



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA SALUD MENTAL**

FACTORES DE RIESGO DE INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN EN USUARIOS CON DEPRESIÓN QUE CONSULTAN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE UN CENTRO DEL INTERIOR DEL PAÍS

Autoras:

Victoria Acosta
Paola Bonilla
Ivonne Moreno
Jennifer Muniz
Patricia Pereyra

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

Tutores:

Prof. Agdo. Iris Dutra
Prof. Adj. María Baez

Rocha, 2015



Tabla de contenidos.

Introducción	6
Pregunta Problema	7
Objetivos: General y específicos	8
Justificación	9
Antecedentes	10
Marco teórico	11
Diseño metodológico	26
Resultados	31
Análisis	49
Conclusiones	53
Sugerencias	54
Referencias bibliográficas	55
Anexos	58



Glosario

CURE - Centro Universitario Regional Este.

IAE - Intento de Autoeliminación.

OMS - Organización Mundial de la Salud.

IMAO - Inhibidor de monoaminoxidasa



Resumen

La siguiente investigación fue realizada por cinco estudiantes de la Licenciatura de Enfermería Generación 2011 del CURE –Rocha de la Universidad de la República Oriental del Uruguay como trabajo final, siguiendo los lineamientos planteados por la Cátedra de Salud Mental de la Facultad de Enfermería.

Dicho trabajo se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, en el Departamento de Rocha en un Servicio de Emergencia de una Institución Pública en el periodo comprendido entre 1º de Enero de 2014 a 30 de Junio de 2015.

El problema de estudio fue conocer cuáles fueron los factores de riesgo que llevaron a realizar Intentos de Autoeliminación (IAE) a usuarios con depresión que fueron atendidos en el servicio de Emergencia de una Institución Pública Departamental.

El estudio realizado fue descriptivo de corte transversal, cuya población de estudio estuvo comprendida por usuarios de 20 a 64 años de edad que ingresaron al Servicio de Emergencia de dicha Institución.

En cuanto a la recolección de datos, se realizó mediante un instrumento elaborado por el equipo para tal fin, la fuente de información fueron las planillas de emergencias y las historias clínicas; para su análisis se utilizó el Programa Excel y los datos se presentaron en tablas y gráficos, realizando cruce de variables.

Como objetivo se determinó identificar qué factores de riesgo de IAE tienen los usuarios que padecen de diagnóstico de depresión y consultan en el servicio de emergencia de un centro público del interior del país.



Se destaca de los resultados de la investigación un predominio del sexo femenino de 71% sobre el masculino con un 29%, las franjas etarias con mayor porcentaje la presentaron los usuarios que se encuentran entre los 20 a 24 años y entre los 35 a 39 años de edad.

Un alto porcentaje de los usuarios vive con la familia y/o pareja. Más de la mitad de la población de estudio reside en la ciudad de Rocha. En lo referente a la distribución de la población según antecedentes de IAE el 39% no tuvo IAE previos, el 35% tuvo más de 2 IAE previos.

En relación a la distribución de la población según evento vital estresante con mayor índice encontramos conflicto familiar, seguido por duelo. La época del año con mayor incidencia fue el otoño seguido por el invierno.

En lo que respecta a los factores de protección hallamos que la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo.

Palabras claves: Intento de autoeliminación, Depresión, Salud Mental, Emergencia.



Introducción

El siguiente trabajo fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura de Enfermería Generación 2011 del CURE –Rocha de la Universidad de la República Oriental del Uruguay como trabajo final de investigación.

El mismo se llevó a cabo en la República Oriental del Uruguay, en el Departamento de Rocha en un Servicio de Emergencia de una Institución Pública, en el periodo comprendido entre 1º de Enero de 2014 a 30 de Junio de 2015.

Respecto a los aspectos preventivos de los IAE es de suma importancia entender que enfermería profesional es uno de los recursos calificados para el abordaje de los factores de riesgo en el contexto de integralidad del usuario. El enfermero integra en el mundo las unidades básicas regionalizadas en los programas de salud y su metodología de trabajo programada está orientada desde su formación a conocer las características de esa población como primer paso antes de definir cualquier intervención en ella.

Es así que en esta conjunción de la importancia del tema y la pertinencia en su realización para enfermería decidimos orientar nuestro trabajo de investigación a:
Conocer los factores de riesgo que llevaron a usuarios con depresión a efectuar IAE.

El contexto que seleccionamos para el estudio está basado en una zona considerada de alta incidencia de IAE según estudios realizados por el MSP de nuestro País.

Realizamos un estudio descriptivo de corte transversal con variables seleccionadas previamente, para cumplir con el objetivo planteado.



Pregunta problema

¿Cuáles fueron los factores de riesgo que llevaron a realizar IAE a usuarios con depresión que fueron atendidos en el servicio de Emergencia de una Institución Pública Departamental?



Objetivos.

-Objetivo general:

Identificar qué factores de riesgo de IAE tienen los usuarios que padecen de diagnóstico de depresión y consultan en el servicio de emergencia de un centro público del interior del país.

-Objetivos específicos:

- Caracterizar los factores de riesgo de IAE en la población seleccionada.
- Identificar la época del año con más alto índice de IAE.



Justificación

A partir de las líneas de investigación planteadas por la Cátedra de Salud Mental de la Facultad de Enfermería y la imperiosa demanda del mercado respecto a aportar soluciones a una realidad epidemiológica de nuestro País que se selecciona el tema ; Conocer los factores de riesgo que llevan a los usuarios a efectuar los IAE en un Servicio de Emergencia de una Institución Pública de referencia del Departamento.

Dado el impacto que se observa en nuestra sociedad y teniendo en cuenta la importancia de los aspectos preventivos que pueden preservar al individuo y familia de realizar un IAE es enfermería que es uno de los integrantes del equipo de salud tiene la formación general y específica para llevarlo adelante. Es que hacemos hincapié en que la formación integral del enfermero incorpore en su quehacer diario en el servicio de emergencias cuidados pertinentes a cada situación particular.



Antecedentes

En el estudio de investigación realizado por Alonso, Bogliolo, Gutiérrez, Landa y Zorrón (2008) titulada: Sucesos vitales estresantes identificados en usuarios que han realizado intento de autoeliminación, con una muestra de 34 usuarios de ambos sexos, entre los 15 y 65 años de edad internados en un Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional en el periodo de enero 2008, cuyo diagnóstico médico y/o motivo de ingreso fue IAE.

Este estudio aporta datos para identificar y conocer acerca de los sucesos vitales estresantes. [1]

La investigación realizada por Guerrero y Pérez (2014), titulada: Intervenciones psicodinámicas grupales de un año de duración con usuarios que presentaron intento de autoeliminación en un Centro de Salud. La selección muestral abarca a 10 usuarios de edades comprendidas entre 18 y 25 años de ambos sexos que presentaron IAE, en un servicio de salud. El estudio se realiza individualmente en tres tomas.

Ambos trabajos de investigación mencionados, se consideran como antecedentes debido a que contribuyeron a nuestro tema de estudio. [2]



Marco teórico

La OMS estima que ocurren en el mundo un millón de muertes por suicidio lo que representa aproximadamente una muerte cada 40 segundos.

A nivel mundial los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres, en lo que se refiere a los intentos de suicidio la OMS estima que por cada suicidio ocurren 20 intentos lo que supone que los mismos llegan a ser de 10 a 40 millones anualmente.

En los últimos 45 años las cifras de suicidio han aumentado en un 60% a nivel mundial. En Mayo de 2013, la 66ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer plan de acción sobre salud mental de la historia de la organización Mundial de la Salud (OMS).

El plan de acción insta a todos los Estados Miembros de la OMS a que demuestren su máximo compromiso con la salud mental alcanzando metas específicas. La prevención del suicidio forma parte integral de este plan de acción sobre salud mental y la meta es reducir un 10% para el 2020 la tasa de suicidio. [3]

Uruguay cuenta con una población total de 3.440.157, entre ellos 1.662.884 hombres y 1.777.273 mujeres, mientras que en el departamento de Rocha hay un total de 73.685 habitantes, siendo 36.487 hombres y 37.685 mujeres.

En Uruguay las cifras de suicidio también han ido en aumento, en 2013 hubo 545 suicidios, con una tasa de 15,8 mientras que en 2014 la cifra fue de 601 con una tasa de 17,4 cada 100.000 habitantes. [4]



En cuanto a los intentos de suicidio en 2013 hubo 1337 notificaciones mientras que en 2014 hubo 3395 notificaciones.¹

La ingestión de plaguicidas, el ahorcamiento y el uso de armas de fuego se encuentran entre los métodos más utilizados para el suicidio a nivel mundial. En Uruguay los dos últimos mencionados son los más frecuentemente utilizados.

Los departamentos con más alta tasa de suicidio son Lavalleja con una tasa de 34% cada 100.000 habitantes seguido por Rocha con una tasa de 28% cada 100.00 habitantes.

Los principales factores de riesgo para cometer suicidio son; enfermedades mentales sobre todo depresión, alcoholismo y esquizofrenia; intentos previos; enfermedades físicas sobre todo las crónicas, discapacidades, dolorosas e incurables. [5]

En el año 2010 se constituye en Uruguay El Plan Nacional de Prevención de Suicidio, es uno de los Planes Quinquenales Prioritarios del Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área de Promoción de la Salud y Prevención del Ministerio de Salud Pública. Dicho plan tiene como propósito: contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud mental de toda la población uruguaya a nivel país, teniendo en cuenta las particularidades territoriales; como meta las autoridades sanitarias proponen reducir la mortalidad por suicidio en un 10 % en un periodo 2011 - 2020. [6]

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. [7]

¹ Material extraído de la Jornada por video conferencia expuesta por el MSP el día 17 de Julio de 2015.



La etiología de la depresión se basa en hipótesis biológicas y psicosociales. Dentro de las hipótesis biológicas encontramos las neuroquímicas que se sustentan en la menor actividad de las aminas biológicas que son serotonina, noradrenalina y dopamina en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo; las neuroendocrinas que consisten en la hiperactividad del eje hipotálamo-hipofísico-suprarrenal lo que determina hipersecreción de cortisol. Se observa menor liberación de tirotrona y disminución de hormonas del crecimiento, folículo estimulante, luteinizante y testosterona. Tanto en la manía como en la depresión están disminuidas las funciones inmunes. La hipótesis genética se sustenta en que existen claras evidencias de un componente heredable en el desarrollo de la depresión, sin embargo no ha podido esclarecer la forma de transmisión y los genes responsables.

Las hipótesis psicosociales se basan en modelos, unos de ellos creado en 1970 por los autores Brown y Harris con datos extraídos de la comunidad que considera dos tipos de elementos: por una parte se definen los agentes provocadores es decir aquellos acontecimientos que implican amenaza grave durante largos periodos de tiempo o dificultades sociales persistentes, y por otro lado los factores de vulnerabilidad, que hacen referencia a las características sociales y personales que aumentan la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno del humor en presencia de un agente provocador como pérdida de la madre antes de los once años, ausencia de un confidente con el que compartir preocupaciones, desempleo. Otra teoría propuesta, la de Barnett y Guttueb, distingue entre antecedentes concomitantes y consecuencias de la depresión. Estos autores incluyen estilos de atribución, actitudes disfuncionales, personalidad, apoyo social, distress, derivado de las relaciones de pareja y estilos de afrontamiento. En su trabajo concluyen que los factores antecedentes mas los implicados en la



depresión son el distress provocado por las relaciones de pareja y una pobre integración social , y las consecuencias más claras la introversión y la dependencia interpersonal.

Cada vez se diagnostican y se tratan mejor las depresiones y sin embargo crece su importancia como problema de salud pública. Es necesario involucrar a los médicos de atención primaria con otros profesionales sanitarios y con enfermos y familias en el manejo de la depresión. Por otra parte el peso económico de la depresión es muy alto. En España el estudio sobre el costo de las enfermedades mentales proporciona cifras muy elevadas con un costo anual de 125.000 millones de pesetas, siendo el costo indirecto(61% mortalidad e incapacidad laboral) mayor que el directo(consultas, hospitalización, medios diagnósticos y farmacia)

En el síndrome depresivo, la tristeza, la pérdida de interés o satisfacción son los síntomas claves del cuadro. Junto a estos pueden aparecer otras alteraciones que incluimos en las siguientes categorías: síntomas emocionales, que incluyen sentimientos de desesperanza, vacío, pesimismo e irritabilidad; alteraciones cognitivas en las que el pensamiento se encuentra enlentecido (bradipsiquia) , y en cuanto al contenido pueden aparecer pensamientos negativos de minusvalía, inferioridad, baja autoestima ,culpa , indecisión, incapacidad para desempeñar actividades habituales, imposibilidad de realizar proyectos a futuro. Las ideas de muerte o ideas suicidas están presentes en dos tercios de los pacientes con depresión. Otras alteraciones observadas son dificultades en la atención y concentración que pueden acompañarse de deterioro de memoria.

Los síntomas volitivos incluyen apatía, abulia, pérdida de motivación y falta de decisión. Las alteraciones en la conducta incluyen enlentecimiento psicomotriz (en algunas ocasiones agitación) , dificultad para finalizar tareas o abandono de las mismas ,



tendencia al encamamiento (clinofilia) , conducta suicida. En las alteraciones somáticas son característicos el exceso de sueño (hipersomnia) o falta del mismo (insomnio), alteraciones del apetito, que corresponden a una disminución del mismo y pérdida de peso, astenia, estreñimiento, y disminución de deseo sexual.

La depresión con síntomas sicóticos presentan entre sus manifestaciones clínicas alucinaciones y delirios. Las ideas delirantes son congruentes con el estado de ánimo y su contenido es de ruina, culpa o enfermedad (hipocondriaco). Un cuadro especialmente grave y llamativo es el síndrome de Cotard, máximo exponente de delirio hipocondriaco que consiste en un delirio de negación en el cual el paciente tiene la creencia de que está muerto, de que no existe.

La depresión con síntomas atípicos incluye hipersomnia, hiperfagia. Estos pacientes presentan con más frecuencia ansiedad y síntomas fóbicos.

En la depresión con síntomas melancólicos predomina la anhedonia, la falta de reactividad ante estímulos agradables, la pérdida de peso, el enlentecimiento sicomotriz, y el insomnio de despertar precoz. La depresión con síntomas catatónicos es un cuadro que reviste gravedad y que se caracteriza por estupor, retraimiento externo, afecto embotado, negativismo y retardo sicomotriz marcado.

Otro tipo de depresión es con patrón estacional y se presenta en pacientes que de manera estable recaen o empeoran en otoño e invierno (menos luz solar) y mejoran en primavera. La depresión en poblaciones especiales se presenta en la edades extremas de la vida (tanto en niños y adolescentes como en los ancianos) y tiene una manera diferente de manifestarse. En niños y adolescentes se manifiesta a través de alteraciones de conducta, fracaso escolar, abuso de sustancias. En los ancianos destaca la frecuente



presencia de quejas somáticas y síntomas cognitivos que en ocasiones emulan a los síntomas de una demencia.

Los equivalentes depresivos son cuadros clínicos en los que la tristeza aparece en un segundo plano o no está presente y sin embargo los pacientes manifiestan su depresión a través de síntomas somáticos como algias, parestesias, cefaleas, trastornos gastrointestinales y trastornos neurológicos.

El episodio depresivo está caracterizado por la presencia durante al menos dos semanas de cinco síntomas de características depresivas, siendo al menos uno de ellos un síntoma clave (estado de ánimo deprimido). Este cuadro supone un cambio respecto a la actividad previa del individuo. También excluye que los síntomas sean consecuencia fisiológica directa del consumo de sustancias o de una enfermedad médica. Según la gravedad del mismo podemos clasificarlos en episodio depresivo leve, moderado o grave con o sin síntomas psicóticos. También se clasifican en episodio depresivo con síntomas psicóticos, atípicos, melancólicos, catatónicos o con patrón estacional.

La depresión se encuentra presente en trastornos bipolar (psicosis maniaca depresiva), adaptativo(aparece tras suceso vital estresante y puede tener ansiedad), depresivo recurrente y trastorno esquizoafectivo.

Existen enfermedades médicas relacionadas con el síndrome depresivo que son neurológicas (Alzheimer, Parkinson), metabólicas (diabetes), cardiovasculares.

Infecciosas (Sida), oncológicas. Además están las sustancias que pueden desencadenar depresión como son fármacos que actúan en sistema cardiovascular, anticonceptivos, abstinencia a cocaína, alcohol, neurolepticos y anticolinérgicos.



El diagnóstico se realiza a través de una adecuada entrevista clínica y exploración psicopatológica investigando las áreas de manifestaciones clínicas generales, ahondar en una exploración detallada de la presencia de posibles síntomas sicóticos, trastornos de conducta o ideas de muerte. Además se tendrán en cuenta factores personales, familiares y sociales que puedan servir de contención al paciente. De igual forma se recogen posibles enfermedades médicas relacionadas, consumo de sustancias y situaciones sicosociales que pudieron actuar como desencadenante del episodio.

El tratamiento integral de los trastornos del estado de ánimo comprende aspectos farmacológicos como psicosociales. La primera cuestión es el abordaje en el momento de la exploración del paciente que puede ser ambulatoria o es necesario el ingreso. Este último se reserva para casos graves o como protección al paciente ante riesgo autolítico o condiciones que pueda suponer riesgo para el paciente o terceros.

El tratamiento farmacológico se fundamenta en cuatro pilares: antidepresivos (principal herramienta terapéutica), ansiolíticos (aquellos casos acompañados de síntoma ansioso), hipnóticos (trastornos del sueño) y antipsicóticos (síntomatología delirante o alucinatoria).

Los antidepresivos se dividen en tres grupos: tricíclicos y heterocíclicos (aminotriptilina, clomipromacina, imipramina), los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina y citalopram) y los antidepresivos de la monoaminoxidasa (IMAO). La elección de uno de ellos se realizara en función del perfil del estado del paciente y efectos secundarios. Los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos son sequedad de boca, estreñimiento, hipotensión ortostática, retención urinaria, alteración cardiovascular, aumento de peso,



disminución del umbral anticonvulsivante. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina en general son mejor tolerados que los anteriores y sus efectos secundarios más comunes son molestias gastrointestinales, ansiedad, insomnio, temblor. Los antidepresivos IMAO activan la metabolización de catecolemias en el espacio sináptico. Estos fármacos entre los cuales se destacan la tranilcipromina y la fenelcina están en desuso dado su complicado manejo y toxicidad, ya que requieren entre otras cosas dieta libre de alimentos con tiramina puesto que su interacción puede provocar crisis hipertensiva grave.

Todos los antidepresivos tienen en común un tiempo de latencia de respuesta terapéutica de dos a tres semanas y se recomienda su mantenimiento tras la remisión del episodio por un periodo no menor a seis meses.

El tratamiento de los episodios maniacos consiste en el empleo de fármacos neurolepticos y ansiolíticos en un intento de controlar la expansividad, inquietud, aceleración del pensamiento, irritabilidad y síntomas psicóticos si los hubiera. Además del tratamiento correspondiente al tipo de episodio que nos ocupe (depresivo o maniaco) existe otra familia de fármacos estabilizadores del estado de ánimo que van a ser de utilidad para potenciar el efecto de tratamiento de base , así como para la prevención de efectos posteriores. Entre ellos se encuentra el litio y antiepilépticos como la carbamacepina y el ácido valproico. El litio es posiblemente el de uso más difundido , sin embargo requiere de una adecuada y estrecha complementación y supervisión . la dosis del mismo se debe ajustar con arreglo a determinados valores de litio en sangre (0,6 y 1,2 meq/m) y por ello exigirá análisis continuos ya que litemias bajas no habrá efecto terapéutico y con litemias altas aparece intoxicación, los efectos



secundarios son temblor, aumento de apetito, aumento de peso, diabetes, hipotiroidismo.

Otra herramienta con la que se cuenta para el abordaje de estos trastornos es el tratamiento psicológico. Existen diferentes tipos de psicoterapias en lo referente a su orientación como en su función. Según su función se clasifican en psicoterapias de apoyo (casos leves) y psicoterapias elaboradas.

Estudios realizados (Luborsky 1975) sugieren que el uso combinado del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico es el que proporciona mejores resultados. [8]

El intento de autoeliminación es 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 el contexto de crisis; la cual se define como una perturbación psicológica 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.

Existen factores de riesgo que favorecen la precipitación de un acto suicida en personas vulnerables, entre los cuales se encuentran la inadecuada continencia familiar para la depresión en curso; la vulnerabilidad genética del modelo de comportamientos depresivos e indefensos; las frustraciones constantes por las separaciones, abandonos



psicológicos y rechazos; violencia, maltrato y/o abuso; aspectos inconscientes, coeficiente intelectual, ciertos cambios fisiológicos. Las conductas auto agresivas: potencialmente suicidas, la manipulación de armas; los accidentes reiterados; la alta velocidad.

Se consideran factores de alto riesgo estar solo en el momento del acto, ideación previa con planificación, ocultar el hecho, psicopatología grave previa y/o familiar, escaso control de impulsos, desesperanza y desamparo, sobreprotección excesiva, que lleva a baja tolerancia a las frustraciones.

Dentro de los factores encontramos factores precipitantes o de riesgo como ruptura afectiva con personas significativas, problemas interpersonales y dificultades financieras; factores familiares como hogares desmembrados, fallecimiento de un progenitor, violencia y maltrato familiar, adicciones en el hogar, falta de disponibilidad afectiva hacia los hijos, abandono, desempleo, presencia de enfermedades psiquiátricas, antecedentes de suicidio, no escolarización, pobre integración social y falta de grupos de sostén comunitario.

También encontramos factores de protección como apoyo a la familia y ésta al usuario; en su defecto redes de apoyo sustitutas: amigos, compañeros de trabajo, líderes, comunidad, referentes de las instituciones que trabajan en el tema y su línea telefónica, estimular una vida social satisfactoria, promover la integración social a través del trabajo y el uso saludable del tiempo libre, facilitar la integración a los programas de escolarización existentes y/o actividades que promuevan ocupación de los jóvenes, contar con satisfacción de necesidades básicas, facilitar acceso a servicios de asistencia que trabajen en la temática, promover la participación activa de las redes sanitarias y la comunidad organizada.



Hay ciertas manifestaciones verbales y no verbales por parte del sujeto llamadas pródromos que nos alertan acerca de la posibilidad de autoeliminación.

En las señales verbales la persona manifiesta las ideas de muerte de manera directa o indirecta, a través de frases como las siguientes: "Estarían mejor sin mí", "En esta casa estoy de más", "La vida no vale la pena", "Si esto... sigue así me mato", "Quisiera dormirme y no despertar", "Voy a matarme", "Cuando ya no esté se van a arrepentir", "Fulano hizo bien en matarse, la tenía clara".

Y en la comunicación no verbal pueden aparecer auto mutilaciones, bajar el rendimiento escolar, regalar cosas significativas sin motivo, abandono de actividades que antes disfrutaba, aislamiento y abandono personal.

Hay diversos signos - señales alerta biológico como trastornos metabólicos y factores genéticos, enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, crisis vital: Adolescencia, enfermedades terminales, trastornos psiquiátricos, de personalidad y deterioro cognitivo. [9]

Emergencia es una situación imprevista, aguda que requiere atención técnica inmediata.

La atención de estos usuarios se realiza bajo un contexto de crisis; entendiendo por tal las perturbaciones psicológicas agudas de duración variable, que resultan de un riesgo, circunstancia de peligro, amenaza de pérdida repentina o fuertes presiones sociales.

El usuario al no poder resolver un problema entra en crisis, pierde el equilibrio, reaccionando de distintas maneras.

Las crisis accidentales denotan un componente intempestivo, donde el tiempo no permite que estos puedan reacomodar rápidamente sus mecanismos de defensa sanos, pudiéndose transformar en una situación patológica.



Estas emergencias emocionales pueden producirse en cualquier momento y para abordarlas es necesario una intervención en crisis.

La intervención en crisis se define como "Un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida) se incremente".

Karl A.Slaikou - 1993 [10]

La emergencia emocional se define como "Cuadros que involucran la dimensión afectiva de las personas, relacionados a situaciones psicosociales, presentando diferente sintomatología, en forma de crisis emocionales".

Díaz A, Garay M, Tuzzo R, 2004. [11]

Las emergencias emocionales se presentan en policlínicas, centros de salud, instituciones educativas, instituciones laborales, instituciones sociales y en la vida cotidiana. Las más frecuentes son angustia, depresión, intentos de autoeliminación, violencia familiar, abuso sexual, maltrato infantil y adicciones.

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por fuerte decaimiento del estado de ánimo que, en el ámbito afectivo, se expresa mediante tristeza profunda, vacío existencial, auto culpa y soledad, en tanto que en el mental ocasiona ofuscación, pesimismo, inseguridad y baja autoestima.

Las causas son alteraciones en las sustancias cerebrales serotonina (regula el estado de ánimo) y dopamina (satisfacción y placer), sus niveles se encuentran disminuidos;



antecedentes familiares; estrés excesivo; problemas en el hogar, lugar de estudio o trabajo; maltrato, abuso; conflictos en la relación de pareja o divorcio; pérdida de un ser querido; consumo de bebidas alcohólicas y/o sustancias; cirugías; enfermedades graves como cáncer, diabetes, SIDA; trastornos hormonales; administración de algunos fármacos; depresión puerperal; abuso sexual; ciertas estaciones del año como ser otoño e invierno.

Esta situación demandará en el personal de enfermería una actitud de autocontrol, tolerancia, comprensión, apoyo y mucha calma, lo que contribuirá a tranquilizar al usuario y familia. El licenciado de Enfermería dispone de una herramienta para llevar a cabo los cuidados de enfermería: el Proceso de Atención de Enfermería. Este nos permitirá realizar la valoración de la situación y establecer los diagnósticos pertinentes priorizando los problemas y planificar los cuidados, junto al resto del equipo. Identificar los problemas reales y potenciales: Biológicos, Psicológicos y Socio culturales.

Los objetivos del Proceso de Atención de Enfermería serán: Asegurar un cuidado de enfermería integral, que preserve su vida, asegure su confort y privacidad, respetando su individualidad y promuevan su pronta recuperación con el menor daño posible; establecer un vínculo empático con el usuario y familia, creando un ambiente terapéutico que facilite su recuperación.

Para ello desde el punto de vista psico socio cultural desarrollara habilidades interpersonales las cuáles le permitirán: Conocer que piensa y siente el usuario y familia sobre su situación; identificar los aspectos que demandarán la atención de enfermería y aquellos otros que requerirán la de otros profesionales y/o técnicos del equipo de salud; crear un ambiente terapéutico para alcanzar los resultados esperados.



Para esto debemos desarrollar capacidad y habilidad para: Comunicación verbal y no verbal; observación y escucha; crear un clima de confianza con el usuario y su familia para que puedan expresar sus preocupaciones, inquietudes y sentimientos que le generan angustia; sentido común, flexibilidad y capacidad creadora que nos permitirán tomar la distancia óptima para poder llevar a cabo los cuidados necesarios; identificar los factores de riesgo y de protección que están presentes en la familia.

En relación con el usuario la primera impresión es fundamental: la visión que percibimos del usuario, como se nos presenta, que dice, como lo dice, el tono de la voz, lo gestual y su apariencia. Esta primera impresión adquiere con frecuencia capital importancia para el diagnóstico posterior. Existen distintas visiones de la situación, compartirlas con los compañeros del equipo nos ayuda a discriminar las situaciones. Es importante poder tomar una determinada distancia, sin dejar de comprometernos con la situación, sin tomar partido por una u otra persona, tratando de buscar culpables. Evitar los comentarios que puedan ser parte de nuestros prejuicios o que provengan de nuestra propia historia.

Enfermería y el equipo de salud debe tener la capacidad de ponerse en el lugar del otro para poder comprender la situación y abordarla con objetividad, lo cual no es fácil.

Los Licenciados en Enfermería pueden realizar acciones de prevención y protección en Salud Mental al: Contener al usuario y a la familia; brindar un espacio de escucha; mantener una actitud calmada; proporcionar privacidad a la familia; estar atentos a situaciones de desborde que puedan producirse; ser el nexo con el equipo de salud; informar a la familia sobre sus derechos, deberes, rutinas y normas del servicio; informar sobre los servicios del hospital, conectarlos con servicios de apoyo; preservar el secreto profesional; brindar información según demandas; coordinar con otros



profesionales y registrar en la historia clínica todos aquellos aspectos que nos parezcan relevantes de manera objetiva y detallada. [12]



Diseño metodológico.

Tipo de estudio: Descriptivo de corte transversal.

Universo: Todos los pacientes que ingresan al Servicio de Emergencia con IAE en el contexto depresivo.

Población: Usuarios de 20 a 64 años de edad cuyo registro se encuentra en las historias clínicas que hayan ingresado en el Servicio de Emergencia de un Centro Público del Interior del País con diagnóstico médico previo de depresión en el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2014 al 30 de Junio de 2015.

Muestra: N = 66 registros de usuarios con IAE con diagnóstico de depresión que consultan en Emergencia.

Instrumento: El equipo investigador formuló un instrumento para recabar datos de las historias clínicas de la institución. Dicho instrumento de medición fue un cuestionario que constaba de 18 ítems para medir determinadas variables como sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, núcleo familiar, lugar de residencia, situación laboral, antecedentes personales, adicción a drogas, antecedentes de IAE, antecedentes familiares de suicidio, evento vital estresante, paciente en tratamiento, tipo de tratamiento que recibe, continuidad del tratamiento, abandono del tratamiento, época del año y factores de protección.

Plan de análisis: Medidas de tendencia central, Moda, Media, Mediana.

Control Ético: Se tomaron en cuenta todos los aspectos éticos en el proceso de investigación. Se enviaron cartas solicitando autorización a los respectivos directivos.



Se recabo información en el Sector de Archivos con revisión de planillas diarias de Servicio de Emergencia, seleccionando diagnósticos de IAE de la población de estudio y luego se utilizaron las historias clínicas.



DEFINICION DE VARIABLES , ESCALAS Y CATEGORIAS

Variable	Definición	Clasificación	Categorías
Sexo	Clasificación de los hombres y las mujeres, teniendo en cuenta características sexuales primarias.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Edad	Números de años de vida que tiene un individuo.	Cuantitativa continua	[20-24] [25-29] [30-34] [35-39] [40-44] [45-49] [50-54] [55-59] [60-64]
Estado civil	Situación legal del individuo frente al registro civil.	Cualitativa nominal	-Soltero -Casado -Unión libre -Divorciado -Viudo
Nivel de instrucción	Nivel educativo más alto logrado.	Cualitativa ordinal	-Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Terciaria incompleta -Terciaria completa
Núcleo familiar	Número de personas que viven bajo el mismo techo, tengan o no lazos consanguíneos.	Cualitativa nominal	Familia/pareja Amigo/compañero Institución Solo
Lugar de residencia	Punto geográfico en la cual reside el individuo.	Cualitativa nominal	-Rocha -Castillos -La Paloma -Chuy -Lascano -Otros



Situación laboral	Toda aquella actividad que realiza el individuo de origen manual y/o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica.	Cualitativa nominal	-Ocupado -Desocupado -Pensionista -Jubilado
Antecedentes personales	Diferentes patologías, modo de vida y características del individuo.	Cualitativa nominal	-Enfermedades psiquiátricas -Enfermedades crónicas -Otros
Adicciones	Tipos de sustancias consumidas que generan una relación de dependencia entre el individuo y estas.	Cualitativa nominal	-Alcohol -Pasta base -Cocaína -Marihuana -Otros.(especificar)
Antecedentes de IAE	Existencia o no de IAE previos	Cuantitativa discreta	-No tuvo - 1 -2 - Más de 2
Antecedentes familiares de suicidio	Existencia o no de antecedentes familiares de suicidio.	Cualitativa nominal	-Si -No
Evento vital estresante	Situaciones personales que generan agobio y/ o angustia	Cualitativa nominal	-Duelo -Pérdida de familiar -Pérdida de empleo -Conflictos legales -Pérdida de vivienda -Otros
Paciente en tratamiento.	Existencia o no de tratamiento.	Cualitativa nominal	-Sí. -No
Tipo de tratamiento que recibe.	Tipo de tratamiento que recibe el usuario.	Cualitativa nominal	-Farmacológico. -Psicoterapia. -Terapia electroconvulsiva.
Continuidad del tratamiento.	Existencia o no de continuidad en el tratamiento.	Cualitativa nominal	-Sí. -No.



Abandono del tratamiento.		Cualitativa nominal	-Sí. -No.
Época del año	Períodos del año en los que las condiciones climáticas se mantienen en determinada región por un período de tiempo	Cualitativa nominal	-Verano -Otoño -Invierno -Primavera
Factores de protección	Presencia de situaciones contextuales o personales que al estar presentes reducen la posibilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud.	Cualitativa nominal	-Amigos -Familia -Compañeros de trabajo -Otros

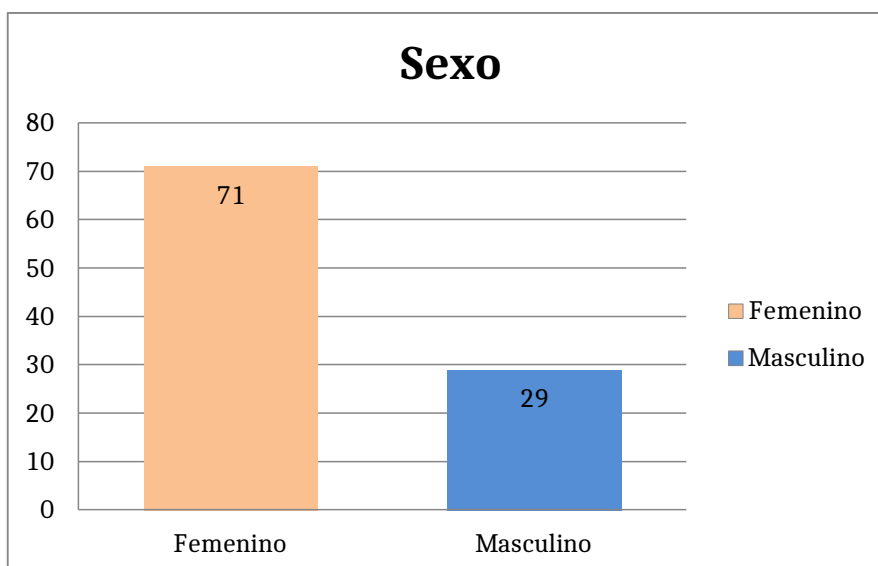


Tabla N°1- Distribución de la población según sexo.
Rocha 2016

Sexo	FA	FR	FR%
Femenino	47	0,71	71
Masculino	19	0,29	29
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias clínicas

Grafico N 1: Distribución de la población según sexo.



El sexo Femenino es el que se encuentra en mayor numero representando un 71% del total de la población.



Tabla N°2- Distribución de la población según edad.
Rocha 2016.

Edad	CI	FA	FAA	FR	FR%	FRA %
[20-24]	22	15	15	0,23	23	23
[25-29]	27	6	21	0,09	9	32
[30-34]	32	7	28	0,11	11	42
[35-39]	37	15	43	0,23	23	65
[40-44]	42	8	51	0,12	12	77
[45-49]	47	8	59	0,12	12	89
[50-54]	52	4	63	0,06	6	95
[55-59]	57	2	65	0,03	3	98
[60-64]	62	1	66	0,02	2	100
TOTAL		66		1	100	

Fuente: Historias clínicas.

Medidas de tendencia central.

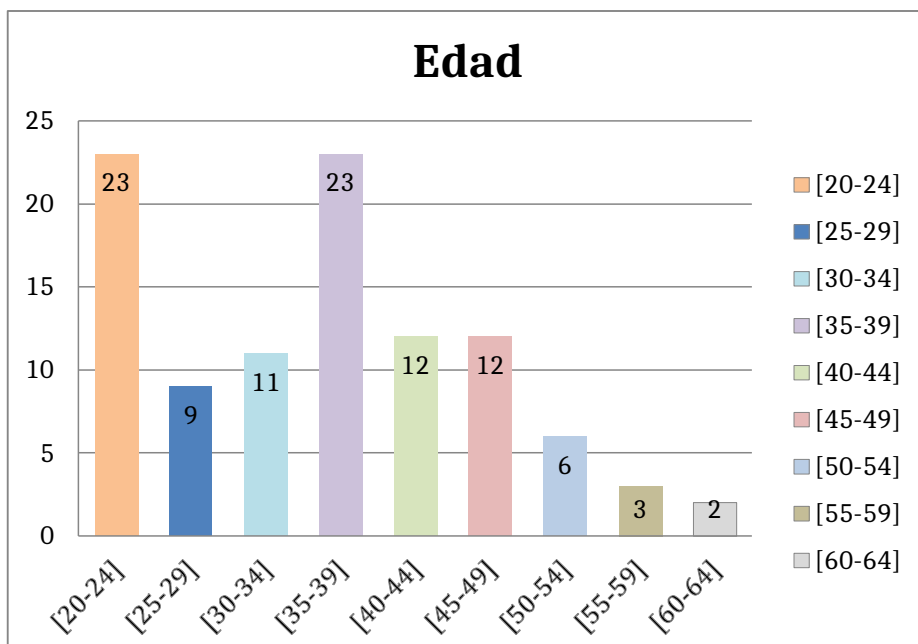
Moda: Intervalo bimodal= [20-24]; [35-39]

Media: $X = \frac{2367}{66} = 35,86$

Mediana: $Me = 35 + \frac{(66/2 - 28) \cdot 5}{15} = 36,67$



Grafico N°2: Distribución de la población según Edad.



El grupo etario de 20 a 24 años y el de 35 a 39 años son los que se encuentran en mayor porcentaje, representando cada uno de ellos un 23% del total de la población.

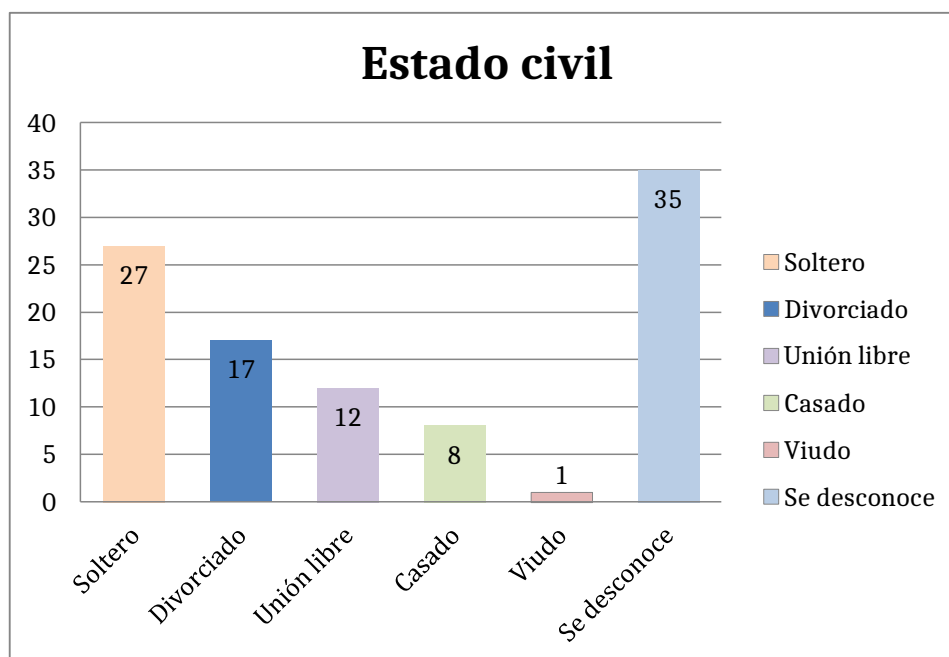


Tabla N°3- Distribución de la población según estado civil.
Rocha 2016

Estado civil	FA	FR	FR%
Soltero	18	0,27	27
Divorciado	11	0,17	17
Unión libre	8	0,12	12
Casado	5	0,08	8
Viudo	1	0,02	2
Se desconoce	23	0,35	35
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias clínicas.

Grafico N°3: Distribución de la población según estado civil.



Del total de la población el 35% se desconoce su estado civil, seguido con un 27% de solteros.

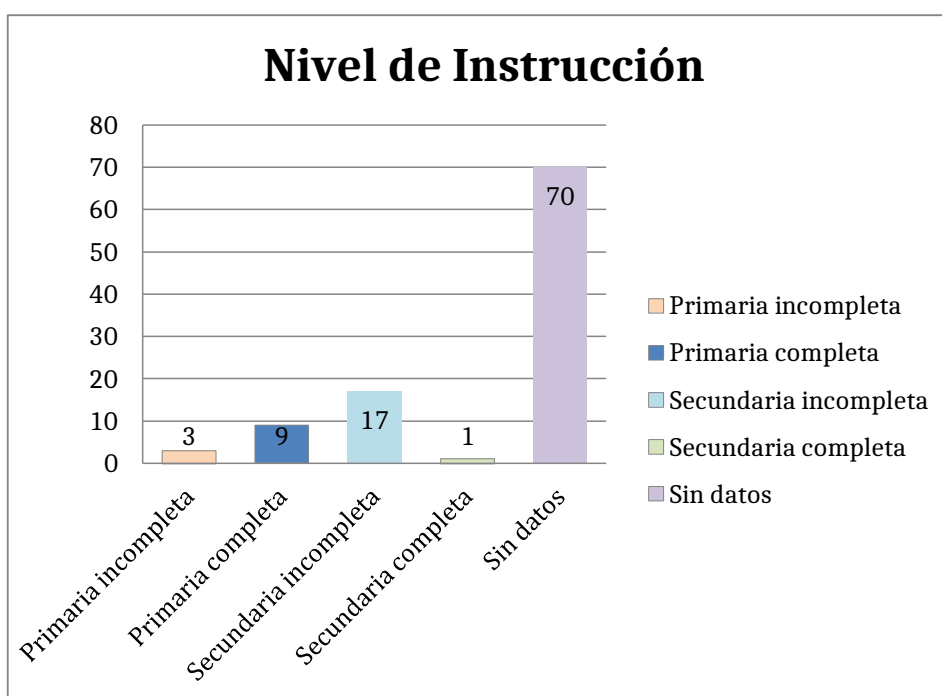


Tabla N° 4- Distribución de la población según Nivel de Instrucción.
Rocha 2016.

Nivel de instrucción	FA	FR	FR%
Primaria incompleta	2	0,03	3
Primaria completa	6	0,09	9
Secundaria incompleta	11	0,17	17
Secundaria completa	1	0,02	1
Terciaria incompleta	0	0	0
Terciaria completa	0	0	0
Sin datos	46	0,70	70
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias clínicas.

Grafico N°4: Distribución de la población según nivel de Instrucción.



Del total de la población un 70% se desconoce su nivel de instrucción.

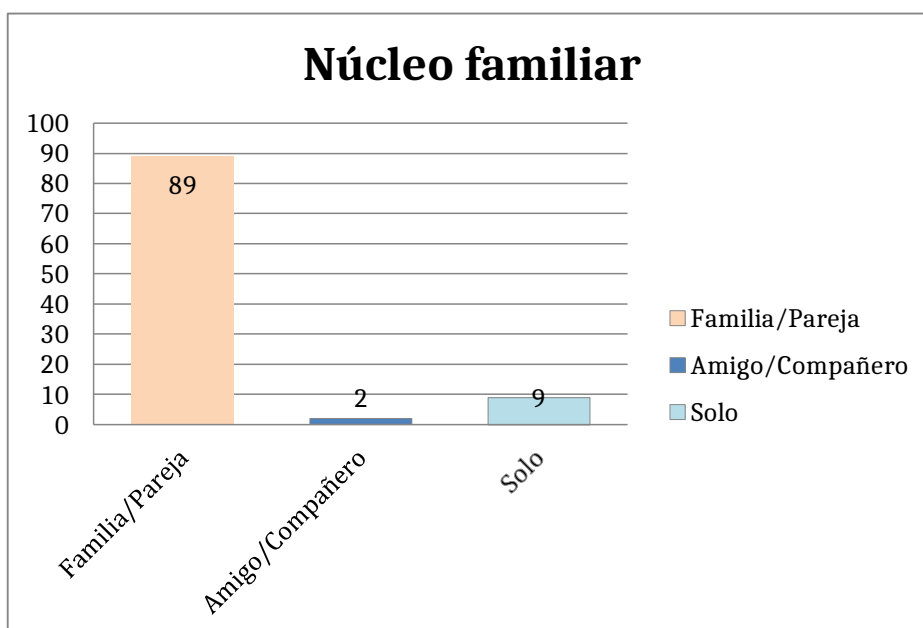


Tabla N°5- Distribución de la población según núcleo familiar.
Rocha 2016.

Núcleo familiar	FA	FR	FR%
Familia/Pareja	59	0,89	89
Amigo/Compañero	1	0,02	2
Institución	0	0	0
Solo	6	0,09	9
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias clínicas.

Grafico N°5: Distribución de la población según núcleo familiar.



El 89% del total de la población vive con su familia y/o pareja.

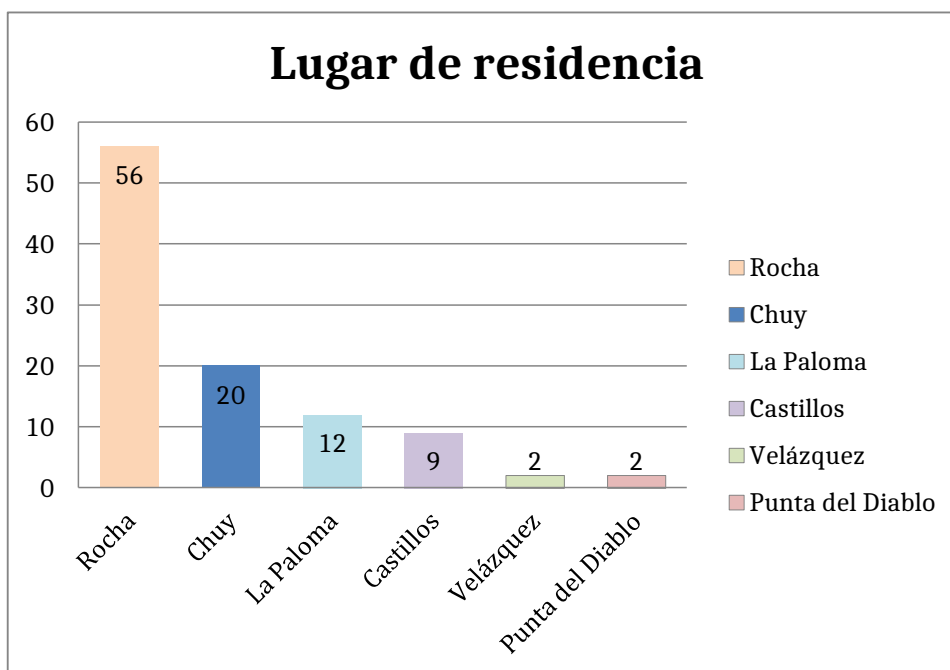


Tabla N°6- Distribución de la población según lugar de residencia.
Rocha 2016.

Lugar de residencia	FA	FR	FR%
Rocha	37	0,56	56
Chuy	13	0,20	20
La Paloma	8	0,12	12
Castillos	6	0,09	9
Velázquez	1	0,02	2
Punta del Diablo	1	0,02	2
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias clínicas.

Grafico N°6: Distribución de la población según lugar de residencia



El 56% del total de la población vive en la ciudad de Rocha.

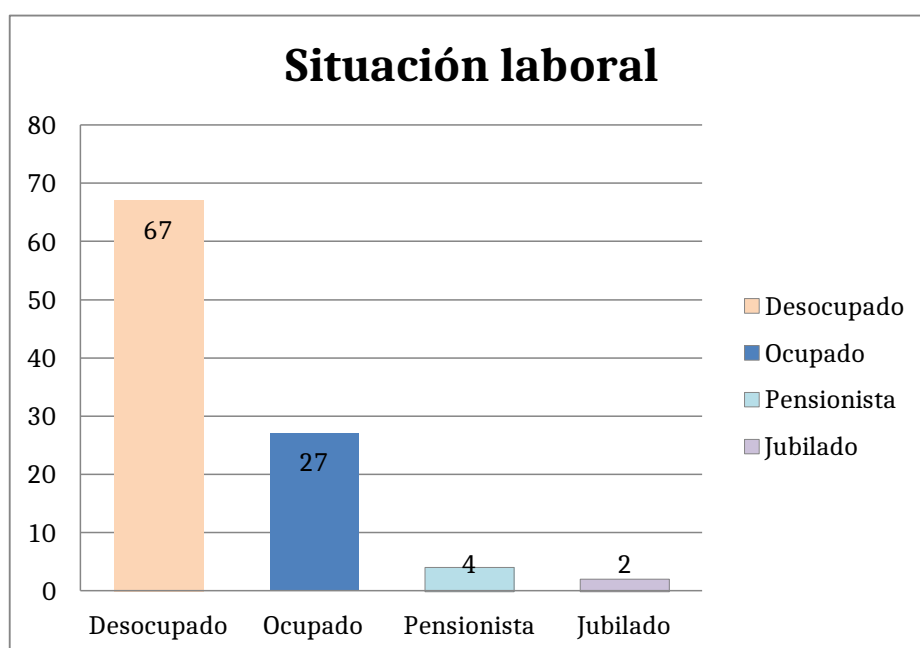


Tabla N°7- Distribución de la población según situación laboral.
Rocha 2016.

Situación laboral	FA	FR	FR%
Desocupado	44	0,67	67
Ocupado	18	0,27	27
Pensionista	3	0,05	4
Jubilado	1	0,02	2
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N°7: Distribución de la población según situación laboral.



El 67% de la población total se encuentra desocupada.

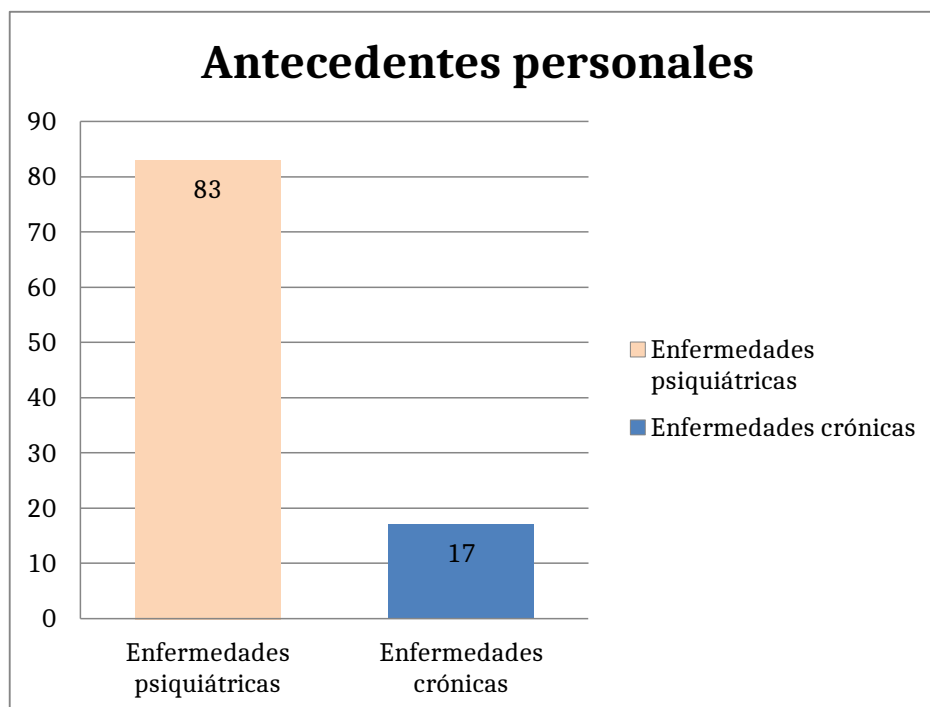


Tabla N°8- Distribución de la población según antecedentes personales.
Rocha 2016.

Antecedentes personales	FA	FR	FR%
Enfermedades psiquiátricas	66	0,83	83
Enfermedades crónicas	14	0,18	17
TOTAL	80	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N°8: Distribución de la población según antecedentes personales.



Del total de la población el 83% presenta antecedentes personales de otras enfermedades psiquiátricas.

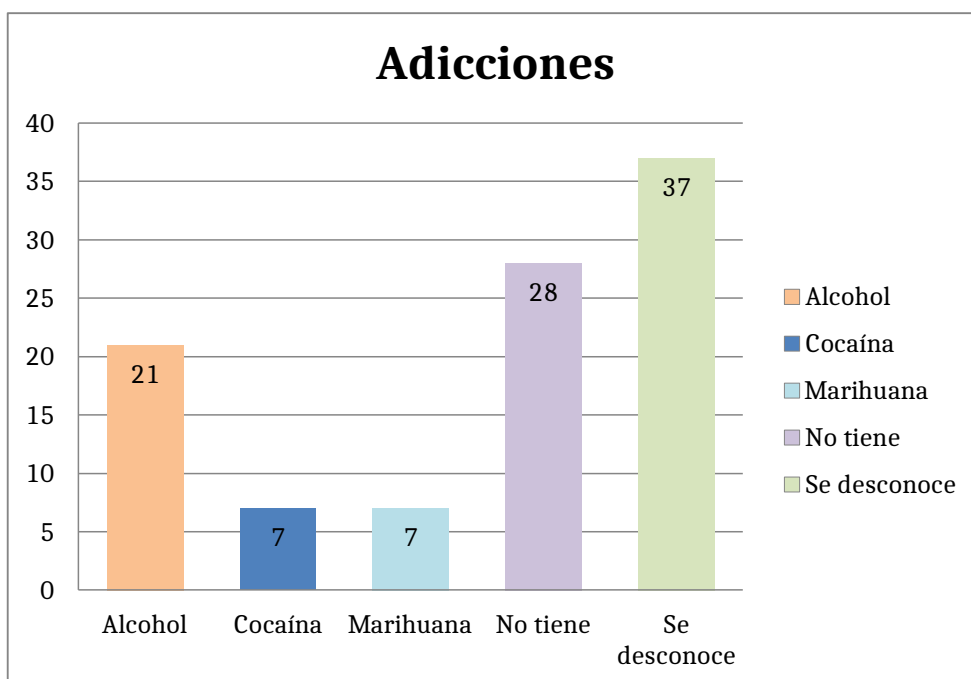


Tabla N°9- Distribución de la población según adicciones.
Rocha 2016.

Adicción a drogas	FA	FR	FR%
Alcohol	14	0,21	21
Cocaína	5	0,07	7
Marihuana	5	0,07	7
Pasta base	0	0	0
No tiene	19	0,28	28
Se desconoce	25	0,37	37
TOTAL	68	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N°9:Distribucion de la población según adicciones.



Del total de la población el 37% se desconoce adicciones y el 28% no tiene adicciones.

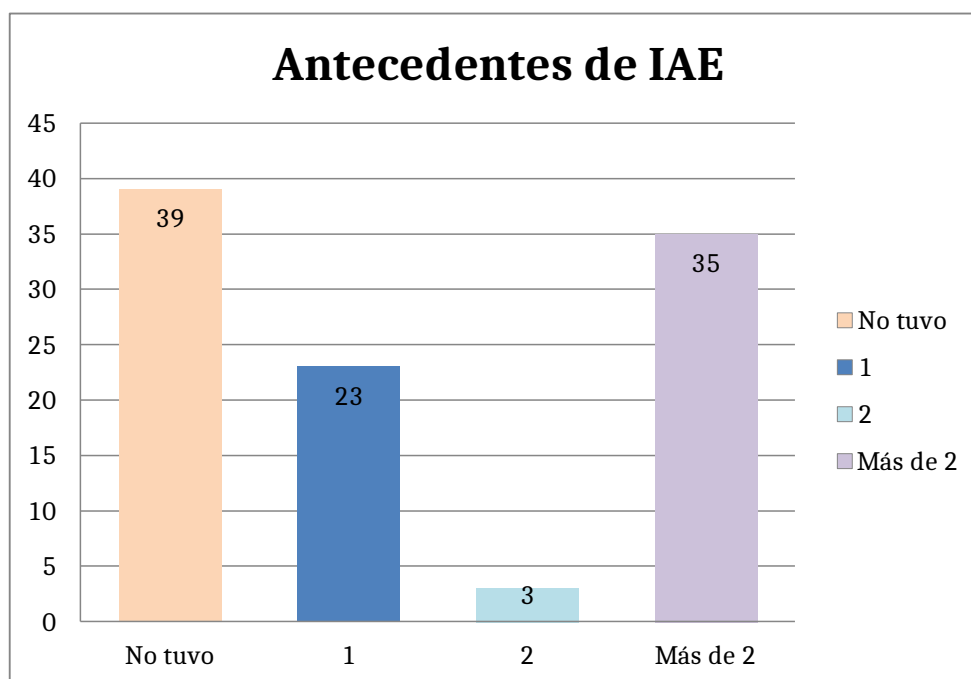


Tabla N°10- Distribución de la población según Antecedentes de IAE.
Rocha 2016.

Antecedentes de IAE	FA	FR	FR%
No tuvo	26	0,39	39
1	15	0,23	23
2	2	0,03	3
Más de 2	23	0,35	35
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N°10:Distribución de la población según Antecedentes de IAE.



Del total de la población el 39% no tuvo antecedentes de IAE seguido por el 35% que tuvo más de 2 intentos.

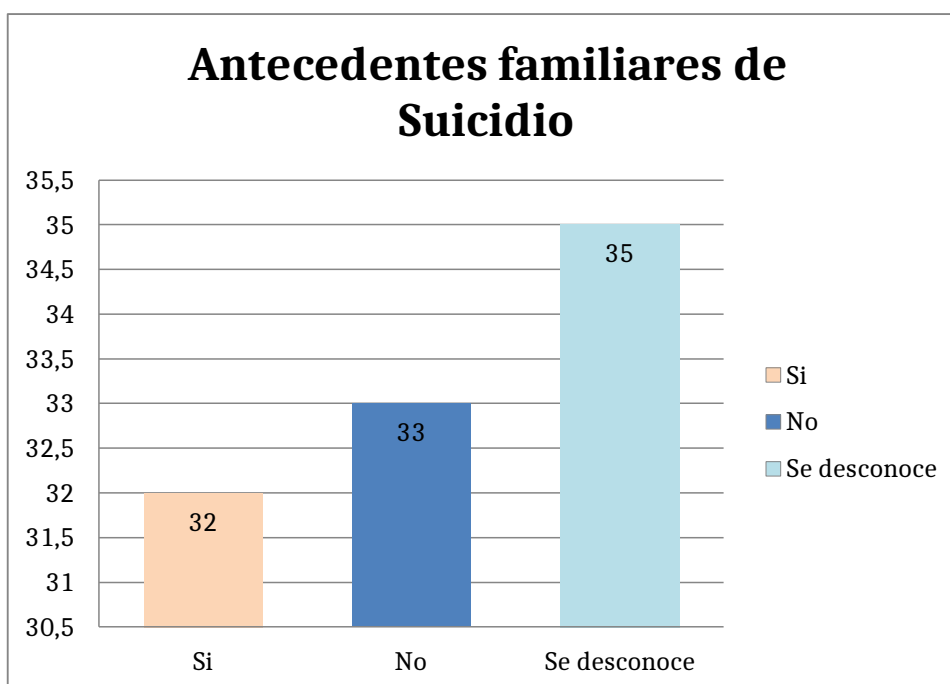


Tabla N°11- Distribución de la población según antecedentes familiares de suicidio.
Rocha 2016.

Antecedentes familiares de suicidio	FA	FR	FR%
Si	21	0,32	32
No	22	0,33	33
Se desconoce	23	0,35	35
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N°11:Distribución de la población según antecedentes familiares de suicidio.



Del total de la población el 35% se desconoce antecedentes familiares de suicidio y el 33% no tiene antecedentes familiares de suicidio, mientras que el 32% si los tiene.

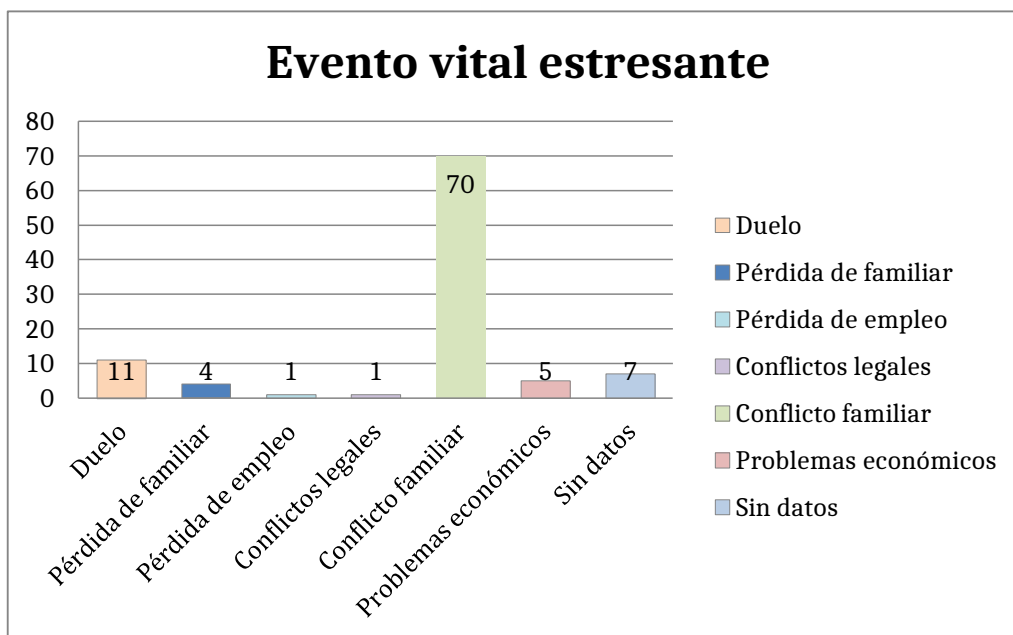


Tabla N°12- Distribución de la población según evento vital estresante.
Rocha 2016.

Evento vital estresante	FA	FR	FR%
Conflicto familiar	51	0,70	70
Duelo	8	0,11	11
Pérdida de familiar	3	0,04	4
Pérdida de empleo	1	0,01	1
Conflictos legales	1	0,01	1
Problemas económicos	4	0,05	5
Sin datos	5	0,07	7
TOTAL	73	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N° 12: Distribución de la población según evento vital estresante.



Del total de la población el 70% presentó conflicto familiar como evento vital estresante.

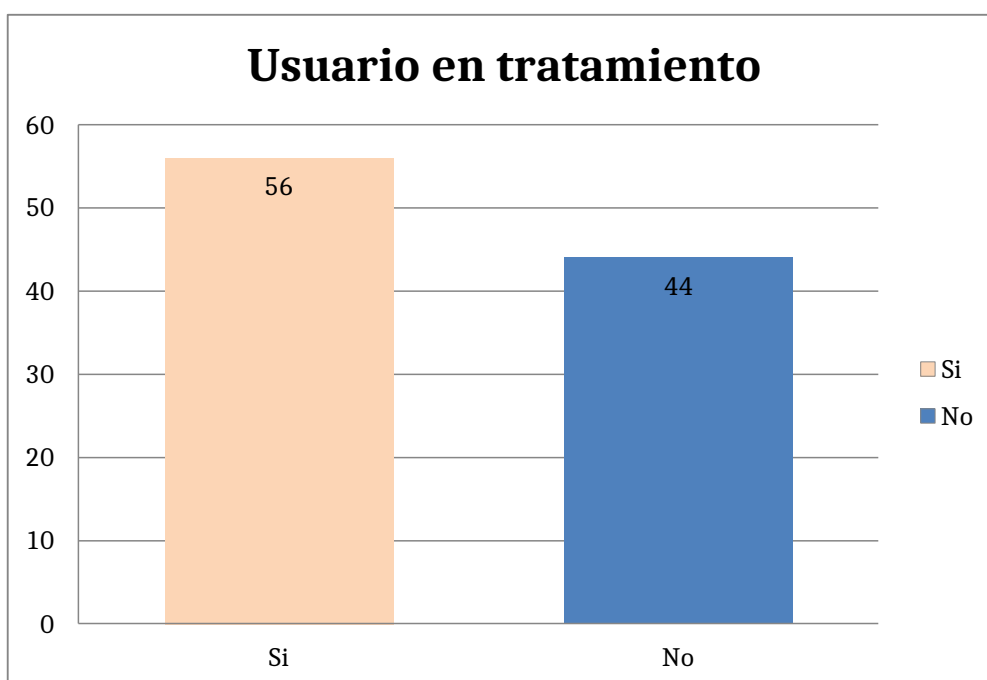


Tabla N°13- Distribución de la población según usuario en tratamiento.
Rocha 2016.

Paciente en tratamiento	FA	FR	FR%
Si	37	0,56	56
No	29	0,44	44
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias Clínicas

Grafico N°13- Distribución de la población según paciente en tratamiento.



El 56% de la población total se encontraba en tratamiento.

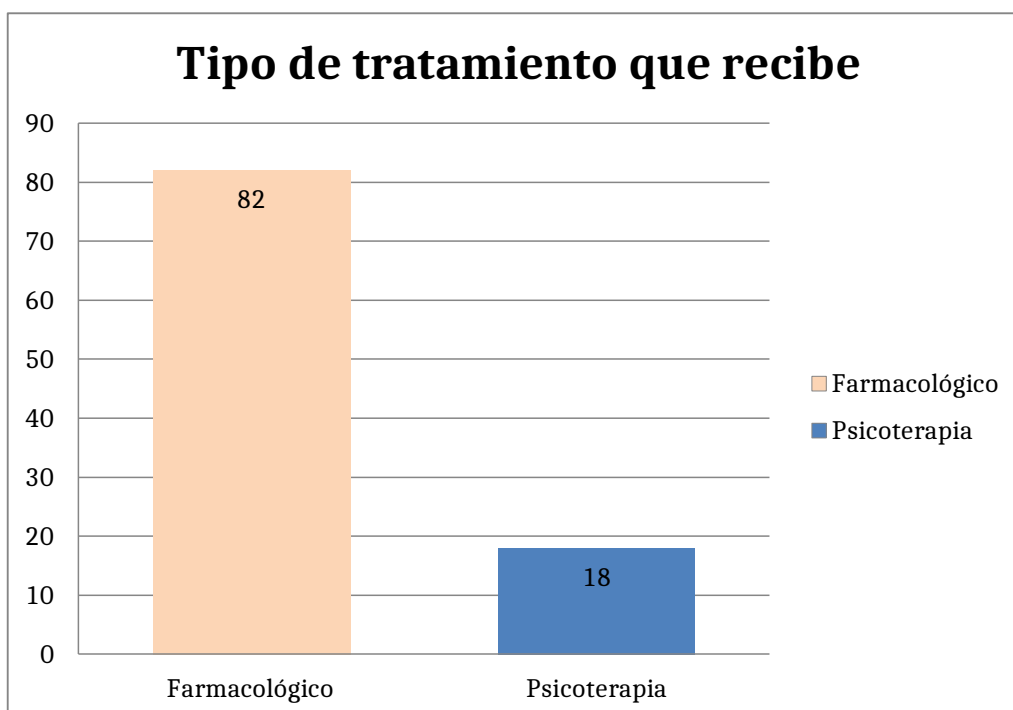


Tabla N°14- Distribución de la población según tipo de tratamiento que recibe.
Rocha 2016.

Tratamiento que recibe	FA	FR	FR%
Farmacológico	36	0,82	82
Psicoterapia	8	0,18	18
Electroshock	0	0	0
TOTAL	44	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N°14-Distribución de la población según tipo de tratamiento que recibe.



El 82% de la población recibía tratamiento farmacológico.

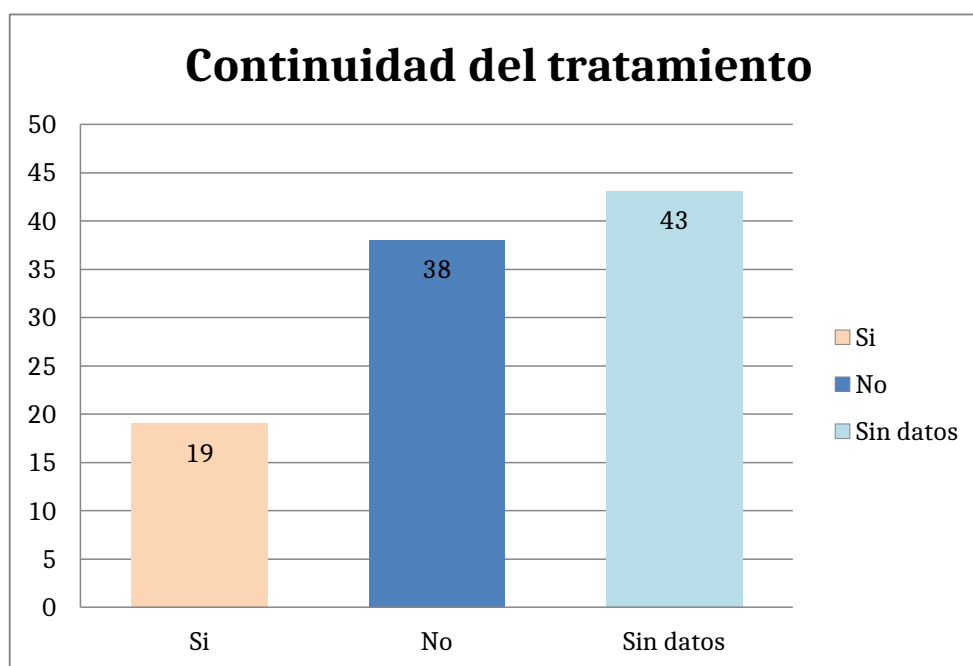


Tabla N°15- Distribución de la población según continuidad del tratamiento.
Rocha 2016.

Continuidad del tratamiento	FA	FR	FR%
Si	7	0,19	19
No	14	0,38	38
Sin datos	16	0,43	43
Total	37	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N°15- Distribución de la población según continuidad del tratamiento.



Del total de la población el 43% no se encontró datos de continuidad de tratamiento y el 38% no tenía continuidad del tratamiento.

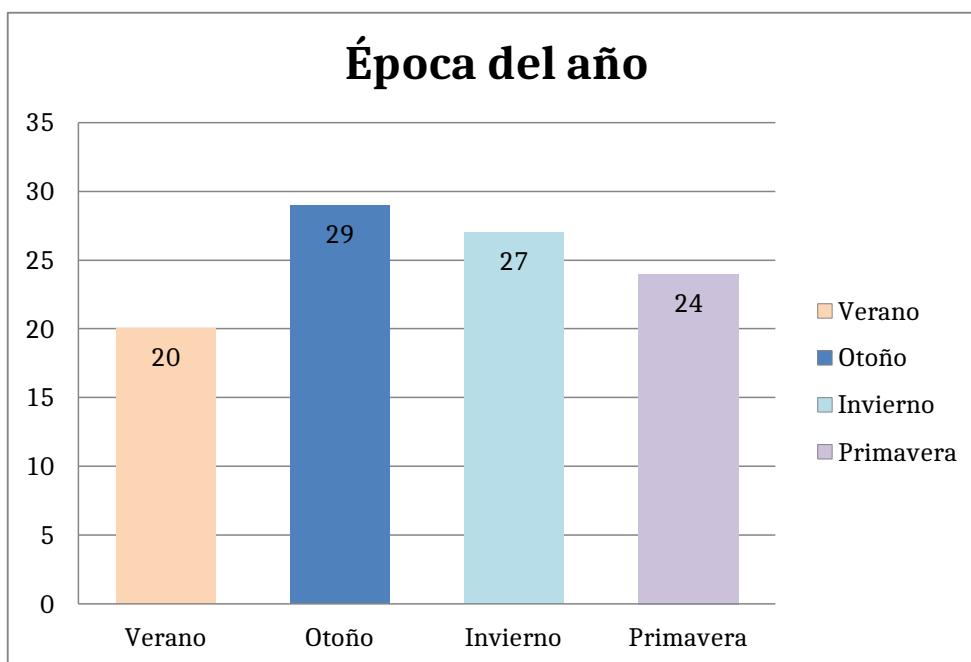


Tabla N°16- Distribución de la población según época del año.
Rocha 2016.

Época del año	FA	FR	FR%
Verano	13	0,20	20
Otoño	19	0,29	29
Invierno	18	0,27	27
Primavera	16	0,24	24
TOTAL	66	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N° 16- Distribución de la población según época del año.



La época del año que demuestra mayor incidencia es el otoño con un 29% seguido del invierno con un 27% y la primavera con un 24%.

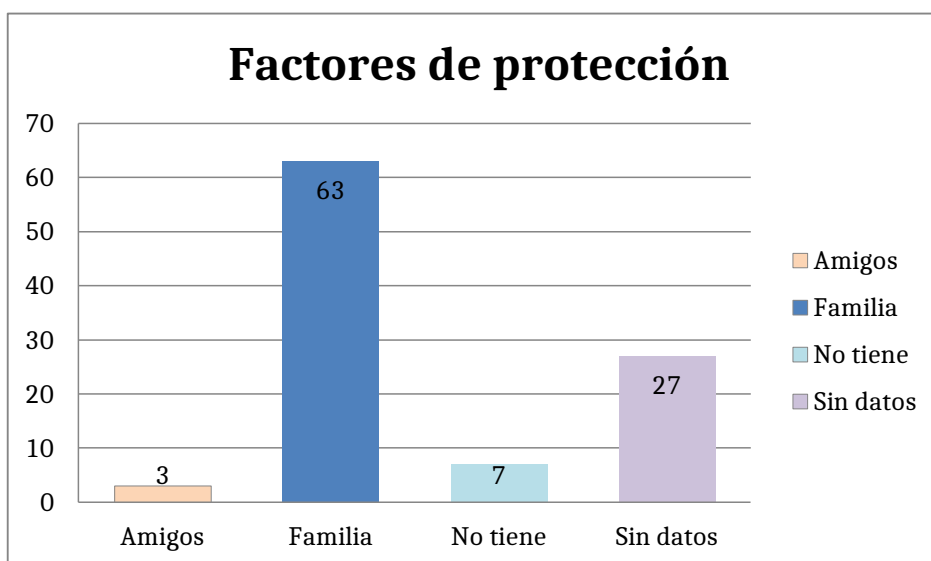


Tabla N°17- Distribución de la población según factores de protección.
Rocha 2016.

Factores de protección	FA	FR	FR%
Familia	43	0,63	63
Amigos	2	0,03	3
No tiene	5	0,07	7
Sin datos	18	0,26	27
Total	68	1	100

Fuente: Historias Clínicas.

Grafico N°17- Distribución de la población según factores de protección.



Del total de la población el 63% tiene como factor de protección a la familia.



Análisis

La población de estudio estuvo constituida por una muestra de 66 usuarios ingresados al servicio de Emergencia de un centro de salud en el periodo estipulado por el grupo investigador.

Del total de la población se encontró un predominio del sexo femenino de 71% sobre el masculino con un 29% donde se describe un comportamiento similar a nivel mundial siendo las mujeres las que con mayor frecuencia incurren en IAE, lo que también se refleja a nivel institucional.

A partir de la información recabada se pudo observar que en cuanto a la edad el 23% pertenece al grupo que se encuentra entre 20 y 24 años con igual porcentaje el grupo etario de 35 a 39 años, el 12% se encuentra entre 40 y 44 años y con igual porcentaje los que se encuentran en el grupo etario de 45 a 49 años de edad, el 11% se encuentra entre 30 y 34 años seguido por los usuarios de 25 a 29 años con un 9%, los usuarios entre 50 y 54 años con un 6% continuando con los usuarios de 55 a 59 años con un 3% y con el menor porcentaje se encuentran los usuarios de 60 a 64 años con un 2%. Como conclusión predomina mayoritariamente el adulto joven y medio .

Según vemos en la tabla N°3 de distribución de la población según estado civil se destacó el desconocimiento de los datos debido a la carencia en los sistemas de registro con un porcentaje de 35% seguido de usuarios solteros con el 27%, con estado civil divorciado el 17%, unión libre el 12%, casados con un 8% y finalizando se encuentran los usuarios viudos con un 2%.

Con respecto a la distribución de la población según nivel de instrucción el porcentaje con mayor incidencia lo representa el 70% de los usuarios que se desconoce los datos



debido a la falta de registro seguido por los usuarios con secundaria incompleta con un 17% lo cual es un factor precipitante la no escolarización, primaria completa 9%, primaria incompleta un 3% y por último secundaria completa con 1%.

En relación al núcleo familiar el 89% vive con familia y/o pareja, lo que suponemos que a pesar de tener presencia de otras personas bajo el mismo techo no siempre las mismas obran de soporte o continencia para el paciente.

Según el lugar de residencia el dato más relevante es 56% que reside en la ciudad de Rocha, y el resto de los porcentajes se reparte en zonas aledañas. Es significativo que teniendo los dispositivos asistenciales tan cerca sean los que mayor presentan IAE.

En cuanto a la situación laboral aparece un 68 %de desocupado, lo que coincide con lo planteado en el marco teórico que la depresión muchas veces provoca un abandono precoz de los trabajos, pensiones por discapacidad, duelos que implican la jubilación.

La lectura de las historias clínicas detectó que el 89% de los usuarios al momento del IAE vivía con familia y/o pareja, sosteniendo así que es importante para nosotros al trabajar los factores de riesgo de los IAE saber que tener familia es una cosa y contención familiar es otra, de todas formas nos queda la duda si ese entorno familiar fue correctamente informado por el equipo asistencial como colaborar con los cuidados que implica la patología depresión.

En relación a la distribución de la población según antecedentes personales el 100% de la población de estudio posee enfermedades psiquiátricas y el 17% posee enfermedades crónicas asociadas. Ambas sabemos que son potenciales elementos de riesgo tanto para el abandono de tratamiento, reagudización de episodios depresivos y consecuente IAE.



Según tabla N°9 sobre la distribución de la población según adicciones se encontró un 37% sin datos en el registro, un 28% no posee adicciones, un 21% consume alcohol con igual porcentaje de 7% cada uno consumo de cocaína y marihuana.

El consumo de alcohol y otras drogas contribuye a la ideación suicida, al intensificar un estado de ánimo depresivo y reducir el autocontrol. Tanto las adicciones como poseer enfermedades psiquiátricas son factores de riesgo que favorecen la precipitación de un acto suicida.

En lo referente a la distribución de la población según antecedentes de IAE el 39% no tuvo IAE previos, el 35% tuvo más de 2 IAE previos. Nos planteamos si el porcentaje de reincidentes fue asesorado correctamente o continuara intentando el plan suicida.

En cuanto a los antecedentes familiares de suicidio se desconoce un 35% seguido de un 33% que no tiene y un 32% si los posee.

En relación a la distribución de la población según evento vital estresante con mayor índice encontramos con el 70% conflicto familiar, seguido de un 11% por duelo, un 7% sin datos, un 5% problemas económicos, un 4% pérdida de familiar culminando con un 1% en ambos casos pérdida de empleo y conflicto legal. Los conflictos, sean de cualquier índole lo asociamos a los factores de riesgo que debemos tener en cuenta.

Según la distribución de la población de usuarios con tratamiento predomina el 56% que si lo está y el 44% no; de los que están en tratamiento el 82% recibe fármacos mientras que el 18% psicoterapia que son los dos tratamientos más utilizados en la institución.

En lo que se refiere a la continuidad del tratamiento encontramos un 43% sin datos en el registro seguido de un 38% que no tiene continuidad y un 19% que si lo cumple.

Uniando esta variable con el grado de desocupación y tal vez la falta de soporte familiar



el no cumplimiento farmacológico y discontinuidad en los controles médicos puedan estar asociados.

La época del año con mayor incidencia fue otoño con un 29% seguido por el invierno con 27%, la primavera con un 24% y por último el verano con un 20%, lo cual se compara con lo expuesto en el marco teórico que los pacientes con depresión recaen o empeoran en otoño e invierno debido a la reducción de luz solar.

En lo que respecta a los factores de protección hallamos un 63% la familia que constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo amortiguadora de las tensiones de la vida cotidiana y/o generadora de estrés por sí misma lo que se correlaciona con el 89% que vivía con su familia y/o pareja, un 27% sin datos, 7% no los tiene y un 3% soporte de amigos.



Conclusiones

Una vez culminada la investigación científica y luego de realizado el análisis correspondiente se pudo dar respuesta a la pregunta que dio inicio a este trabajo. En la muestra de usuarios estudiada la patología depresión conjuntamente con otros factores de riesgo asociados son determinantes para llevar a cabo el intento de autoeliminación. La prevalencia de los problemas mentales así como también el intento de autoeliminación se relacionan a factores personales y/o causas socioeconómicas, culturales .

Tal como se demuestra en nuestro estudio el 67% de los usuarios se encontraba desocupado en el momento del IAE, mientras que el 70% atravesaba conflictos familiares .

Se concluye que la salud mental es la aptitud para enfrentar y adaptar a diferentes situaciones de estrés en la vida. Por ello la enfermería debe apuntar a una atención integral de la persona ya que cada ser humano es dinámico y está sujeto a cambios permanentes.



Sugerencias

Se deben mejorar los registros ya que al estos poder ser más completos lograrían dar más información que permita trazar e implementar programas que ayuden a disminuir los IAE con datos que aporten al equipo más integralidad de la situación del usuario y su entorno.

Estar alerta a los factores de riesgo permitiría revelar casos que sugieran posibles IAE y poder así derivarlos a las unidades psiquiátricas existentes. Es importante contar con la información por escrito de los centros de referencia para derivación y consulta como ser la página RENATAPRES que administra la Facultad de Enfermería UdelaR.

En Uruguay el MSP está trabajando con los grupos desde hace años unido a ONG .

Se podría tomar este estudio como punto de partida para realizar el seguimiento de estos usuarios y medir impacto en las intervenciones que se aplican sobre ellos y su familia.



Referencias Bibliográficas

1. Alonzo G, Bogliolo L, Gutiérrez A, Landa M, Zorrón A. Sucesos vitales estresantes identificados en usuarios que han realizado intento de autoeliminación [tesis] [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2008/FE-0257TG.pdf> [consulta: 05 ago 2015].
2. Pérez V, Guerrero L, de Souza L. Resultado de intervenciones psicodinámicas grupales de un año de duración con usuarios que presentaron intento de autoeliminación en un Centro de Salud [tesis] [Internet]. 2012. Disponible en: <http://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/Veronica%20Perez%20TFG%20final.pdf> [consulta: 05 ago 2015].
3. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. [Internet]. 2014. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf [consulta: 05 ago 2015].
4. Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Suicidios registrados y tasa de mortalidad, según año. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/web/guest/salud> [consulta: 17 jul 2015].



5. Uruguay es el país de América Latina con mayor tasa de suicidio. El Observador 2012 julio 17. [Internet]. Disponible en:
<http://www.elobservador.com.uy/uruguay-es-el-pais-america-latina-mayor-tasa-suicidio-n228317> [consulta: 28 jul 2015].
6. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Plan Nacional de prevención del suicidio para Uruguay 2011-2015, un compromiso con la vida. [Internet]. Disponible en:
<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevenci%C3%B3n%20del%20Suicidio.pdf> [consulta: 5 ago 2015].
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. 2015. Disponible en: www.who.int/topics/depression/es/ [consulta: 6 jul 2015].
8. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Montevideo: MSP; 2007.
9. Megías F, Serrano M. Enfermería en psiquiatría y salud mental. Madrid: DAE; 2000.



10. Garay M, Vázquez L. Suicidio e intento de autoeliminación, en el Uruguay hoy. Rev Urug Enferm [Internet] 2010; 5(1): 19-27. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/viewFile/93/91> [consulta: 6 jul 2015].
11. Slaikau Karl A. Intervención en crisis: manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno; 1988.
12. Garay M, Tuzzo R, Díaz A. Emergencias emocionales en el primer nivel de atención. Montevideo: UDELAR; 2006.



Rocha, 13 de julio de 2015.

Facultad de Enfermería
Cátedra de Salud Mental

Como tutora del grupo de alumnas de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, Generación 2011, las cuales son:

Br. Valeria Acosta 4455145-3, Br. Paola Bonilla 3210390-3, Br. Ivonne Moreno 4127098-9

Br. Jennifer Muniz 4358128-5, Br. Patricia Pereyra 4428336-3

Quedando habilitadas para recabar datos en las Historias Clínicas para la realización de trabajo de TFI, requisito de la carrera de la Licenciatura en Enfermería.

La investigación tiene como título "Factores de riesgo de intento de autoeliminación en usuarios con depresión que consultan en el Servicio de Emergencia del Centro Departamental de Salud de Rocha UE-027 ASSE", siendo la tutora de la Cátedra de Salud Mental la profesora Lic. Iris Dutra en conjunto conmigo y se enmarca en las líneas de investigación de la Cátedra de Salud Mental y el Ministerio de Salud Pública.

Para dicha tarea se requiere la autorización para acceder a las Historias Clínicas de los usuarios que conforman la población estudio, respetando los principios éticos que rigen en la investigación (anonimato del usuario, resguardo de los datos recabados, secreto profesional, principio de no maleficencia).

Sin mas saluda atentamente.

Lic. Maria Julia Baez

Prof. Adj. Gdg 3



Rocha, 13 de julio de 2015.

Directora del Hospital Departamental de Rocha
UE 027 – ASSE
Lic. María Julia Baez.

Por la presente quienes suscriben se dirigen a Usted con el fin de solicitar la autorización para recabar datos para la realización de nuestro trabajo de TFI, requisito de la carrera de la Licenciatura en Enfermería.

La investigación tiene como título "Factores de riesgo de intento de autoeliminación en usuarios con depresión que consultan en el Servicio de Emergencia del Centro Departamental de Salud de Rocha UE-027 ASSE", siendo la tutora de la Cátedra de Salud Mental la profesora Lic. Iris Dutra en conjunto con Usted y se enmarca en las líneas de investigación de la Cátedra de Salud Mental y el Ministerio de Salud Pública.

Para dicha tarea se requiere su autorización para acceder a las Historias Clínicas de los usuarios que conforman la población estudio, respetando los principios éticos que rigen en la investigación (anonimato del usuario, resguardo de los datos recabados, secreto profesional, principio de no maleficencia).

Dichas historias clínicas se encuentran en el Servicio de Siquiatra, en el área administrativa.

Esperando una pronta respuesta favorable, quedamos a sus ordenes.

Saludan atentamente.

Br. Valeria Acosta

Br. Paola Bonilla

Br. Ivonne Moreno

Br. Jennifer Muniz

Br. Patricia Pereyra

Handwritten signatures of Br. Valeria Acosta, Br. Paola Bonilla, Br. Ivonne Moreno, Br. Jennifer Muniz, and Br. Patricia Pereyra.

Handwritten note: Se autoriza a Jennifer Acosta

Lic. María Julia Baez
Directora
ASSE - HOSPITAL DE ROCHA



Instrumento para recolección de datos					
Sexo	Femenino		Masculino		
Edad	[20-24]		[35-39]		[50-54]
	[25-29]		[40-44]		[55-59]
	[30-34]		[45-49]		[60-64]
Estado civil	Soltero		Union libre		Viudo
	Casado		Divorciado		
Nivel de instrucción	Primaria incom.		Secundaria incom.		Terciaria incom.
	Primaria comp.		Secundaria comp.		Terciaria comp.
Núcleo familiar	Familia/Pareja		Institución		
	Amigo/Compañero		Solo		
Lugar de residencia	Rocha		Chuy		
	Castillos		Lascano		
	La Paloma		Otros (especificar)		
Situación laboral	Ocupado		Pensionista		
	Desocupado		Jubilado		
Antecedentes personales	Enf. Psiquiátricas		Otros (especificar)		
	Enf. Crónicas				
Adicción a drogas	Alcohol		Marihuana		
	Pasta base		Otros (especificar)		
	Cocaína				
Antecedentes de IAE	No tuvo		2		
	1		Más de 2		
Antecedentes familiares de suicidio	Si		No		
Evento vital estresante	Duelo		Conflictos legales		
	Pérdida de familiar		Pérdida de vivienda		
	Pérdida de empleo		Otros (especificar)		
Paciente en tratamiento	Si		No		
Tipo de tratamiento que recibe	Farmacológico		Psicoterapia		
	Terap. Electroconvulsiva				
Continuidad del tratamiento	Si		No		
Abandono del tratamiento	Si		No		
Epoca del año	Verano		Invierno		
	Otoño		Primavera		
Factores de protección	Amigos		Compañeros de trabajo		
	Familia		Otros (especificar)		