vida sexual, por lo que está muy cerca de ser un adulto joven.

La pubertad es un término empleado para identificar los cambios somáticos dados por la aceleración del crecimiento y desarrollo, aparición de la maduración sexual y de los caracteres sexuales secundarios, no es un proceso

exclusivamente biológico, sino que esta interrelacionado con factores psicológicos y sociales.

La juventud comprende el periodo entre 15 y 24 años de edad, es una categoría sociológica que coincide con la etapa post-puberal de la adolescencia, ligada a los procesos de interacción social, de definición de identidad y a la toma de responsabilidad, es por ello que la condición de juventud no es uniforme, varía de acuerdo al grupo social que se considere.

En términos generales, la adolescencia con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas se caracteriza por eventos universales, que son:

1. Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambio de la forma y dimensiones corporales.
2. Se produce un aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
3. El incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino-metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurre de manera armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastorno del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
4. El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.
5. Los aspectos psico-sociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes durante esta etapa:
  - 🌐 Búsqueda de sí mismo y de su identidad, necesidad de independencia.
  - 🌐 Tendencia grupal.
  - 🌐 Evolución del pensamiento concreto al abstracto. La necesidad intelectual y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.
  - 🌐 Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.

- 🌐 Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constante fluctuaciones de su estado anímico.
- 🌐 Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos.
- 🌐 Actitud social reivindicativa: en este periodo los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos preceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.
- 🌐 La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- 🌐 Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.<sup>3</sup>

La familia según la OMS se puede definir como un “conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan”.

Las principales funciones de la familia pueden sintetizarse en: función biosocial, función económica, función cultural y afectiva y función educativa. La familia es una institución que se encuentra en constante cambio y evolución.

Según la OMS define a la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud mental y el suicidio están estrechamente relacionados. Es así como más del 90% de los casos de suicidio se asocian con trastornos psiquiátricos (OPS 2010).

---

<sup>3</sup> Dra. Pineda Susana y Dra. Aliño Miriam, Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia. Capítulo I. Cuba, 2002

La Real Academia Española (1992) refiere al término suicidio proveniente de la fusión latina sui (uno mismo) y caedere (matar).

Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010, pp 74-75) como “todo acto deliberado de quitarse la vida”, y señala que “es un acto de violencia, la cual genera para los individuos, la familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención en salud”.

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay considera el Intento de Autoeliminación (IAE) como la voluntad o deseo consciente y deliberado de darse muerte, motivado por un proceso angustioso que alcanzó a sobrepasar el nivel de tolerancia; es un estado conflictivo, una crisis sin resolver que se expresa a través de la conducta suicida. El intento de autoeliminación es una emergencia médica y después una emergencia psiquiátrica. Es una situación imprevista, aguda, que demanda atención técnica inmediata, en contexto de crisis. La crisis es una perturbación psicológicamente aguda, de duración variable que resulta de un riesgo, circunstancia de peligro, amenaza de pérdida repentina o fuertes presiones sociales. El usuario entra en crisis al no poder resolver un problema, esto lo puede conducir al suicidio<sup>4</sup>

#### RASGO DE PERSONALIDAD SUICIDA:

- Humor inestable
- Enojo o agresividad
- Comportamiento antisocial
- Conducta irreales, representación de fantasías
- Alta impulsividad
- Irritabilidad
- Rigidez de pensamiento
- Escasa habilidad de solución de problema, a frente a las dificultades
- Tendencia a vivir en un mundo ilusorio
- Fantasía de grandeza alternando con sentimientos de desvalorización<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Garay Margarita, Vázquez Luz, Suicidio e intento de autoeliminación, en el Uruguay hoy. Revista Uruguaya de Enfermería, Mayo 2010.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicomanía. Prevención del Suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional, trastornos mentales y cerebrales; Op cite pag 5

## FACTORES DE RIESGOS:

1) Individuales: desesperanza, trastornos del estado de ánimo; trastornos de conducta; consumo de drogas; fracaso en la escolaridad (numerosos suicidas no han pasado el nivel de enseñanza primaria); depresión; inconformismo de género; edad; sexo masculino.

2) Familiares: antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas; antecedentes familiares de IAE; pérdida de un familiar o persona importante (este durante la niñez y adolescencia temprana parece ser significativo); maltrato; violencia familiar; abuso sexual; falta de soporte familiar y pobre comunicación; divorcio.

3) Socioculturales: rupturas en el entorno sociocultural; cambios socio económicos; mudanzas; transculturación; deserción escolar; desempleo.

Los comportamientos relacionados con el suicidio se vinculan con:

Factores concurrentes: historia personal y social, aspectos neurobiológicos, grado de salud mental.

Factores precipitantes: experiencias vitales muy estresantes, falta de estrategias adecuadas de afrontamiento, incapacidad para resolver problemas, etc.<sup>6</sup>

Psicofármacos es la denominación genérica para designar los fármacos psicótrpos utilizados en el tratamiento de las enfermedades mentales. Estas sustancias químicas ejercen un efecto sobre la mente o modifican la actividad mental.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Larrobla Cristina, Canetti Alicia, Hein Pablo, Novoa Gabriela, Duran Mariana. Prevención de la Conducta Suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud.

<sup>7</sup> Diccionario de Medicina. Editorial Océano Mosby. Edición en español

## **Diseño metodológico.**

**Tipo y diseño del estudio:** Cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

**Universo de estudio:** todos los adolescentes comprendidos en la franja etaria de 10 a 19 años, del este del Departamento de Colonia, que ingresaron a la puerta de emergencia de servicios públicos y privados, que realizaron al menos un intento de autoeliminación, en el periodo comprendido entre los meses de marzo del 2013 a marzo del 2014.

Población de estudio: será del 100% de los adolescentes que realizaron al menos un intento de autoeliminación y cuyo n es de 13 adolescentes.

Unidad de análisis: Adolescentes de 10 a 19 años con IAE Unidad de observación: historia clínica de los usuarios.

### **Criterios de inclusión:**

- Adolescentes entre 10 a 19 años que ingresaron a puerta de emergencia de los servicios de salud públicos y privados del este del Departamento de Colonia con diagnóstico de intento de autoeliminación.
- Posibilidad de acceso a sus historias clínicas.

### **Procedimientos.**

Para desarrollar el trabajo de investigación se obtuvieron autorizaciones de las autoridades de la Cooperativa Asistencial Médica del Este de Colonia (CAMEC), de ASSE Nueva Helvecia, ASSE Juan Lacaze, ASSE Rosario y Círculo Católico de Juan Lacaze. Estas son todas las instituciones que poseen puerta de emergencia en la zona este del departamento de Colonia en donde desarrollamos nuestra investigación (Anexo II).

## Métodos para garantizar aspectos éticos de la investigación:

El marco legal para garantizar aspectos éticos en la investigación con sujetos humanos en nuestro país, establece la formación de comités de ética que salvaguarden los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de estudio, controlando que se cumplan en la investigación los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Así mismo serán los encargados de velar por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la Declaración Universal de Derechos Humanos, lo dispuesto en la Constitución de la República en su Art. 44 y la Ley N° 9202 del 12 de Enero de 1934 –Orgánica de Salud Pública-, resolución del Poder Ejecutivo N° 610/005, (Interna N° 68) del 11 de Abril del 2005 y en el Decreto N° 379/008 del 4 de Agosto del 2008.

Luego de obtenidas las autorizaciones se llevó a cabo una prueba piloto con el fin de determinar la validez y la confiabilidad de los datos recabados.

El procedimiento de la recolección de información fue la revisión de Historias Clínicas.

La sistematización de los datos se realizó en una planilla elaborada por el grupo de investigadores (ver anexo II).

Los datos obtenidos se presentan en tablas de frecuencia y porcentuales lo cual permite sistematizar cada una de las variables estudiadas.

Se realizó a través del soporte informático Microsoft Office mediante el programa Excel.

## **Operacionalización de las variables**

### **SEXO:**

Definición conceptual: condición genética que distingue al hombre de la mujer.

Definición operativa: masculino, femenino.

Clasificación: cualitativa nominal.

### **EDAD:**

Definición conceptual: tiempo cronológico transcurrido desde el momento del nacimiento de un individuo al momento de realizar el IAE

Definición operacional: 10 a 14 años y 15 a 19 años Clasificación:

cuantitativa continua.

### **ESTADO CIVIL**

Definición conceptual: es la situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: soltero, unión libre.

Clasificación: cualitativa nominal.

### **NIVEL DE INSTRUCCION:**

Definición conceptual: es el grado más elevado de estudios que posee el individuo.

Definición operacional: educación primaria, secundaria y abandono de estudios.

Clasificación: cualitativa ordinal.

### **GRUPO FAMILIAR**

Definición conceptual: grupo social caracterizado por una residencia común, cooperación económica y la reproducción.

Definición operacional: Madre- Padre-Hermano; Pareja adolescente y abuelos, Madre pareja de madre- Hermanos, Madre-hermano, Madre- abuela, madre y pareja de madre.

Clasificación: cualitativa nominal.

## RESIDENCIA:

Definición conceptual: región geográfica en la que vive el individuo. Definición

operacional: zona urbana (ciudades de la zona este del departamento de

Colonia: Valdense, Nueva Helvecia, Rosario, La Paz, Juan Lacaze, Tarariras, Cufre) y zona rural.

Clasificación: cualitativa nominal.

## ADICCIONES

Definición conceptual: relación de dependencia frente al consumo de determinada sustancia psicoactiva.

Definición operacional: Tabaco, alcohol, marihuana, sustancias ilegales, sin adicciones.

Clasificación: cualitativa nominal.

## ANTECEDENTES PERSONALES DE INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN:

Definición conceptual: historia previa de voluntad o deseo consiente y deliberado de darse muerte.

Definición operacional: sin antecedentes, un intento previo, dos intentos previos, tres o más intentos previos.

Clasificación: cuantitativa ordinal.

## ANTECEDENTES FAMILIARES DE INTENTO DE AUTOELIMINACION:

Definición conceptual: Referencias familiares anteriores de voluntad o deseo consiente y deliberado de darse muerte.

Definición operacional: con antecedentes de intento de autoeliminación y sin antecedentes.

Clasificación: cualitativa nominal.

## ANTECEDENTES FAMILIARES DE SUICIDIO

Definición conceptual: Referencias familiares anteriores de acto deliberado de quitarse la vida.

Definición operacional: sin antecedentes y con antecedentes.

Clasificación: cuantitativa nominal.

#### OCUPACIÓN:

Definición conceptual: actividad que realiza el individuo habitualmente.

Definición operacional: trabaja, estudia, desocupado.

Clasificación: cualitativa nominal.

#### METODO UTILIZADO:

Definición conceptual: recursos, medios, elementos mediante los cuales el individuo atenta contra su vida.

Definición operacional: ahorcamiento, arma de fuego, arma blanca, fármacos, intoxicaciones, precipitación bajo un vehículo; otro (especificar).

Clasificación: cualitativa nominal.

#### LUGAR DONDE REALIZÓ EL INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

Definición conceptual: espacio físico en el que el individuo atentó contra su vida.

Definición operacional: domicilio, domicilio temporal.

Clasificación: cualitativa nominal.

#### FACTORES CONCURRENTES

Definición conceptual: cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud

Definición operacional: violencia doméstica, antecedentes familiares psiquiátricos, patología psiquiátrica personal, familiar alcohólico, conflicto familiar y abuso sexual. Clasificación: cualitativa nominal.

#### FACTORES PRECIPITANTES:

Definición conceptual: determinadas causas que pueden activar la conducta suicida.

Definición operacional: separación conyugal, discusión familiar, cambio de domicilio, conflicto amoroso y embarazo no deseado.

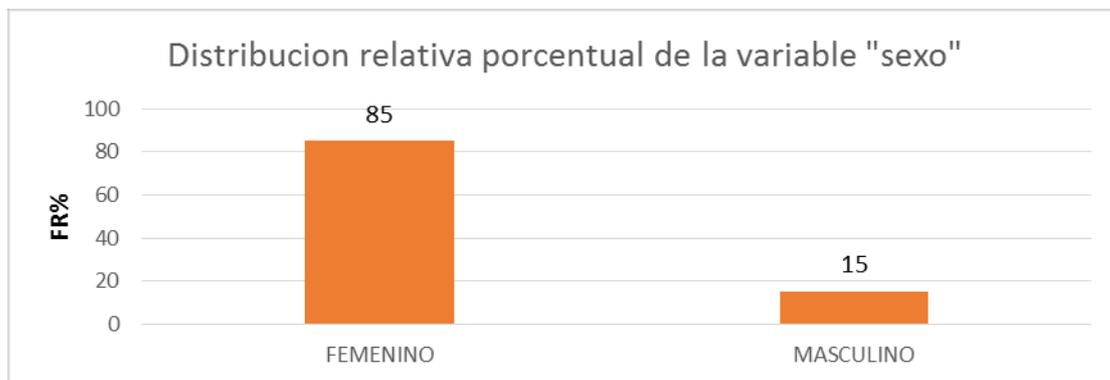
Clasificación: cualitativa nominal.

## Resultados.

TABLA N° 1 Distribución de la población según sexo.

SEXO	FA	FR%
FEMENINO	11	85
MASCULINO	2	15
TOTAL	13	100

GRAFICA N° 1 SEXO



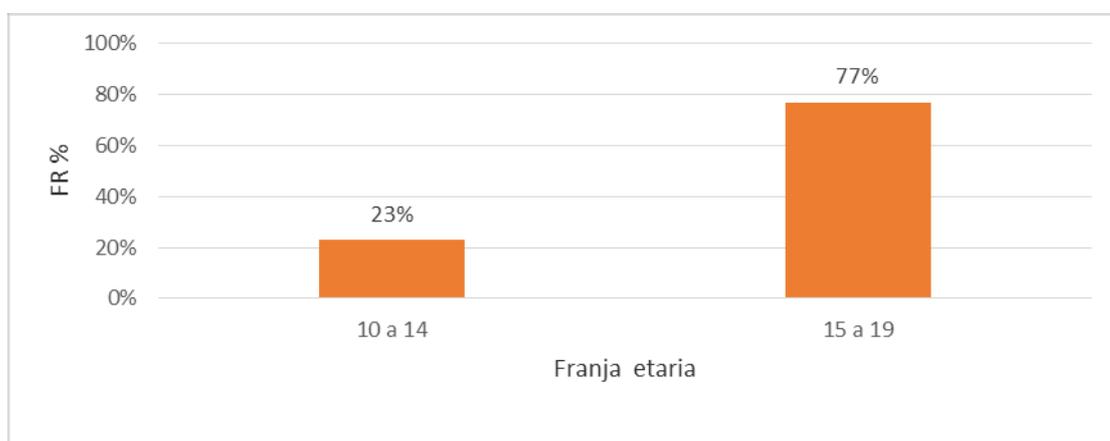
Fuente: Historias clínicas de adolescentes

Como se observa en la gráfica n°1, el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con el 85% del total de la población estudiada.

TABLA N°2 Distribución de la población según edad.

EDAD	FA	FR%
10 a 14	3	23%
15 a 19	10	77%
TOTAL	13	100%

GRAFICA N°2: Distribución de la población según edad.



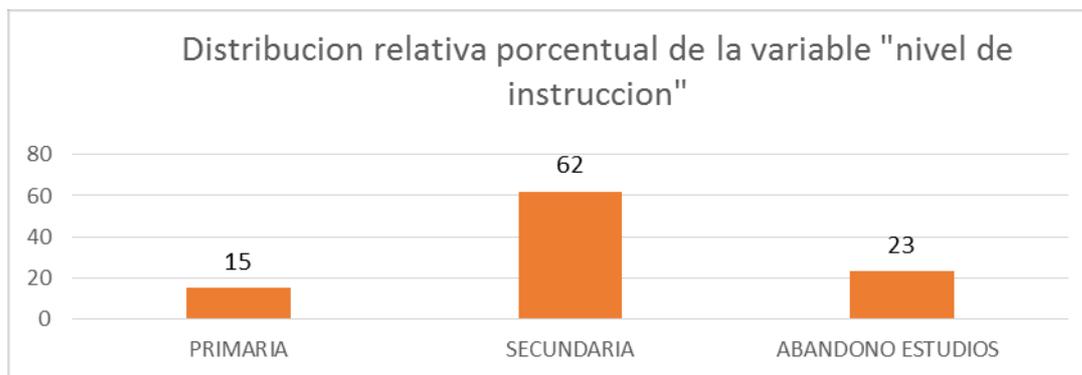
Fuente: Historias clínicas de adolescentes

El mayor porcentaje según el tramo de edad, se ubica en la adolescencia tardía con el 77 % del total de la población.

TABLA N°3 Distribución de la población según nivel de instrucción.

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
PRIMARIA	2	15
SECUNDARIA	8	62
ABANDONO ESTUDIOS	3	23
TOTAL	13	100

GRAFICA N° 3: Distribución de la población según nivel de instrucción.



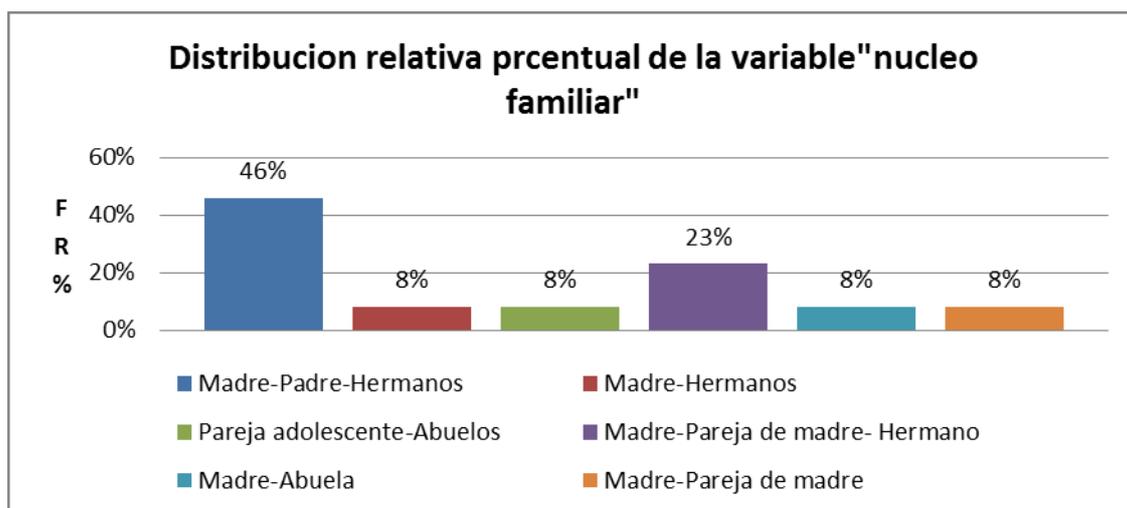
Fuente: Historias clínicas de adolescentes

Como se observa en la gráfica de distribución de la población según nivel de instrucción el mayor porcentaje que corresponde al 62% tienen secundaria.

TABLA N°4 Distribución de la población según núcleo familiar.

NUCLEO FAMILIAR	FA	FR%
Madre-Padre-Hermanos	6	46%
Madre-Hermanos	1	8%
Pareja adolescente-Abuelos	1	8%
Madre-Pareja de madre- Hermano	3	23%
Madre-Abuela	1	8%
Madre-Pareja de madre	1	8%
Total	13	100%

GRAFICA N°4: Distribución de la población según núcleo familiar.



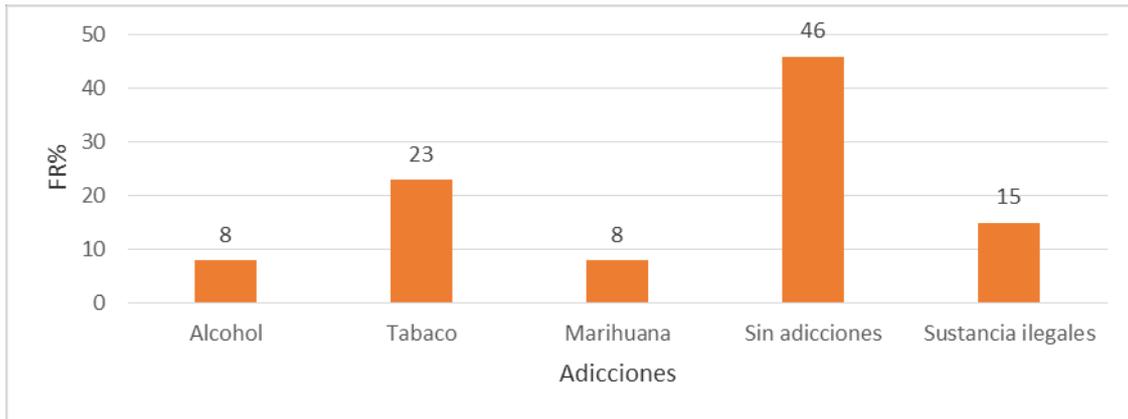
Fuente: Historias clínicas de adolescentes

El 46% de la población estudiada vive con su madre, padre y hermanos siendo en menor porcentaje los núcleos familiares constituidos por madre – hermanos, pareja adolescente – abuelos, madre a- abuela y madre – pareja de la madre con el 8%.

TABLA N°5: Distribución de la población según consumo de drogas.

ADICCIONES	FA	FR%
Alcohol	1	8
Tabaco	3	23
Marihuana	1	8
Sustancia ilegales	2	15
Sin adicciones	6	46
TOTAL	13	100

GRAFICA N°5: Distribución de la población según consumo de drogas.



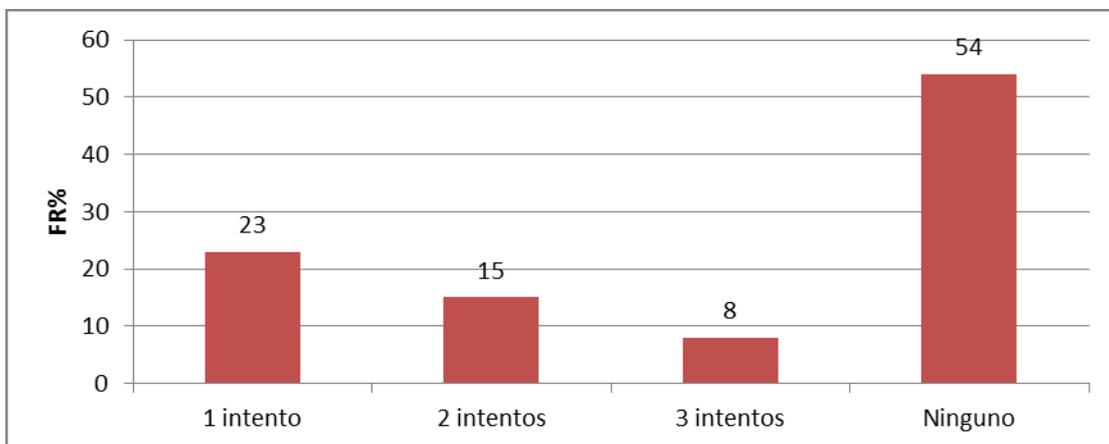
Fuente: Historias clínicas de adolescentes

El 46 % de la población no realiza consumo de algún tipo de drogas, y dentro del 54% restante el de mayor consumo es el del tabaco con el 23 % del total de la población.

TABLA N°6: Distribución de la población según antecedentes personales de IAE.

Antecedentes personales de IAE.	FA	FR%
1 intento	3	23
2 intentos	2	15
3 intentos	1	8
Ninguno	7	54
TOTAL	13	100

GRAFICA N°6: Distribución de la población según antecedentes de IAE.



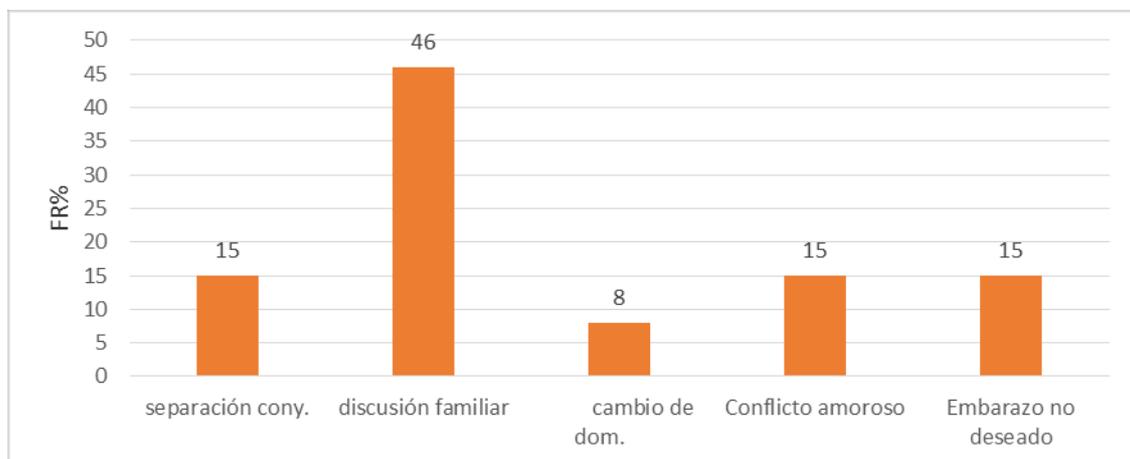
Fuente: Historias clínicas de adolescentes

El 54% de la población no cuenta con antecedentes de IAE, siendo el de mayor porcentaje en el resto la población (el 23%) quienes han realizado al menos un intento.

TABLA N°8: Distribución de la población según presencia de factores precipitantes.

Factores precipitantes	FA	FR%
Separación cony.	2	15
discusión familiar	6	46
Cambio de dom.	1	8
Conflicto amoroso	2	15
Embarazo no deseado	2	15
TOTAL	13	100

GRAFICA N°8: Distribución de la población según presencia de factores precipitantes.



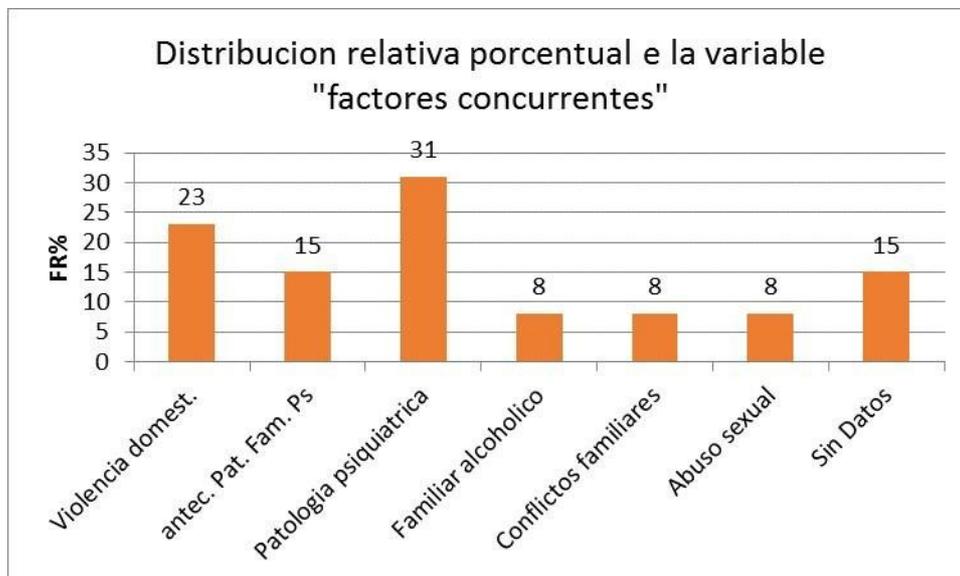
Fuente: Historias clínicas de adolescentes

Dentro de los factores precipitantes el que tiene mayor peso porcentual es la discusión familiar con el 46 %.

TABLA N°9: Distribución de la población según factores concurrentes.

Factores concurrentes	FA	FR%
Violencia domest.	2	15
antec. Pat. Fam. Ps	2	15
Patología psiquiátrica	4	31
Familiar alcohólico	1	8
Conflictos familiares	1	8
Abuso sexual	1	8
Sin datos	2	15
TOTAL	13	100

GRAFICA N°9 FACTORES CONCURRENTES



Fuente: Historias clínicas de adolescentes

Las patologías psiquiátricas es el factor concurrente con mayor peso con el 31% seguido por la violencia doméstica por el 23 %.

## **Análisis de los resultados.**

El siguiente trabajo de investigación fue realizado en los centros de salud tanto públicos como privados del este del departamento de Colonia que cuentan con puerta de Emergencia, en el periodo comprendido entre marzo de 2013 y marzo 2014.

Los datos fueron recabados de las Historias Clínicas de adolescentes entre 10 a 19 años que ingresaron en dichos centros de salud con diagnóstico de Intento de Autoeliminación.

El universo de estudio estuvo conformado por 13 usuarios, que cumplieron con los parámetros establecidos para nuestra investigación.

De los dieciocho mil adolescentes del departamento de Colonia, en la zona de nuestro estudio viven aproximadamente siete mil, por lo que la tasa de intento de autoeliminación es de 1,9 por 1000.

De los resultados obtenidos de la investigación, el 84% corresponde al sexo femenino y el 16% al sexo masculino. Este porcentaje coincide con estudios epidemiológicos extraídos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que muestra que en su mayoría el sexo femenino realiza intentos de Autoeliminación con una relación de 4:1 respecto al sexo masculino.

Los adolescentes de 17 años representaron un 23%, los de 14, 15,16 y 19 años correspondieron a un 15% cada uno y de los 13 y 18 años un 8% de cada uno, no se encontraron adolescentes de 10 a 13 años con IAE para el período estudiado.

En lo que corresponde a nivel de instrucción un 62% asisten a nivel secundario, mientras que un 23% abandonó estudios y el 15% solo tiene nivel primario.

Dentro de los signos y síntomas de alerta de riesgo suicida encontramos el abandono del sistema educativo, que se plasma en los datos obtenidos en un 38% si tomamos en cuenta también los que solo tienen nivel primario.

El 46% de los adolescentes viven con su padre y madre, el 31% viven con su madre o padre y pareja de los mismos, el 15% solo con la madre y el 8% con su pareja, lo que evidencia la desintegración familiar como un factor de riesgo importante. Esto evidencia que en un gran porcentaje la familia del adolescente tiene una estructura alterada con dificultades de relacionamiento y comunicación entre sí. En muchos casos con patrones agresivos y problemas para controlar los impulsos.

El 85% de los usuarios provienen de la zona urbana, mientras que solo un 15% de la zona rural.

El 46% de los adolescentes no posee adicciones, el 23% es adicto al tabaco, 23% a sustancias ilegales (marihuana y otras sustancias psicoactivas) y un 8% al alcohol. En nuestra investigación encontramos que el 31% de los adolescentes con IAE consumen habitualmente alcohol y drogas ilegales. Según la OMS una cuarta parte de los adolescentes que cometen suicidio consumen frecuentemente alcohol y drogas.

El 46% de los adolescentes presentó uno o más intentos de autoeliminación previos, lo que confirma los estudios en este sentido en los que el riesgo de suicidio consumado en un paciente con antecedentes de intento de autoeliminación es de 38 a 47 veces superior al riesgo en la población general.

Se estima que el 40% de los pacientes que realizaron un primer intento de autoeliminación van a presentar otro en los dos años siguientes y un 10 % se suicidarán en los siguientes 10 años según artículo publicado en noviembre del 2012 de Opción Médica.

El lugar de realización del intento de autoeliminación fue un 92% en el domicilio del adolescente y un 8% en el domicilio temporal de una adolescente que trabajaba en Montevideo.

Encontramos que el mayor factor precipitante del intento de autoeliminación fue discusión familiar con un 46%, un 15% cada uno: separación conyugal, conflicto amoroso y embarazo no deseado; un 8% cambio de domicilio. En el artículo consultado de Margarita Garay y Luz Vázquez y en la Guía de prevención de la conducta suicida en adolescentes (Colección Art.2), los factores precipitantes coinciden con lo encontrado, siendo los de mayor prevalencia los problemas interpersonales en el núcleo familiar, seguido de experiencias vitales estresantes, rupturas con personas significativas e incapacidad para resolver problemas.

Como factores concurrentes o asociados al intento de autoeliminación encontramos un 31% con patología psiquiátrica, un 15% cada uno: violencia doméstica, antecedente de patología familiar psiquiátrica y un 8% cada uno: familiar alcohólico, conflictos familiares y abuso sexual. Coincidimos con el estudio realizado por Martínez Schiavo que mostró similar porcentaje en la incidencia de un trastorno psiquiátrico diagnosticable.

## **Conclusiones.**

Luego de finalizada la investigación y de acuerdo a los datos obtenidos, se puede concluir que el sexo femenino es el que realiza más intentos de autoeliminación en concordancia con la bibliografía consultada.

Con respecto a las edades, en la adolescencia temprana se encontraron menos intentos de autoeliminación como en los estudios previos sobre este tema.

El estado civil de los sujetos del estudio no se considera relevante de acuerdo a los factores que intervienen en esta conducta, si bien el conflicto amoroso estuvo presente, pero no como una relación estable.

Sobre el nivel de instrucción en nuestra investigación, encontramos que la mayoría de los casos estaban cursando sus estudios regularmente, se encontró un porcentaje menor de fracaso escolar.

De acuerdo a los datos encontrados se visualiza que la desestructuración familiar es un factor de riesgo que se da en un mayor porcentaje, ya que la familia juega un rol fundamental como factor de protección. Generalmente la situación de vulnerabilidad del grupo familiar hace imposible que el adolescente sea contenido, comprendido y acompañado en esta etapa conflictiva.

Otro de los factores de riesgo a destacar es el involucramiento del adolescentes en el consumo de sustancias psicoactivas, encontrando que más de la mitad de estos adolescentes eran adictos a sustancias tanto legales como ilegales para intentar sobrellevar las situaciones de estrés, corroborando investigaciones previas.

Los intentos previos encontrados en los adolescentes de la investigación confirman los porcentajes de reincidencia que se manejan en los estudios publicados.

Se encontró en esta población un porcentaje menor de antecedentes familiares de suicidio y ninguno de intento de autoeliminación en la población estudiada.

La mayoría de los adolescentes estudiaban o trabajaban, siendo menor el porcentaje de desocupados.

En la elección del método utilizado primó los psicofármacos, evidenciando el fácil acceso de los adolescentes a los mismos y teniendo en cuenta que la mayoría de los casos estudiados realizaron el intento en el domicilio del adolescente, esto evidencia la falta de supervisión de los responsables de los mismos.

Se puede afirmar que los comportamientos relacionados con el suicidio se vinculan con los factores precipitantes y concurrentes al no poder enfrentar conflictos personales, familiares y sociales como separación conyugal, discusión familiar, cambio de domicilio, conflicto amoroso, embarazo no deseado y sufriendo experiencias vitales muy estresantes como violencia doméstica, antecedentes patológico de familiares psiquiátricos, patología psiquiátrica personal, familiar alcohólico y abuso sexual. Estos fueron los encontrados en la investigación y concuerdan con la bibliografía consultada.

Se puede decir que de acuerdo al objetivo general planteado al inicio de la investigación, se pudo conocer los factores de riesgo presentes en el intento de autoeliminación en adolescentes de 10 a 19 años en la zona este del departamento de Colonia. Siendo los más destacados: sexo femenino, desestructuración familiar, intentos previos, consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de factores precipitantes y concurrentes.

## **Sugerencias.**

De acuerdo a las dificultades encontradas en la investigación, como resistencias a brindarnos el acceso a la información necesaria, podríamos sugerir para investigaciones futuras la divulgación de la importancia de permitir acceder a dichos datos. También enfatizamos la importancia de los registros de enfermería en las Historias Clínicas ya que encontramos deficiencias sobre todo en la valoración de los usuarios.

Como sugerencia para futuros trabajos sobre este tema podemos plantear la necesidad de crear espacios y debates en los entornos de los adolescentes sobre el suicidio, ya que la mejor forma de detectar si los adolescentes tienen pensamientos suicidas es preguntándolo. Hablar del suicidio sobre todo en el sector salud y educación, les permite expresar los problemas y ambivalencias con las que están luchando y aliviar al menos la tensión psíquica que constituye la ideación de muerte, de esta manera el adolescente percibe que puede ser ayudado. Si bien existe un Programa Nacional de Salud Mental, pudimos ver que en los centros asistenciales tomados para nuestra investigación solo una institución cuenta con un departamento de salud mental integrado por un equipo multidisciplinario para abordar este tipo de problemáticas.

Creemos también que este trabajo es necesario dirigirlo desde el primer nivel de atención, sobre todo a las familias de los adolescentes, ya que juegan un papel primordial en el desarrollo de factores protectores de la conducta frente a situaciones de crisis. Es importante la revalorización del rol de enfermería en la atención de estos usuarios, dándole un espacio de acción en este sentido, sumando esfuerzos al equipo de salud.

Como reflexión final podemos decir que el adolescente necesita identificarse con un grupo de pertenencia, pudiendo encontrarlo en diferentes ámbitos, ya sea en el contexto sociocultural, institución educativa, tribus urbanas, la adhesión a un equipo de fútbol o a un grupo de música, participación en una iglesia,

aunque estos lugares no satisfagan su búsqueda personal, pero es necesario en esta etapa evolutiva, como dijera Viñar<sup>8</sup> definiendo el vínculo entre los adolescentes “ser alguien para alguien”.

---

<sup>8</sup> Dr. Viñar, Marcelo. Mundos adolescentes y vértigos civilizatorios. Montevideo: Trilce 2009.

## BIBLIOGRAFIA

- Adolescencias: Un Mundo de Preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente- GSHS 2012
- Prevención del suicidio, un instrumento para el trabajador de atención primaria en salud. OMS, Ginebra 2000
- Peplau HE. Relaciones Interpersonales en Enfermería. Ed. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona. 1990.
- Dra. Pineda Susana y Dra. Aliño Miriam, Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia. Capítulo I. Cuba, 2002
- Garay Margarita, Vázquez Luz, Suicidio e intento de autoeliminación, en el Uruguay hoy. Revista Uruguaya de Enfermería, Mayo 2010.
- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Toxicomanía. Prevención del Suicidio un instrumento para docentes y demás y demás personal institucional, trastornos mentales y cerebrales; Op cite pag 5
- Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conducta suicida. MSP. Programa Nacional de Salud Mental. 2006. Uruguay
- Larrobla, Cristina; Canetti, Alicia; Hein, Pablo; Novoa, Gabriela; Durán, Mariana. Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud. Edición amparada al decreto 218/996. Colección Art. 2. Año V. Uruguay
- MartinezSchiavo, Adriana; Comportamiento Suicida en el Niño y el Adolescente, Revista de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y el Adolescencia. Año 2010, pág. 54. Uruguay.
- Dr. Vazquez,M; Garcia, L; Giachetto, G; Martinez A; Viola, L; Intento de autoeliminación en niños y adolescentes. Opciónmedica-parentesiswebcom/articulos/intentos de autoeliminación.Uruguay noviembre 2012.
- Dr. Viñar, Marcelo. Mundos adolescentes y vértigos civilizatorios. Montevideo: Trilce 2009.

# ANEXO I

## CRONOGRAMA

Actividades	Nov 2014	Dic.	Ene.2015	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul	Ag.	Set	Oct.	Nov	D
Elección del tema	x													
Revisión Bibliográfica		x	X	x										
Planteamiento del Problema				x										
Elección de la metodología					x									
Elaboración del Protocolo					x	x	x	x	x	x	x	x	X	
Primera Tutoría							x							
Segunda Tutoría														
Tercera Tutoría														
Cuarta Tutoría														
Entrega del protocolo														
Aplicación del Protocolo														
Análisis de Datos														
Entrega informe final														x
Defensa														

## ANEXO II

### INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA: .....

INSTITUCION: .....

SEXO: F  M

EDAD:

ABANDONO ESTUDIOS

NUCLEO FAMILIAR: MADRE Y PADRE

MADRE  HERMANOS

PAREJA  ABUELOS

MADRE CON PAREJA

RESIDENCIA : ZONA URBANA

ZONA RURAL

ADICCIONES: ALCOHOL

TABACO

MARIHUANA

SUSTANCIAS  ILEGALES

SIN ADICCIONES

ANTECEDENTES PERSONALES DE IAE:

INTENTO

2  INTENTOS 3 INTENTOS

NINGUNO

NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

PRIMARIA

SECUNDARIA

1

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IAE O SUICIDIO:

IAE:  TIENE  NO TIENE  
SUICIDIO:  TIENE  NO TIENE

OCUPACIÓN:

TRABAJA  ESTUDIA  DESOCUPADO

METODO UTILIZADO PARA EL IAE:

AHORCAMIENTO

ARMA DE  FUEGO

ARMA BLANCA

FARMACOS

SUSTANCIAS  TOXICAS

PRECIPITACION BAJO UN VEHICULO

OTROS

LUGAR DE REALIZACIÓN DEL IAE:

DOMICILIO

ESPACIO PÚBLICO

ESPACIO PRIVADO

OBSERVACIONES:

FACTORES PRECIPITANTES:

FACTORES CONCURRENTES

VARIABLES

ROSARIO ROSARIO N.HELVECIA J.LACAZE J.LACAZE

		CAMEC	MSP	MSP	MSP	CIRCULOCATOLICO	FA
SEXO	FEM	8	1	1	1	sin datos	11
	MASC	2					2
EDAD	10 a 19	13	1				1
		14	2				2
		15	1	1			2
		16	2				2
		17	2			1	3
		18	1				1
		19	1	1			2
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria	2					2
	Secundaria	6	1		1		8
	Abandono de estudios	2		1			3
NUCLEO FAMILIAR	Madre-padre- Hermanos	5	1				6
	Pareja adolsc- Abuelos	1					1
	Madre-Hermanos	1					1
	Madre-Pareja de madreHermanos	1		1	1		3
	Madre-Abuela	1					1
	Madre con Pareja	1					1
RESIDENCIA	Zona urbana	8	1	1	1		11
	Zona rural	2					2
ADICCIONES	Alcohol	1					1
	Tabaco	2		1			3
	Marihuana		1				1
	Sin adicciones	6			1		7
	Sustancia ilegales	1					1

ANTECEDENTES PERSONALES	1 intento	2		1			3
	2 intentos	1			1		2
	3 intentos		1				1

DE IAE	Ninguno	7					7
--------	---------	---	--	--	--	--	---

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IAE O SUICIDIO	IAE	Tiene						
		No tiene						
	Suicidio	Tiene		1				1
		Sin datos		9	1	1	1	12

OCUPACION	Trabaja	2		1			3
	Estudia	6	1			1	8
	Desocupado	2					2

METODO UTILIZADO PARA IAE	Ahorcamiento						
	Arma de fuego						
	Arma blanca						
	Fármacos	10	1	1	1		13
	Sustancias toxicas						
	Precipitación bajo un vehículo						
	Otros						

LUGAR DE REALIZACION IAE	Domicilio	9	1	1	1		12
	Domicilio temporal	1					1

OBSERVACIONES	uno de los IAE fue en montevideo y la trasladaron a su lugar de residencia						

FACTORES PRECIPITANTES	Separación cony.	1		1			2
	discusión familiar	4	1		1		6
	Cambio de domicilio	1					1
	Conflicto amoroso	2					2
	Embarazo no deseado	2					2

FACTORES CONCURRENTES	Violencia domest.	2				2
	antec. Pat. Fam. Ps	2				2
	Patología psiquiátrica	4				4
	Familiar alcohólico y VD		1			1
	Conflictos familiares			1		1
	Abuso sexual	1				1
	Sin datos	1			1	2

## ANEXO III



Montevideo, 15 de junio de 2015.

Licenciada Giselle Scheidegger Directora del Centro Auxiliar de Nueva Helvecia.

De mi mayor consideración.

Quien suscribe el Prof. Lic. Sandro Hernández de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, se presenta ante usted como tutor de la investigación Factores de Riesgo presentes en adolescentes con intento de autoeliminación en la zona oeste del departamento de Colonia. Quienes llevan adelante la ejecución de dicha investigación, estudiantes de la Licenciatura en Enfermería (Victoria Arocena, Vanesa Bentancor, Ana MariaLueiro, Carmen Lueiro), se encuentran abocadas a la recolección de datos habiendo sido aprobado el protocolo por la Facultad. A su vez, esta investigación, es un insumo para una línea de investigación que la facultad lleva adelante en el programa de formación de Doctorandos cuya formación se realiza en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Es por ello que le solicito la posibilidad de autorizar el estudio de la historias clínicas de adolescentes con diagnóstico de intento de autoeliminación que permita, junto a resultados de otras investigaciones que se han realizado y se están llevando a cabo en Florida, Rocha, Canelones, Durazno y Cerro Largo permitan la creación de un instrumento para medir el riesgo de suicidio en adolescentes uruguayos. Desde luego los datos se mantendrán de forma anónima y se cumplirá con los principios éticos que rige toda investigación científica. Agradezco de ya la posibilidad de contar con su autorización y quedo a su disposición por cualquier consulta. Le saluda cordialmente. Prof. Agdo. Esp. Sandro Hernández Tutor de Tesis Final de Investigación

Le saluda cordialmente. Prof. Agdo. Esp. Sandro Hernández Tutor de Tesis Final de Investigación

Montevideo, 15 de junio de 2015.

Dr. Fernando Uriarte Director del Centro Auxiliar de Juan Lacaze.

De mi mayor consideración.

Quien suscribe el Prof. Lic. Sandro Hernández de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, se presenta ante usted como tutor de la investigación Factores de Riesgo presentes en adolescentes con intento de autoeliminación en la zona oeste del departamento de Colonia. Quienes llevan adelante la ejecución de dicha investigación, estudiantes de la Licenciatura en Enfermería (Victoria Arocena, Vanesa Bentancor, Ana MariaLueiro, Carmen Lueiro), se encuentran abocadas a la recolección de datos habiendo sido aprobado el protocolo por la Facultad. A su vez, esta investigación, es un insumo para una línea de investigación que la facultad lleva adelante en el programa de formación de Doctorandos cuya formación se realiza en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Es por ello que le solicito la posibilidad de autorizar el estudio de la historias clínicas de adolescentes con diagnóstico de intento de autoeliminación que permita, junto a resultados de otras investigaciones que se han realizado y se están llevando a cabo en Florida, Rocha, Canelones, Durazno y Cerro Largo permitan la creación de un instrumento para medir el riesgo de suicidio en adolescentes uruguayos. Desde luego los datos se mantendrán de forma anónima y se cumplirá con los principios éticos que rige toda investigación científica. Agradezco de ya la posibilidad de contar con su autorización y quedo a su disposición por cualquier consulta. Le saluda cordialmente. Prof. Agdo. Esp. Sandro Hernández Tutor de Tesis Final de Investigación

Le saluda cordialmente. Prof. Agdo. Esp. Sandro Hernández Tutor de Tesis Final de Investigación

Montevideo, 15 de junio de 2015.

Dr. André Bled Director del Círculo Católico de Juan Lacaze.

De mi mayor consideración.

Quien suscribe el Prof. Lic. Sandro Hernández de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, se presenta ante usted como tutor de la investigación Factores de Riesgo presentes en adolescentes con intento de autoeliminación en la zona oeste del departamento de Colonia. Quienes llevan adelante la ejecución de dicha investigación, estudiantes de la Licenciatura en Enfermería (Victoria Arocena, Vanesa Bentancor, Ana MariaLueiro, Carmen Lueiro), se encuentran abocadas a la recolección de datos habiendo sido aprobado el protocolo por la Facultad. A su vez, esta investigación, es un insumo para una línea de investigación que la facultad lleva adelante en el programa de formación de Doctorandos cuya formación se realiza en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Es por ello que le solicito la posibilidad de autorizar el estudio de la historias clínicas de adolescentes con diagnóstico de intento de autoeliminación que permita, junto a resultados de otras investigaciones que se han realizado y se están llevando a cabo en Florida, Rocha, Canelones, Durazno y Cerro Largo permitan la creación de un instrumento para medir el riesgo de suicidio en adolescentes uruguayos. Desde luego los datos se mantendrán de forma anónima y se cumplirá con los principios éticos que rige toda investigación científica. Agradezco de ya la posibilidad de contar con su autorización y quedo a su disposición por cualquier consulta. Le saluda cordialmente. Prof. Agdo. Esp. Sandro Hernández Tutor de Tesis Final de Investigación

Le saluda cordialmente. Prof. Agdo. Esp. Sandro Hernández Tutor de Tesis Final de Investigación

Montevideo, 15 de junio de 2015.

Dr. Pablo Bartel Director del Centro Auxiliar de Rosario.

De mi mayor consideración.

Quien suscribe el Prof. Lic. Sandro Hernández de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, se presenta ante usted como tutor de la investigación Factores de Riesgo presentes en adolescentes con intento de autoeliminación en la zona oeste del departamento de Colonia. Quienes llevan adelante la ejecución de dicha investigación, estudiantes de la Licenciatura en Enfermería (Victoria Arocena, Vanesa Bentancor, Ana Maria Lueiro, Carmen Lueiro), se encuentran abocadas a la recolección de datos habiendo sido aprobado el protocolo por la Facultad. A su vez, esta investigación, es un insumo para una línea de investigación que la facultad lleva adelante en el programa de formación de Doctorandos cuya formación se realiza en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Es por ello que le solicito la posibilidad de autorizar el estudio de la historias clínicas de adolescentes con diagnóstico de intento de autoeliminación que permita, junto a resultados de otras investigaciones que se han realizado y se están llevando a cabo en Florida, Rocha, Canelones, Durazno y Cerro Largo permitan la creación de un instrumento para medir el riesgo de suicidio en adolescentes uruguayos. Desde luego los datos se mantendrán de forma anónima y se cumplirá con los principios éticos que rige toda investigación científica. Agradezco de ya la posibilidad de contar con su autorización y quedo a su disposición por cualquier consulta. Le saluda cordialmente. Prof. Agdo. Esp. Sandro Hernández Tutor de Tesis Final de Investigación

Le saluda cordialmente. Prof. Agdo. Esp. Sandro Hernández Tutor de Tesis Final de Investigación

Rosario, junio del 2015.

Dr. Ruben Orozco Director Técnico de CAMEC Presente:

En el marco de la realización de la tesis final para obtener el título de grado de la Licenciatura en Enfermería, los abajo firmantes, solicitamos el acceso a las Historias Clínicas de los adolescentes que realizaron intentos de autoeliminación, en el periodo comprendido de marzo del 2013 a marzo de 2014.

El objetivo de nuestro trabajo es conocer los factores de riesgo presentes en el intento de autoeliminación en adolescentes en la zona este del Departamento de Colonia.

La información que se maneje quedara comprendida dentro de lo estipulado en el marco regulatorio de los principios éticos de toda investigación con sujetos humanos; establecida en la Constitución de la Republica en su Artículo 44 y la Ley N° 9202 del 12 d2 enero del 1934.

Carta Orgánica de Salud Pública – Resolución del Poder Ejecutivo N° 610-005, (Interna N°68) del 11 de abril del 2005 y en el decreto N° 379-008 del 4 de agosto del 2008.

Sin otro particular, saludan a usted atte.

Br. Victoria Arocena

Br. Vanesa Bentancor

Br. Ana Maria Lueiro

Br .Carmen Lueiro

## ANEXO IV:

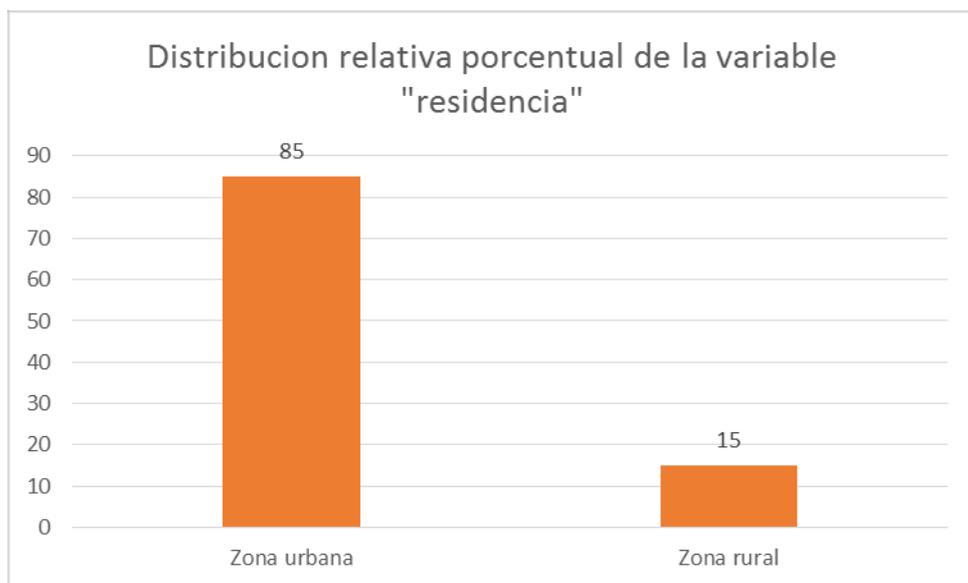
TABLAS Y GRAFICAS (LOS DATOS OBTENIDOS NO FUERON RELEVANTES PARA LA INVESTIGACION)

Distribución según residencia en adolescentes entre 10 y 19 años que consultaron por Intento de Autoeliminación en las emergencias de la zona este del departamento de Colonia durante el periodo comprendido entre marzo 2013 y marzo 2014

TABLA N°10 RESIDENCIA

RESIDENCIA	FA	FR%
Zona urbana	11	85
Zona rural	2	15
TOTAL	13	100

GRAFICA N°10 RESIDENCIA

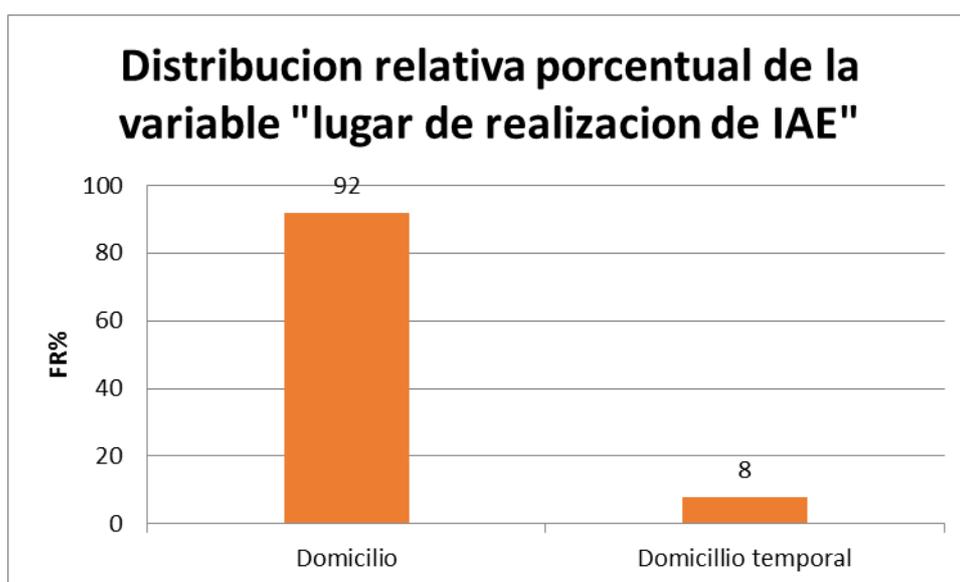


Distribución según lugar de realización del intento de autoeliminación en adolescentes entre 10 y 19 años que consultaron por Intento de Autoeliminación en las emergencias de la zona este del departamento de Colonia durante el periodo comprendido entre marzo 2013 y marzo 2014

TABLA N°11 LUGAR DE REALIZACIÓN DEL IAE

LUGAR DE REALIZACION DE IAE	FA	FR%
Domicilio	12	92
Domicilio temporal	1	8
TOTAL	13	100

GRAFICA N°11 LUGAR DE REALIZACIÓN DEL IAE



## ANEXO V:

### GUÍA DE PREVENCIÓN SUICIDA

La tarea de prevención de suicidio implica una amplia gama de actividades que van desde la educación de los niños, el trabajo familiar, el control ambiental de los factores de riesgo, las tareas educativas de la comunidad, hasta el tratamiento de las patologías psiquiátricas.

Importa reforzar los factores de protección y reducir los de riesgo.

Intervenciones frente a la conducta suicida:

- Tomar medidas para disminuir los riesgos.
- Generar un espacio de confiabilidad, de escucha, de continentación.
- No ser críticos frente a la situación.
- Reforzar los recursos de la persona, su potencial de vida.
- Garantizar la seguridad personal.
- Accesibilidad frente a otros medios, redes sanitarias, sociales, etc.
- Accesibilidad a planes terapéuticos y farmacológicos.
- Posibilidad de acceder a una internación.
  - Realizar contacto con familiar referente o sustituto.
- Crearle.
- Buscar respuestas alternativas.
- Ayudarlo a que exprese sus sentimientos.
- Apoyo, orientación e integración de la familia a la propuesta.
- Explorar el motivo de IAE.
- No emitir juicios de valor.
- Crear un entorno de confianza, seguridad y afecto.
- Hablarle en forma tranquila y pausada.
- Propiciar la comunicación de la persona en situación de riesgo con grupos de autoayuda.
- Seguimiento por un equipo técnico por un periodo no menor a 18 meses, buscando síntomas que indiquen la reincidencia.
- Agente comunitario: derivación a los recursos sanitarios existentes, promotores sociales y redes socio comunitarias.<sup>8</sup>

8

Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conducta suicida. MSP. Programa Nacional de Salud Mental. 2006.

ANEXO VI:

PRESUPUESTO

Recursos financieros: \$U15000

Transporte \$U 10000

Papelería \$U 1000

Impresiones \$U 2500

Llamadas telefónicas \$U 500

Conexión a Internet \$U 1000

Recursos Humanos: 4 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería.

Recursos Materiales:

De Uso: bibliografía, computadoras, impresora.

De Consumo: disco compacto, tinta de impresión, fotocopias, papelería.