



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

FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES DE 10 A 14 AÑOS QUE REALIZARON INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

Autores:

Bastos, Elizabeth
Michelena, María
Pereyra, Alejandra
Pereira, Natalia
Pereira, Lorena

Tutor:

Prof. Adj. Lic. Enf. Amparo Huguet

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

Montevideo, 2016

INDICE	Página.
Resumen _____	3
Introducción _____	4
Planteamiento del problema _____	5
Objetivos generales y específicos _____	5
Justificación _____	6
Marco Teórico _____	10
Metodología _____	20
Consideraciones éticas _____	21
Definición y medición de las variables _____	22
Análisis de las variables univariado _____	28
Discusión y análisis de los datos _____	48
Conclusiones _____	51
Recomendaciones _____	53
Diagrama de Gantt _____	54
Referencias bibliográficas _____	55
Anexos _____	57

RESUMEN

El presente trabajo de investigación final tuvo como objetivo principal conocer los factores de riesgo que determinan un intento de autoeliminación (IAE) en la adolescencia temprana, dada su incidencia dentro de las primeras causas de defunción a nivel mundial.

Nuestra administración a través del Ministerio de Salud Pública (MSP) en conjunto a otros organismos se hicieron eco de esta problemática e instauraron políticas sanitarias a través del Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015) con el fin de reducir un 10% de estos casos para el año 2020.

El trabajo fue realizado en base a los adolescentes que se encontraban en seguimiento en una policlínica de salud mental de una institución privada de Montevideo y que habían consultado por IAE durante el periodo del 1º de Diciembre del 2015 al 1º de Mayo del 2016.

Se lograron describir las características de estos adolescentes y su familia, los principales factores de riesgo, los factores protectores y las características del IAE.

A su vez se detecta como problema la implementación del sistema nacional de información establecido en dicho plan nacional.

La prevención del suicidio es posible pero requiere de un abordaje integral y multisectorial, donde Enfermería participe activamente a través de su proceso de atención, y es hacia donde buscamos dirigirnos con este estudio realizando algunas recomendaciones.

INTRODUCCION

El siguiente trabajo ha sido realizado por un grupo de cinco estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería, cursando el quinto ciclo, tercer modulo correspondiente al Trabajo final de Investigación (TFI).

La metodología del mismo consiste en un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo; realizado en una institución de asistencia médica privada, en el periodo comprendido entre 19 de Mayo al 30 de Junio del corriente año.

Se basa en la observación, cuantificación y descripción de los datos aportados por las historias clínicas de los adolescentes de 10 a 14 años que consultaron por IAE entre 1º de Diciembre del 2015 al 1º de Mayo del 2016 de dicha institución.

La finalidad de esta investigación es conocer los factores de riesgo presentes en la adolescencia que determinan un intento de autoeliminación en edades cada vez más tempranas; en el marco del Plan Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) recientemente instaurado por el Ministerio de Salud Publica.

El intento de suicidio y el acto consumado es un fenómeno multicausal en el que intervienen factores que van desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural que marca no solo al individuo sino también a su entorno (familia, amigos y sociedad) y a través de varias generaciones.

El personal encargado de asistir a estos adolescentes no son inmunes a estos hechos dado el alto impacto, generando sentimientos de angustia, impotencia, sobreprotección o rechazo hacia la familia y/o usuario.

Es por ello que Enfermería como parte de un equipo multidisciplinario debe estar preparada con conocimientos científicos y actualizados que guíen su actuación en forma oportuna y desde la prevención.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Área problema: Salud de los adolescentes.

Pregunta problema: ¿Cuáles son los factores de riesgo presentes en adolescentes de entre 10 y 14 años que realizaron IAE durante el periodo comprendido 1º de Diciembre del 2015 al 1º de Mayo del 2016, en seguimiento en una policlínica de salud mental de una institución privada de Montevideo?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general:

Conocer los factores de riesgo presentes en adolescentes de 10 a 14 años que realizaron IAE en el periodo comprendido 1º de Diciembre del 2015 al 1º de Mayo del 2016, a los que se les realiza seguimiento en policlínica de Salud Mental de Montevideo.

Objetivos específicos

- Caracterizar la población de adolescentes que consultaron por IAE.
- Describir los factores de riesgo presentes en los adolescentes que realizaron el IAE.
- Determinar las características del IAE (método, consulta, antecedentes de IAE).
- Conocer antecedentes familiares de IAE y suicidio.
- Identificar los factores de protección presentes en estos adolescentes.
- Determinar la adherencia al Sistema nacional de Información en IAE y Suicidios en dicha institución, en base a las fichas de registro de IAE completas en las historias clínicas.

JUSTIFICACION

Anualmente a nivel mundial, más de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. El suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2012 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que el suicidio es una prioridad de salud pública y los estados miembros a través del plan de acción sobre salud mental 2013-2020 se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para 2020¹.

El 17 de Julio del 2015, en conmemoración del Día Nacional de Prevención del Suicidio en nuestro país, se publicaron las últimas cifras oficiales del 2014 que indica que la tasa de suicidios fue de 17,4 por cada 100.000 habitantes; en su mayoría del sexo masculino y en adultos mayores de 65 años.

El 70% de las notificaciones de IAE se dieron en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), siendo un 76% realizada por el sexo femenino y en relación con la edad de inicio se observa una frecuencia mayor al 24% en edades tempranas de adolescencia, con el pico máximo a los 17 años².

Desde hace 30 años que la comisión de Salud Mental designada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) creó el Programa Nacional de Salud Mental cuyo objetivo principal es la atención integral de la población; en la cual se contemplen acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación mediante la creación de una red

¹Organización Mundial de la Salud. Suicidio. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es> [consulta: 10 abr 2016].

²Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio. Día Nacional de Prevención del Suicidio. [Internet]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/17%20de%20Julio%202015%20Día%20Nacional%20PS%20ppt.pdf [consulta: 10 abr 2016].

de servicios regionalizada, articulada e integrada con el sistema de atención de salud general.

En el año 2004 se crea en Uruguay la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio por el Decreto N° 378/ 004. Funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, presidida por el mismo y por delegados del Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio del Interior y Ministerio de Desarrollo Social.

El MSP a través del Programa Nacional de Salud Mental impulsó en el 2011 la creación del “Plan Nacional de Prevención del Suicidio” (2011-2015), para disminuir la incidencia del suicidio en la sociedad uruguaya que abarca cinco ejes estratégicos:

1. Organización de la Atención Integral en Salud Mental.
2. Construcción de Intersectorialidad y trabajo en Red.
3. Sensibilización a la comunidad y Educación a la población en Promoción de Salud Mental y Prevención de Suicidios.
4. Formación, Capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.
5. Desarrollo e implementación del Sistema nacional de Información en IAE y Suicidios.

La Ordenanza 801/2012, dispone de la notificación obligatoria de los IAE, desde todos los prestadores de salud públicos y privados, con el objetivo de favorecer la detección, tratamiento y seguimiento de los usuarios y de construcción de un sistema de vigilancia y monitoreo epidemiológico nacional.

La prevención del suicidio es posible y es uno de los objetivos sanitarios de la presente administración por lo cual se prevé realizar una investigación científica nacional que exige un enfoque innovador, integral y multisectorial³.

La profesión de Enfermería es una disciplina encaminada en fortalecer la capacidad reaccional de las personas, familias y grupos poblacionales, realiza atención a través de

³Ibíd.

un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

El método de Enfermería se basa en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, lo cual permite la solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades de salud integral de las personas.

Enfermería debe valorar las situaciones que en la práctica profesional se presentan para definir los diagnósticos, priorizando los problemas reales y potenciales: biológicos, psicológicos y socioculturales, planificando los cuidados junto al resto del equipo.

Para lograr que dicho proceso sea realizado en forma oportuna, con eficacia y calidad se requiere que el profesional de Enfermería se encuentre capacitado y actualizado sobre los problemas que afectan gravemente a toda la sociedad en la actualidad.

La gran tasa de intentos de autoeliminación en edades tempranas de la adolescencia, ha determinado el foco de atención en su detección precoz para su prevención.

La Facultad de Enfermería en particular las cátedras de Salud Mental y Niño/a y Adolescentes se han sumado en el estudio de estos fenómenos; es así que en el 2013 se crea un espacio interdisciplinario en red (RENATAPRES) cuyo propósito es trabajar en la promoción y prevención del IAE y suicidio, abierto a profesionales y público en general.

Desde el 2012 se concluye en la necesidad de continuar con la capacitación para la prevención del suicidio, a partir de un estudio en base al análisis de la cantidad de participantes de talleres de formación, realizado por la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del suicidio donde participaron Licenciados de Enfermería, psicólogos y Psiquiatras⁴.

⁴Díaz A, Garay M. Estrategias de intervención en Salud Mental para el abordaje de personas con riesgo suicida. Rev Urug Enferm [Internet]. 2014, 2(9): 44- 48. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/download/23/21> [consulta: 10 abr 2016].

La adolescencia es el tiempo en la vida de un individuo donde se desarrollan nuevas habilidades, y se vuelve posible una vida social más compleja.

En este periodo se formulan preguntas claves sobre los valores y actitudes, y se produce la lucha con algunas de las mayores interrogantes sobre identidad y futuro.

En esta etapa además de los cambios biológicos con expresiones visibles en el desarrollo físico, se da a nivel cerebral cambios que determinan su forma de percibir su entorno y la toma de decisiones. Estudios han llevado a la conclusión: que debido a los cambios en el sistema límbico, los adolescentes son “sobre emocionales”, fácilmente afectados por el estrés, y serían responsables de su necesidad incrementada por la novedad y la búsqueda de sensaciones, así como una mayor tendencia a la toma de riesgos.

A través de nuestra investigación nos proponemos profundizar en los factores de riesgo que se asocian al IAE en los adolescentes en el marco del Plan Nacional de Prevención del Suicidio y la reciente implementación de la ficha de registro obligatorio.

De esta manera nos preguntamos: ¿Cuáles son los factores de riesgo presentes en adolescentes de entre 10 y 14 años que realizaron IAE durante el periodo comprendido 1º de Diciembre del 2015 al 1º de Mayo del 2016, a los que se les realiza seguimiento en policlínica de Salud Mental de Montevideo?

MARCO TEORICO

La OMS (1990) operacionalmente ha definido a la adolescencia como el período de la vida que transcurre desde los 10 a los 19 años y que se divide en “adolescencia temprana” de 10 a 14 años y “adolescencia tardía” de 15 a 19 años; otros autores, clasifican a la adolescencia en temprana (10 a 13 años), intermedia (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años) relacionando estas etapas a los distintos estadios de maduración sexual.

Según la Constitución de la OMS (1948), “el goce del grado máximo de salud alcanzable es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. “El pleno goce de este derecho incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna y de calidad, nutrición, vivienda, educación y otros determinantes sociales de la salud que deben ser analizados”.

Los determinantes sociales en nuestro país, según datos aportados por el último reporte social de carácter oficial (2013) son:

- Baja natalidad, crecimiento lento, población envejecida, el perfil de los migrantes (jóvenes en edad reproductiva y de mayor nivel educativo; no solo profundizó el envejecimiento de la población sino que los niños que nacen provienen de los hogares más pobres y vulnerables.
- La incidencia de la mortalidad en edades jóvenes se vio reflejada en el progreso de la esperanza de vida.
- En Montevideo hay mayor prevalencia de población infantil y la más afectada por la pobreza, con al menos una necesidad básica insatisfecha.
- Dentro del MERCOSUR presenta las tasas más elevadas de deserción, especialmente en hombres, de todos los niveles educativos, con excepción de la enseñanza preescolar. Con tasas de repetición de primero a cuarto de liceo que llegan al 40% en la capital.
- Adelanto en el inicio del consumo de alcohol e incremento en el consumo habitual de marihuana y cocaína.
- En el 2012 el 17 % de las muertes por homicidios son por violencia doméstica.

La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay considera el 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 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.

Los planes y actos de tipo suicida que presentan pocas probabilidades de éxito a menudo se denominan gestos suicidas, que sobre todo son de tipo comunicativo. Ese tipo de mensajes que el suicida potencial envía no deben ser pasados por alto, debido a que el 20% de las personas que hacen un primer intento vuelven a probar un año después y en el 10% de los casos consuman el suicidio.

El IAE y el suicidio consumado son difíciles de distinguir, ya que no se sabe si la persona intentó consumar el suicidio y fue descubierto o como también un desenlace fatal en un intento por terminar con el problema o pedir ayuda, sin plena intencionalidad de causarse la muerte.

El comportamiento autodestructivo puede ser directo (incluye generalmente ideas suicidas, intentos de suicidio y suicidio consumado) o indirecto (caracterizado por exponerse a un riesgo que compromete la vida sin intención directa de provocarse la muerte, generalmente de forma reiterada y a menudo inconscientemente, con consecuencias que, en última instancia, pueden ser autodestructivas). Como por ejemplo el consumo excesivo de drogas y alcohol, descuidar la propia salud, provocarse automutilaciones, conducir de forma imprudente, etc.

La conducta suicida es toda acción producida con el propósito explícito o implícito de quitarse la vida; incluyendo también cualquier intención, ideación o pensamiento que pudiera finalizar en dicha acción, aun cuando no hubiere ninguna expresión manifiesta⁵.

Ideación suicida es el pensamiento o idea de servirse como agente de la propia muerte, que exprese el deseo o la intención de morir y se diferencia con la ideación de muerte porque la intención de producirse un daño no se expresa, ni se infiere y a veces puede negarse.

El suicidio consumado es la muerte autoinflingida con evidencia de que el individuo quiso quitarse la vida.

El riesgo es un potencial de pérdidas que puede ocurrirle a un sujeto o sistema expuesto, resultado de la amenaza y la vulnerabilidad. Es la probabilidad de exceder a un nivel de consecuencias económicas, sociales o ambientales en un cierto sitio y durante cierto periodo de tiempo (Cardona 2001).

El riesgo suicida es un término utilizado para referirse a los sujetos en riesgo de cometer un acto suicida en un futuro.

En nuestro país el Ministerio de Salud Pública (2007) y la Universidad de la República (2012) con colaboración de otros sectores elaboraron guías para la detección del riesgo suicida y su prevención por parte del sector Salud y Educación como estrategia.

En las mismas se destaca la importancia de trabajar conjuntamente entre los distintos sectores y sus protagonistas, para la detección oportuna de los signos, síntomas, manifestaciones y valoración del riesgo suicida. A su vez realizan recomendaciones de actuación según una escala basada en los factores de riesgo.

⁵Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, Durán M. Prevención de la conducta suicida en adolescentes: guía para los sectores Educación y Salud. Montevideo: CSIC, UdelaR; 2012.

Para tener un enfoque preventivo en el IAE y suicidio, hay que conocer los factores de riesgo que permita anticipar una atención adecuada y oportuna.

Los factores de riesgo de la conducta suicida se clasifican en individuales, socioculturales y situacionales o biológicos, psicológicos, sociales, familiares dependiendo de su contexto y su determinación puede guiar el plan de acción.

Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida:

Sociales: discriminación, Bullying (hostigamiento en los centros educativos fundamentalmente), pertenencia a una minoría étnica, emigración o migración interna, institucionalización, problemas con la ley, abandono escolar o mal rendimiento.

Las cuestiones de identidad relativas a orientación sexual, constituyen también factores de riesgo para los comportamientos suicidas.

Los niños y los adolescentes que no son aceptados por su familia y sus compañeros o por su escuela tienen serios problemas de integración y carecen de los modelos de apoyo para un desarrollo óptimo.

Familiares: funcionamiento familiar problemático, alta carga suicida familiar, abandono afectivo y desamparo, familia inexistente, violencia doméstica, abuso sexual.

El bajo estatus socioeconómico, el bajo nivel educativo y el desempleo en la familia son considerados factores de riesgo por falta de redes sociales, desesperanza, falta de visión hacia el futuro.

Generalmente se observa en niños y adolescentes suicidas, una susceptibilidad marcada frente al estrés (debido a factores genéticos hereditarios y también a patrones de familia y situaciones estresantes negativas experimentadas muy temprano en la vida).

Esta susceptibilidad, hace difícil manejar los acontecimientos negativos de la vida en forma adecuada y el comportamiento suicida está precedido, a menudo, de algún

acontecimiento estresante. Se reactiva el sentimiento de desamparo, desesperanza y abandono que pueden hacer aflorar pensamientos suicidas y conducir a suicidios e intentos de suicidios.

A su vez los jóvenes suicidas a menudo provienen de familias con más de un problema en el cual los riesgos son acumulativos y debido a que no desean revelar sus secretos o se sienten amenazados por represalias se abstienen de buscar ayuda fuera de la familia y lo hace más vulnerables.

Psicológicos: intento de autoeliminación anterior, frustraciones intensas, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambio brusco del estado anímico, alteraciones del sueño, abandono personal.

El adolescente se enfrenta inicialmente al duelo por los cambios físicos del cuerpo del niño, luego en la etapa media centra su duelo en aspectos psicológicos, donde se construyen identidades grupales de pertenencia o no al mismo; y en el último tramo se toman definiciones en cuanto a elección sexual, educación y trabajo.

La depresión es el antecedente más común del suicidio en los adolescentes.

Pueden presentar síntomas físicos como por ejemplo dolores de cabeza, estomago y dolores en piernas y pecho.

Los jóvenes con tendencia depresiva se vuelven silenciosos, pesimistas con comportamientos destructivos, agresivos y antisociales que demandan gran atención por parte de sus padres y maestros.

El 2.5% de los niños y 8.3% de los adolescentes padecen de depresión mayor en algún momento, y entre 15 y 20% pueden experimentar un episodio alguna vez durante la adolescencia.

La probabilidad del suicidio aumenta en las personas que padecen enfermedades mentales que no han sido detectadas o cuando no están recibiendo tratamiento integral permanente o adecuado.

A pesar de que pocos niños y adolescentes sufren de trastornos psiquiátricos severos tales como esquizofrenia o trastornos maniaco-depresivos, entre los afectados por estas patologías, el riesgo de suicidio es muy alto.

El abuso de alcohol y drogas también se relaciona con el comportamiento suicida, ya que la cuarta parte de los pacientes suicidas habían consumido alcohol o drogas antes del acto.

Los trastornos alimentarios por insatisfacción con sus propios cuerpos, muchos niños y adolescentes tratan de perder peso y se preocupan de lo que deben y no deben comer.

Entre el uno y el dos por ciento de las jóvenes adolescentes sufren de anorexia o bulimia. Las jóvenes anoréxicas sucumben frecuentemente a la depresión y el riesgo de suicidio es 20 veces mayor que para los jóvenes en general.

Biológicos: trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, edades extremas de la vida, edades avanzadas, adolescencia, enfermedades y dolor crónico, enfermedades terminales, trastornos psiquiátricos, deterioro cognitivo.

Los factores de riesgo en la adolescencia están determinados por la inadaptación a estos cambios, acontecimientos o sucesos estresantes de la vida, que produce desadaptación social, alteraciones físicas y/o psicológicas.

Existen señales de riesgo suicida que se diferencian de los factores porque no son condiciones que precipitan el acto, sino manifestaciones (verbales y/o no verbales) que nos pueden alertar de su posibilidad.

Señales no verbales: auto mutilaciones, regalar cosas significativas sin motivo aparente, abandono de actividades que antes disfrutaba, aislamiento y abandono personal.

Señales verbales: el adolescente manifiesta ideas de muerte de manera directa o indirecta. Ej.: “estarían mejor sin mí”, “quisiera terminar con todo” o “quisiera dormirme y no despertar”, etc.

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP, 2007) menciona la existencia de factores protectores que reducen la conducta suicida, mencionando entre otros: “el apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes, las creencias religiosas culturales y étnicas, la participación sana y activa en la nueva comunidad, llevar una vida social satisfactoria a través de la integración social, el uso constructivo del tiempo libre, habilidades efectivas para resolver problemas” (Larrotta-Castillo).

Entre los factores protectores encontrados por múltiples estudios empíricos, mencionemos:

- ✓ Una relación emocional estable por lo menos con un padre u otro adulto significativo.
- ✓ Redes sociales existentes tanto dentro como fuera de la familia: parientes, vecinos, profesores, religiosos, pares.
- ✓ Clima educativo abierto, positivo, orientador, con normas y valores claros.
- ✓ Balance adecuado entre responsabilidades sociales y expectativas de logro (rendimiento escolar).
- ✓ Competencias cognitivas (nivel intelectual promedio, destrezas de comunicación, empatía, capacidades de planificación realista).
- ✓ Características que favorezcan el enfrentamiento efectivo (flexibilidad, orientación optimista a los problemas, capacidad de reflexionar y controlar los impulsos, capacidades verbales adecuadas para comunicarse).
- ✓ Actitud proactiva frente a situaciones estresantes (resiliencia).
- ✓ Experiencia de sentido y significado de la propia vida (fe, religión, ideología, coherencia en valores).

Programas de prevención:

A nivel mundial y en el ámbito educativo escolar existen varios programas de prevención del IAE y suicidio que por lo general utilizan uno o más tipos de intervenciones por ej. : Psico-educación de adolescentes y educadores (llamados awareness y gatekeepers). Su finalidad es la toma de conciencia de la relación entre las enfermedades mentales y otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida; así detectar estas situaciones y brindarles ayuda.

Otro tipo de intervención es la pesquisa (screening) cuyo objetivo es detectar mediante un instrumento de tamizaje los adolescentes con patología mental o riesgo suicida.

Dentro de los que presentan evidencia científica significativa en la prevención de IAE y suicidios tanto a nivel escolar como en los diferentes niveles se encuentran:

- Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE): el cual utiliza los tres tipos de intervenciones y en donde los primeros informes publicados destacan que promueve el compromiso de los escolares y su participación además de la eliminación de los IAE.
- Signs of Suicide (S.O.S): consiste en la educación de los alumnos para identificar en sí mismos y en otros los signos de suicidio complementándose con el screening; con buenos resultados siendo recomendado por Registro Nacional de Programas y Prácticas basadas en la evidencia del U.S. de Estados Unidos por ser una práctica efectiva basada en la evidencia y sin riesgos o efectos adversos.

Rol de Enfermería:

Enfermería logra establecer una relación terapéutica con el adolescente, su entorno (familia y seres queridos), a través de la tolerancia, apoyo y comprensión con el fin de valorar sus necesidades. Esto le brinda al adolescente la seguridad y confianza para

abrirse al dialogo y comunicar aspectos relevantes sobre su situación que pueden guiar el tratamiento y su posterior seguimiento.

Los puntos a tener en cuenta por el personal de salud son:

- ✓ Permitir expresar sus opiniones, aceptando sin ponerse a la defensiva.
- ✓ Reconocer los problemas que existen, evitando una actitud crítica.
- ✓ Trato con dignidad y respeto.
- ✓ Establecer limitaciones justas y hacerlas cumplir ayudando a canalizar sus energías y fomentando el autocontrol, sin amenazarlos con retirar el apoyo.
- ✓ Observar si dentro del personal de salud hay predilección por un integrante, este debe ser la persona indicada para participar en el proceso del cuidado ya que es de vital importancia el adolescente y el momento que se encuentra viviendo.

En el Proceso de Atención de Enfermería el Licenciado valora la situación y establece los diagnósticos de Enfermería, priorizando los problemas y planificando los cuidados en conjunto con el equipo de salud asegurando un cuidado integral. Debe establecer empatía con el usuario y familia para así conocer que piensan y sienten, identificando los aspectos que demanden más atención por el Personal de Enfermería y el resto del equipo; creando un ambiente terapéutico y facilitando la recuperación.

La Psiquiatra integrante del equipo de Salud Mental de la institución donde se realizó el estudio destaca la importancia del rol de Enfermería dado que detecta lo que no se ve en la entrevista (ver anexo nº3).

El IAE constituye un problema de salud importante y los Licenciados en Enfermería poseen conocimientos y herramientas metodológicas que le permiten llevar a cabo tareas de prevención y protección, entre otras que pueden llevarse a cabo en cualquier nivel de atención.

METODOLOGIA

Tipo de estudio: Descriptivo, cuantitativo, transversal y retrospectivo.

Población de estudio: Adolescentes de entre 10 y 14 años de una Institución privada de Montevideo, que realizaron IAE durante el periodo comprendido 1º de Diciembre del 2015 al 1º de Mayo del 2016.

Selección y tamaño de la muestra: La muestra autorizada son 10 casos.

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

Criterio de inclusión: Adolescentes de entre 10 y 14 años de dicha institución, con al menos un diagnóstico médico de IAE y que permanezcan en seguimiento en la policlínica de salud mental, en el período citado.

Criterio de exclusión: Adolescentes que no tengan antecedentes de IAE, no asistan a seguimiento en policlínica de salud mental o no se logra acceder a su historia clínica.

Sistema de recolección y procesamiento de los datos:

Se realizó una revisión bibliográfica de antecedentes del tema tanto regional como nacional y se entrevistó a especialista en el tema con el fin de profundizar en la temática.

Para la sistematización de datos se creó un instrumento realizándose una prueba piloto, y a partir de esta, se modificó de acuerdo a los resultados (ver anexo n°2).

Para el análisis se empleó la estadística descriptiva, mediante la representación de los datos en tablas y gráficos, distribuidos a través frecuencias absolutas (FA) y frecuencias relativas porcentuales (FR%), con variables de escala cualitativa nominales, ordinales y cuantitativas continuas.

Se coordinó con la institución y los servicios involucrados la disposición para la extracción de los datos y su supervisión, sin perjuicio de la dinámica del servicio.

Consideraciones éticas:

Luego de aprobado el protocolo de investigación, se solicitó de manera formal a la institución la autorización para la investigación y el aval del comité de bioética del mismo.

En todo momento se preservaron los datos personales de manera que la información obtenida no pudiera vincularse a alguna persona determinada o determinable; y se mantuvo el secreto profesional.

Limitaciones de la investigación:

Retraso en el inicio de la recolección de datos a causa de la dificultad para lograr la autorización a nivel institucional, por carecer de comité de bioética o por déficit en los registros.

DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES

El análisis de las variables será univariado y se representara en tablas y gráficos; para el cual se realizara la operacionalización de las mismas.

Edad:

Definición conceptual: números de años de vida que tiene un individuo desde el momento de su nacimiento hasta la fecha del último Intento de Autoeliminación.

Clasificación: cuantitativa.

Escala de medición: continua.

Categorías: 10 años, 11 años, 12 años, 13 años y 14 años.

Sexo:

Definición conceptual: clasificación de los hombres y las mujeres, teniendo en cuenta características sexuales primarias.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: femenino o masculino.

Procedencia:

Definición conceptual: región geográfica en la cual reside el individuo al momento de su último IAE.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: Montevideo o Interior.

Responsable del adolescente:

Definición conceptual: adulto que tiene a su cargo al adolescente.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: madre y padre, madre, padre u otro.

Nivel de instrucción:

Definición conceptual: nivel educativo más alto logrado.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Categorías: primaria incompleta, primaria completa y ciclo básico.

Adicciones:

Definición conceptual: consumo de sustancias que generan una relación de dependencia entre el individuo y estas.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: no, si (especificar).

Enfermedades crónicas:

Clasificación de la variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Definición conceptual: trastorno orgánico funcional que obliga a cambios en el estilo de vida de una persona, generalmente en forma progresiva y de larga duración en el tiempo.

Categorías: no, si (especificar).

Trastornos mentales:

Clasificación de la variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Definición conceptual: toda alteración de la vivencia o de la conducta que produce disfunción, sufrimiento o perturbación en el individuo que la padece o en los que lo rodean.

Categorías: no, si (especificar).

Factores de riesgo del adolescente:

Definición conceptual: situaciones personales que generan agobio y/ o angustia en el adolescente.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: maltrato, abuso sexual, trastornos de la conducta, soledad, baja autoestima, falta de proyectos de vida, inconformismo de identidad sexual, dificultad para asumir roles de adulto, fracaso escolar, hijo adoptivo, antecedentes policiales personales.

Factores de riesgo familiares:

Definición conceptual: situaciones familiares que provocan sufrimiento y/ o ansiedad en el adolescente.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: pérdida de referente, suicidio de un familiar, falta de soporte familiar o económico, padres con trastornos mentales, violencia familiar (física y sexual), hacinamiento, separación de los padres, antecedentes policiales familiares.

Factores de riesgos culturales y sociales:

Definición conceptual: Determinantes que están presentes en el proceso de desarrollo cultural y social de los individuos, que influyen positiva o negativamente en dicho desarrollo.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: ruptura sentimental, Bulling, mudanza o inmigrantes, carencia de amigos, aislamiento social.

Método utilizado en el IAE:

Definición conceptual: forma en que el adolescente atentó contra su vida.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: ahorcamiento, lesiones autoinflingida con arma blanca o de fuego, caída de precipicio, intoxicación, inmersión, inmolación, precipitación frente un vehículo.

Antecedentes de IAE del adolescente:

Definición conceptual: registro de consulta anterior por intento de autoeliminación.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: si o no.

Lugar del intento:

Definición conceptual: lugar en el que se encuentra el adolescente en el momento de intento.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: internado, domicilio, centro educativo, lugar público u otro.

Antecedentes familiares de IAE:

Definición conceptual: presencia de familiares con antecedentes IAE.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categorías: madre o padre, hermana/o, abuela/o u otro (especificar).

Lugar de consulta en primera instancia:

Clasificación de variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Definición conceptual: prestador de salud en el cual el individuo recibió asistencia en primera instancia luego del IAE.

Categorías: puerta de emergencia, medico de radio, policlínica de salud mental u otro.

Factores de protección:

Clasificación de la variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Definición conceptual: recursos personales o sociales que facilitan el desarrollo del individuo y que ayudan a aumentar la resistencia al riesgo de la ideación suicida.

Categorías: escolaridad adecuada, controles sanitarios periódicos, apoyo de familia, amigos o de redes, buena integración social, habilidad de resolución de conflictos y otros (especificar).

Registros completos:

Clasificación de la variable: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Definición conceptual: inscripción del 100% de los datos solicitados en la ficha de registro de IAE.

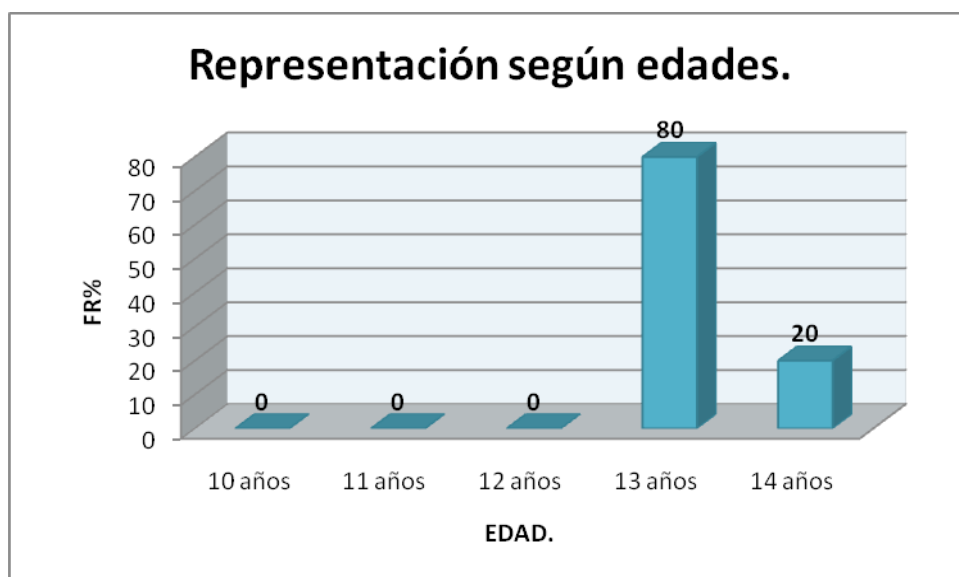
Categorías: si o no.

ANALISIS UNIVARIADO DE LAS VARIABLES:

Tabla nº 1: Distribución según edades de adolescentes que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1º de Diciembre de 2015 al 1º de Mayo de 2016.

EDAD	FA	FR%
10 años	0	0
11 años	0	0
12 años	0	0
13 años	8	80
14 años	2	20
TOTALES	10	100

Gráfica nº1: Distribución relativa porcentual de la variable “edad”.

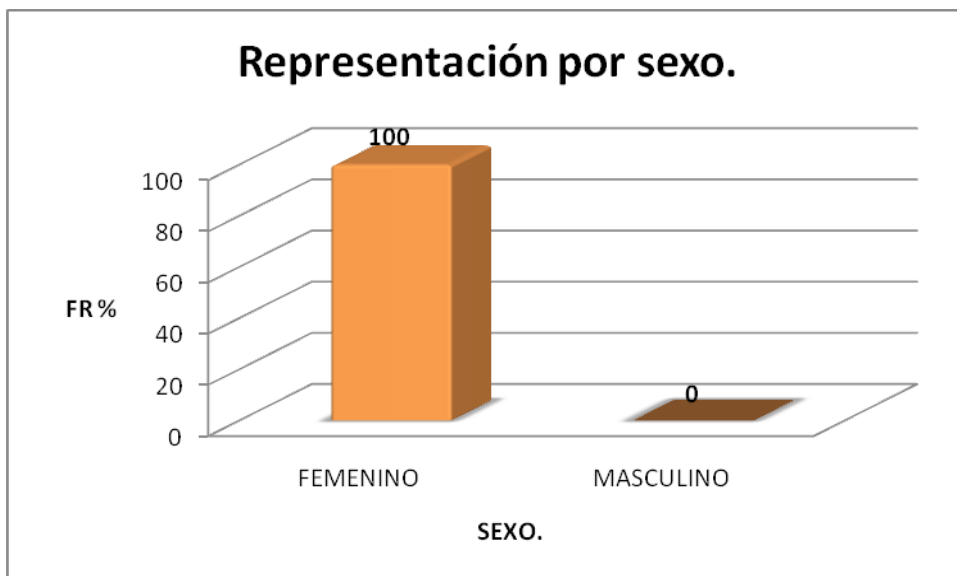


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla n°2: Distribución según el sexo de los adolescentes entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

SEXO	FA	FR%
FEMENINO	10	100
MASCULINO	0	0
TOTALES	10	100

Gráfica n°2: Distribución relativa porcentual de la variable “sexo”.

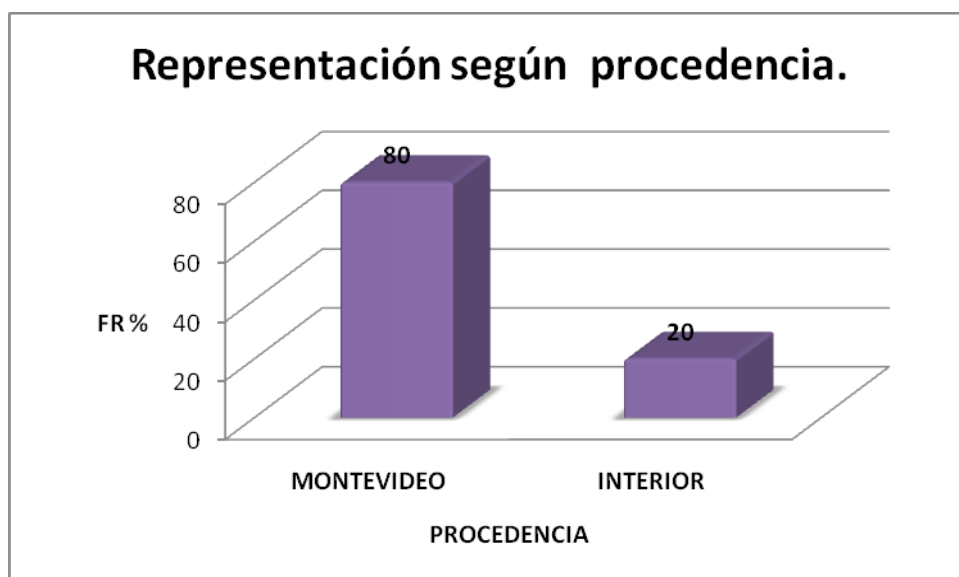


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla n°3: Distribución según procedencia de los adolescentes entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

PROCEDENCIA	FA	FR%
MONTEVIDEO	8	80
INTERIOR	2	20
TOTALES	10	100

Gráfica n°3: Distribución relativa porcentual de la variable “procedencia”.

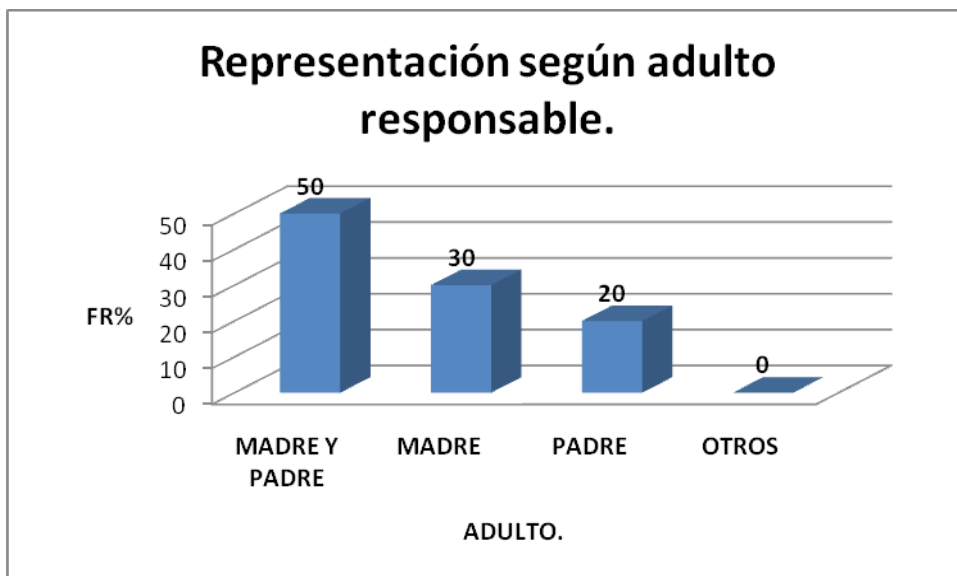


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla n°4: Distribución según adulto responsable del adolescentes entre 10 y 14 años que consulto por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

ADULTO RESPONSABLE	FA	FR%
MADRE Y PADRE	5	50
MADRE	3	30
PADRE	2	20
OTROS	0	0
TOTALES	10	100

Gráfica n°4: Distribución relativa porcentual de la variable “adulto responsable”.

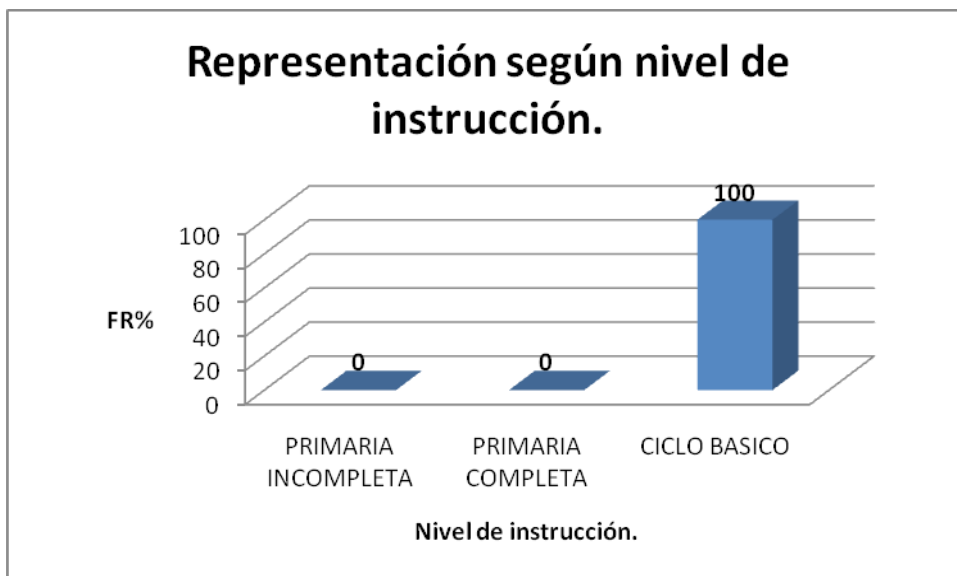


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla nº 5: Distribución según nivel de instrucción de los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1º de Diciembre de 2015 al 1º de Mayo de 2016.

NIVEL DE INSTRUCCION	FA	FR%
PRIMARIA INCOMPLETA	0	0
PRIMARIA COMPLETA	0	0
CICLO BASICO	10	100
TOTALES	10	100

Gráfica nº5: Distribución relativa porcentual de la variable “nivel de instrucción”.

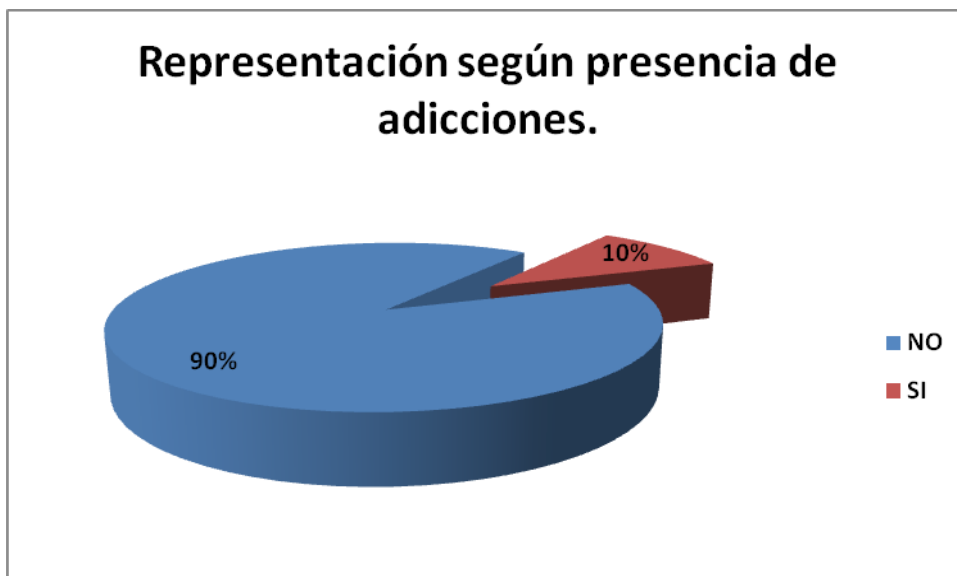


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla n°6: Distribución según adicciones de los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

ADICCIONES	FA	FR%
NO	9	90
SI	1	10
TOTAL	10	100

Gráfica n°6: Distribución relativa porcentual de la variable “adicciones” de los adolescentes.



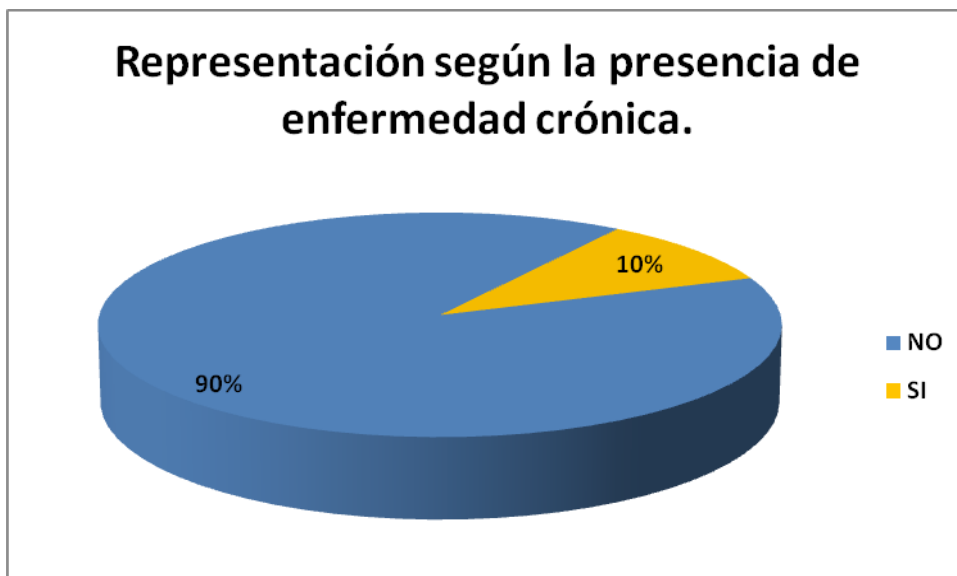
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

* Un solo caso consume marihuana y alcohol.

Tabla n°7: Distribución según antecedente de enfermedad crónica del adolescente de entre 10 y 14 años que consulto por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

ENFERMEDAD CRONICA	FA	FR%
NO	9	90
SI	1	10
TOTAL	10	100

Gráfica n°7: Distribución relativa porcentual de la variable “enfermedad crónica”.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

* Un solo caso presenta obesidad.

Tabla n°8: Distribución según presencia de trastorno mental en adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

TRASTORNO MENTAL	FA	FR%
SI	10	100
NO	0	0
TOTAL	10	100

Gráfica n°8: Distribución relativa porcentual de la variable “trastorno mental”.

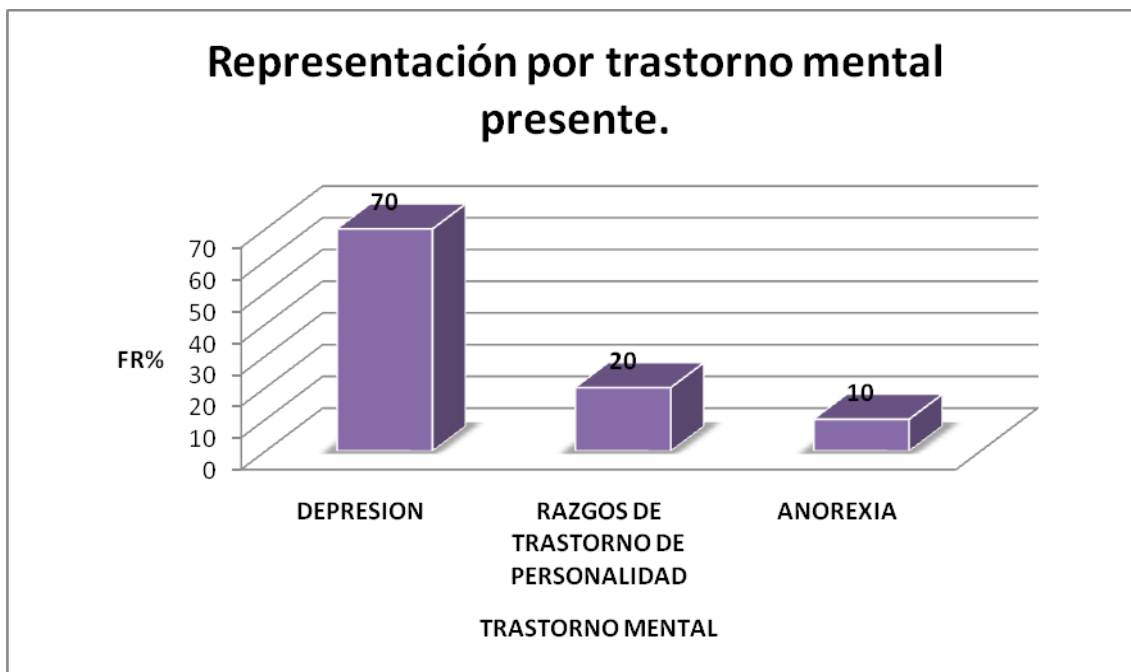


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla n°9: Distribución según tipo de trastorno mental presente en los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

TRASTORNO MENTAL	FA	FR%
DEPRESION	7	70
RAZGOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD	2	20
ANOREXIA	1	10
TOTALES	10	100

Gráfica n° 9: Distribución relativa porcentual de la variable “trastorno mental”.

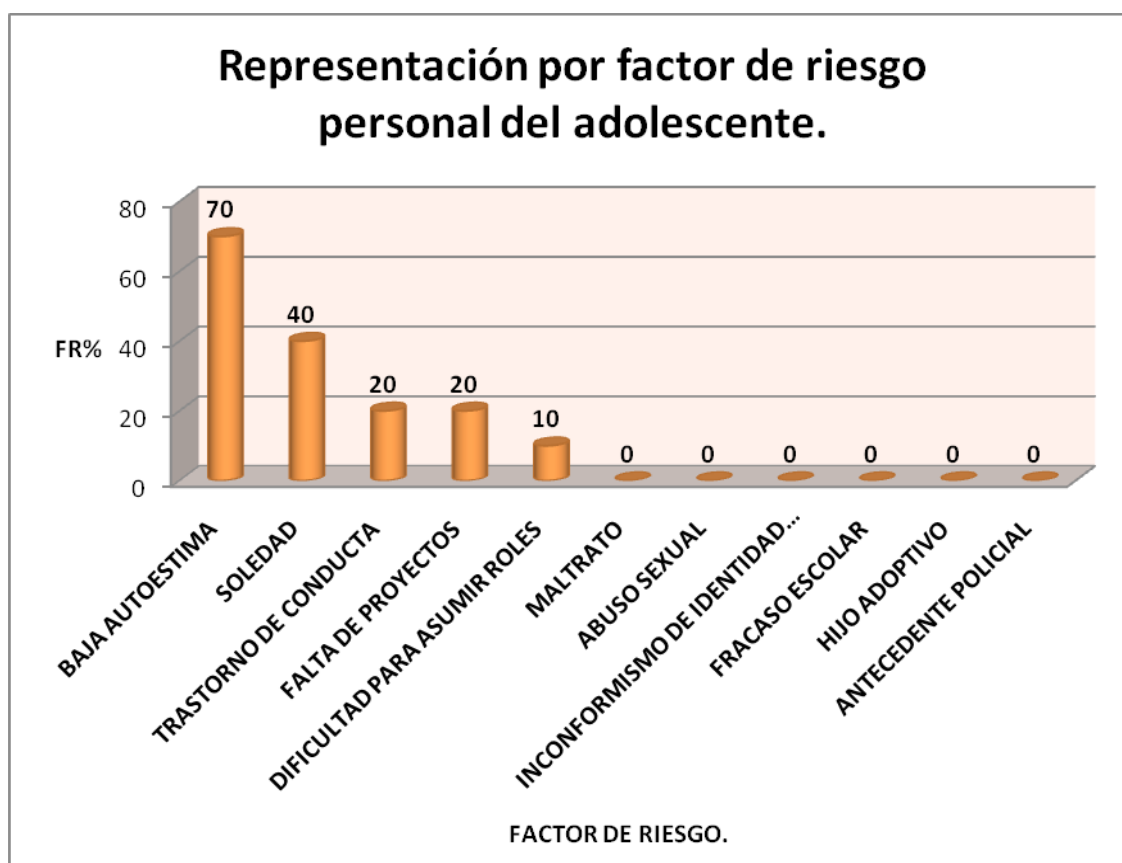


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla nº10: Distribución según situaciones personales que generan estrés en los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1º de Diciembre de 2015 al 1º de Mayo de 2016.

FACTORES DE RIESGO (personal)	FA	FR%
BAJA AUTOESTIMA	7	70
SOLEDAD	4	40
TRASTORNO DE CONDUCTA	2	20
FALTA DE PROYECTOS	2	20
DIFICULTAD PARA ASUMIR ROLES	1	10
MALTRATO	0	0
ABUSO SEXUAL	0	0
INCONFORMISMO DE IDENTIDAD SEXUAL	0	0
FRACASO ESCOLAR	0	0
HIJO ADOPTIVO	0	0
ANTECEDENTE POLICIAL	0	0

Gráfica n°10: Distribución relativa porcentual de la variable “factores de riesgo personal”.

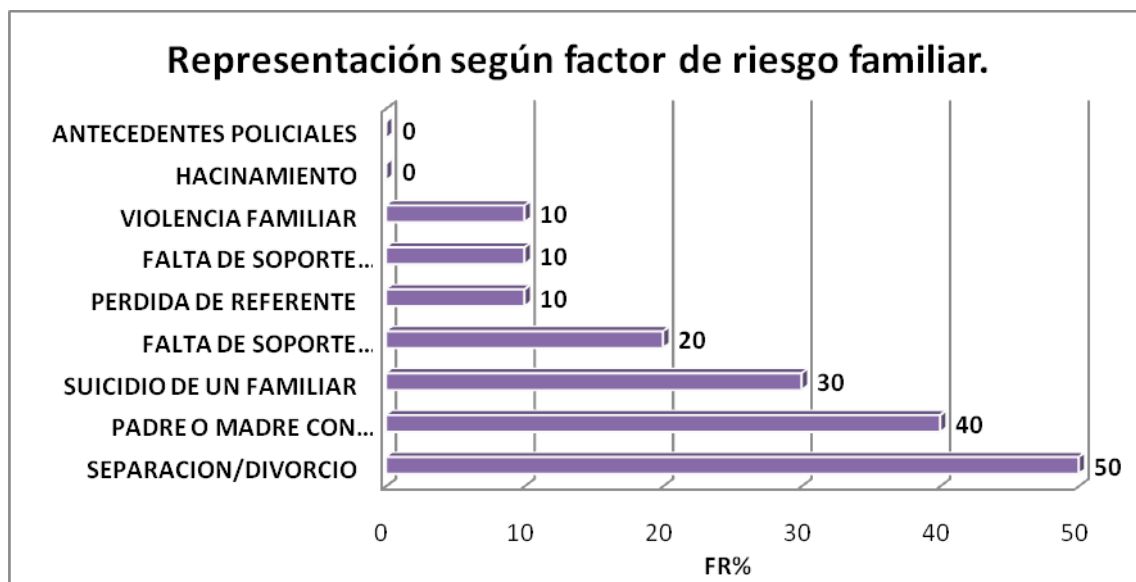


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla nº11: Distribución según factores de riesgo causados por situaciones familiares de los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1º de Diciembre de 2015 al 1º de Mayo de 2016.

FACTORES DE RIESGO (Situaciones familiares)	FA	FR%
SEPARACION/DIVORCIO	5	50
PADRE O MADRE CON TRASTORNO MENTAL	4	40
SUICIDIO DE UN FAMILIAR	3	30
FALTA DE SOPORTE FAMILIAR	2	20
PERDIDA DE REFERENTE	1	10
FALTA DE SOPORTE ECONOMICO	1	10
VIOLENCIA FAMILIAR	1	10
HACINAMIENTO	0	0
ANTECEDENTES POLICIALES	0	0

Gráfica nº11: Distribución relativa porcentual según variable “factores de riesgo familiar”.

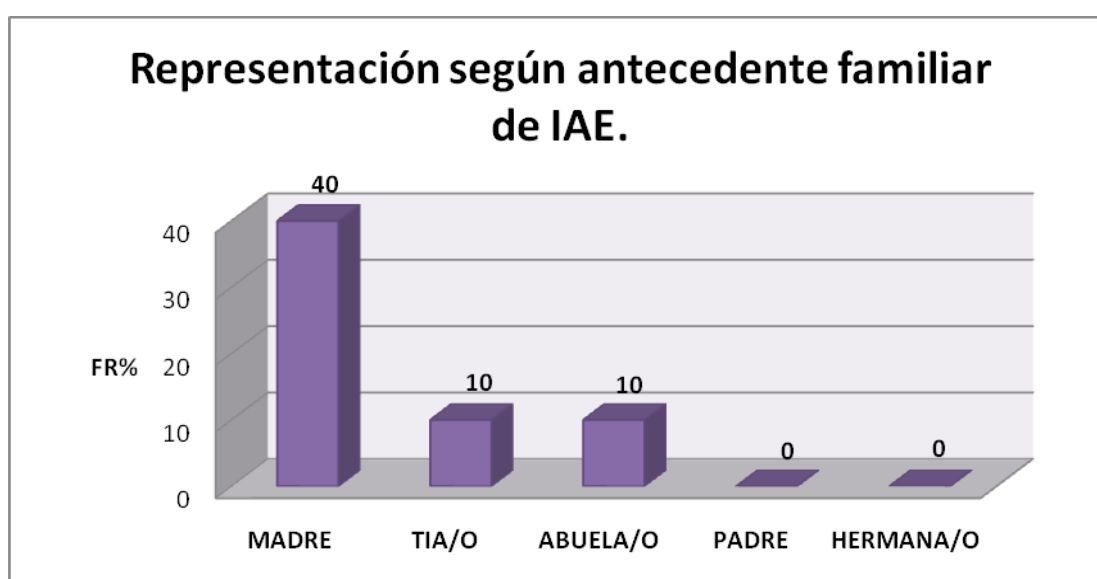


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla nº12: Distribución según antecedente familiar de IAE de adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1º de Diciembre de 2015 al 1º de Mayo de 2016.

FAMILIAR CON ANTECEDENTE DE IAE	FA	FR%
MADRE	4	40
TIA/O	1	10
ABUELA/O	1	10
PADRE	0	0
HERMANA/O	0	0

Gráfico nº12: Distribución relativa porcentual de según variable “antecedente familiar”.



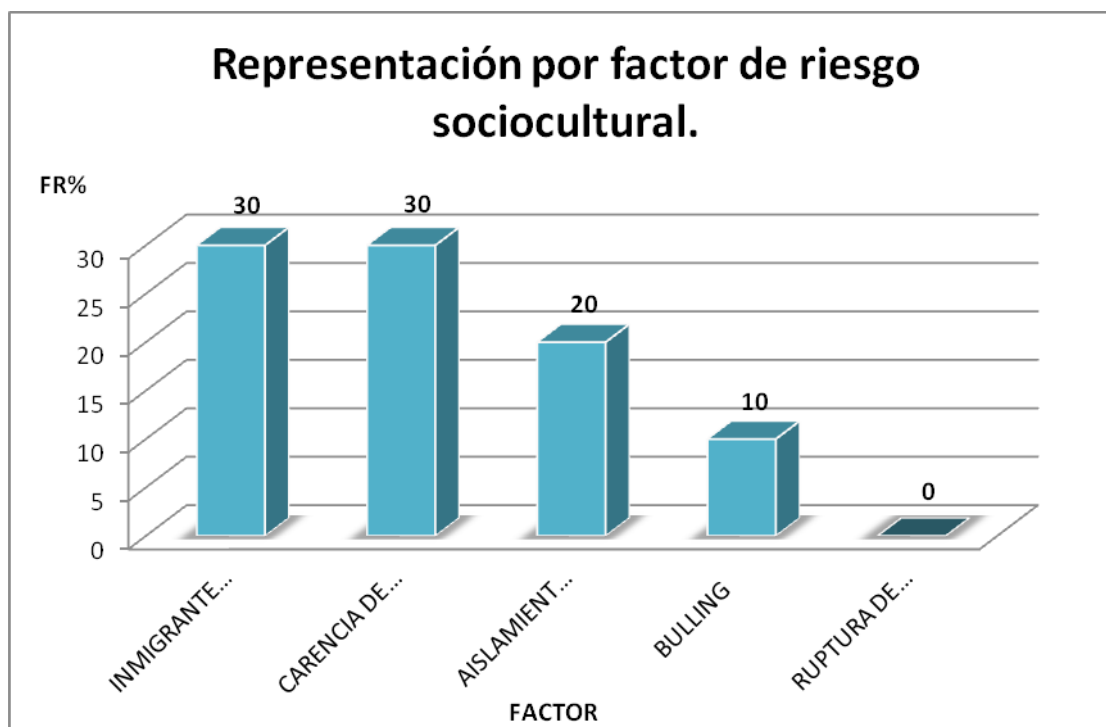
Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla nº13: Distribución según factor de riesgo causado por situaciones socioculturales en los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1º de Diciembre de 2015 al 1º de Mayo de 2016.

FACTORES DE RIESGO (SOCIOCULTURAL)	FA	FR%
------------------------------------	----	-----

INMIGRANTE/ MUDANZA	3	30
CARENCIA DE AMIGOS	3	30
AISLAMIENTO SOCIAL	2	20
BULLING	1	10
RUPTURA DE PAREJA	0	0

Gráfica n°13: Distribución relativa porcentual de la variable “factores de riesgo sociocultural”.

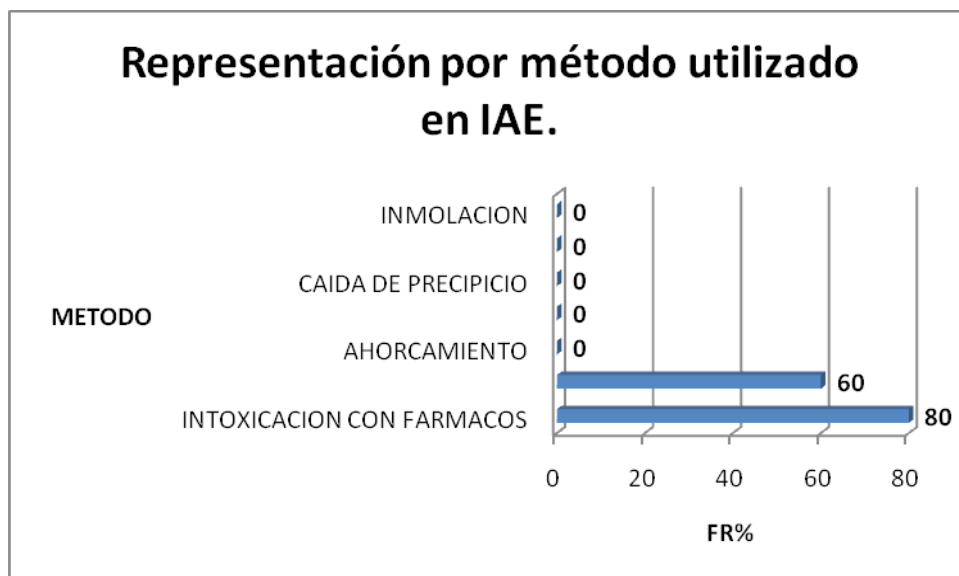


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla n°14: Distribución según método utilizado en los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

METODO UTILIZADO	FA	FR%
INTOXICACION CON FARMACOS	8	80
LESIONES CON ARMA BLANCA	6	60
AHORCAMIENTO	0	0
LESIONES CON ARMA DE FUEGO	0	0
CAIDA DE PRECIPICIO	0	0
INMERSION	0	0
INMOLACION	0	0

Gráfica n°14: Distribución relativa porcentual de la variable “método utilizado”.

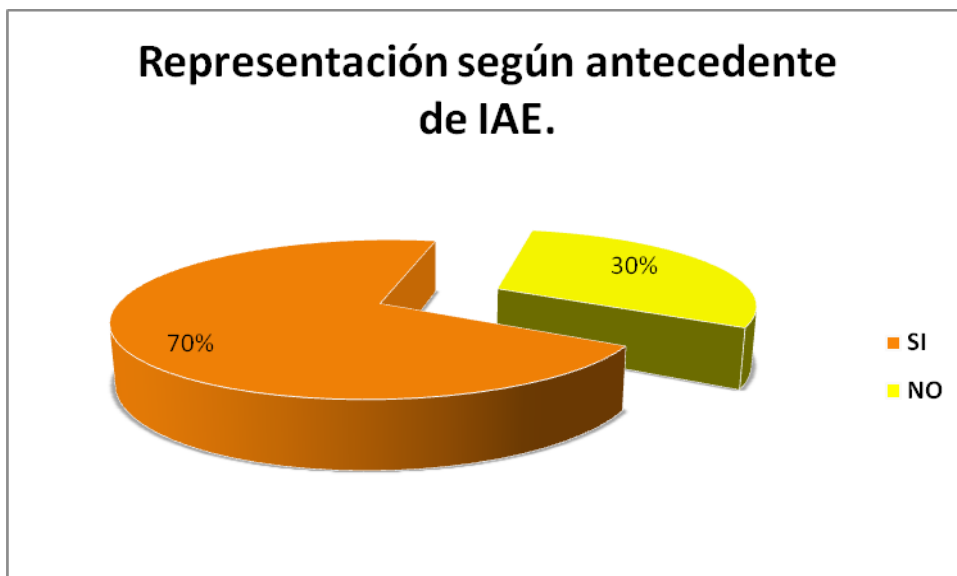


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla n°15: Distribución según antecedente de IAE en los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por el mismo motivo en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

ANTECEDENTE DE IAE	FA	FR%
SI	7	70
NO	3	30
TOTALES	10	100

Gráfica n°15: Distribución relativa porcentual de la variable “antecedentes de IAE”.

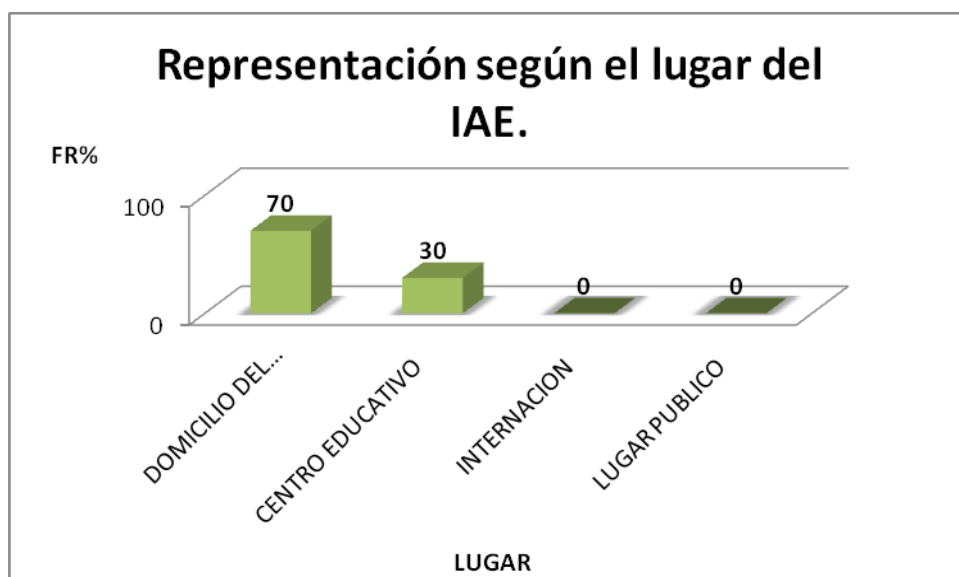


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla nº16: Distribución según lugar donde realizan el IAE los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por dicho motivo en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1º de Diciembre de 2015 al 1º de Mayo de 2016.

LUGAR DONDE SE REALIZA EL IAE.	FA	FR%
DOMICILIO DEL ADOLESCENTE	7	70
CENTRO EDUCATIVO	3	30
INTERNACION	0	0
LUGAR PUBLICO	0	0
TOTALES	10	100

Gráfica nº16: Distribución relativa porcentual de la variable “lugar”.

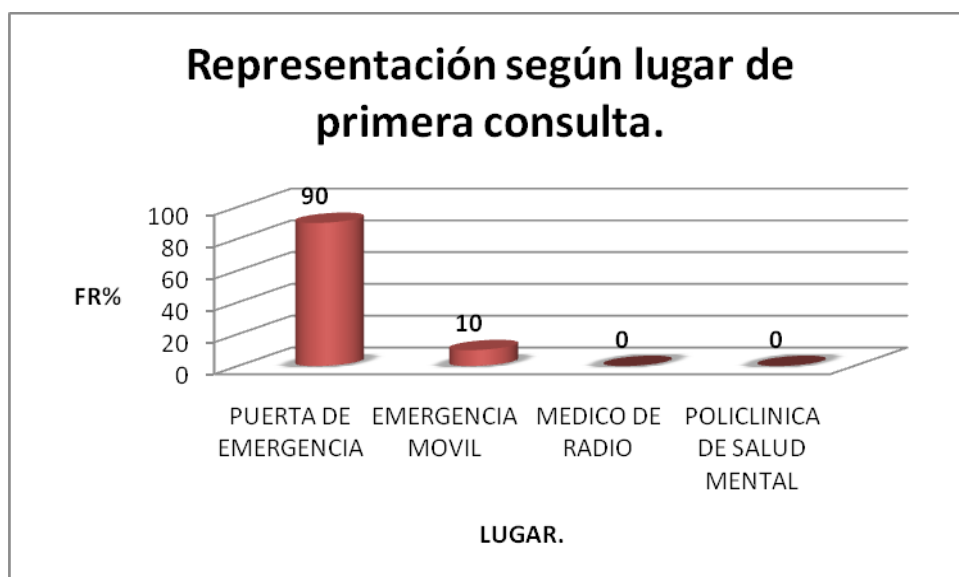


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla nº17: Distribución según lugar de consulta en primera instancia de los adolescentes de entre 10 y 14 años que lo hicieron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1º de Diciembre de 2015 al 1º de Mayo de 2016.

LUGAR DE CONSULTA	FA	FR%
PUERTA DE EMERGENCIA	9	90
EMERGENCIA MOVIL	1	10
MEDICO DE RADIO	0	0
POLICLINICA DE SALUD MENTAL	0	0
TOTALES	10	100

Gráfico nº17: Distribución relativa porcentual de la variable “lugar de consulta”.

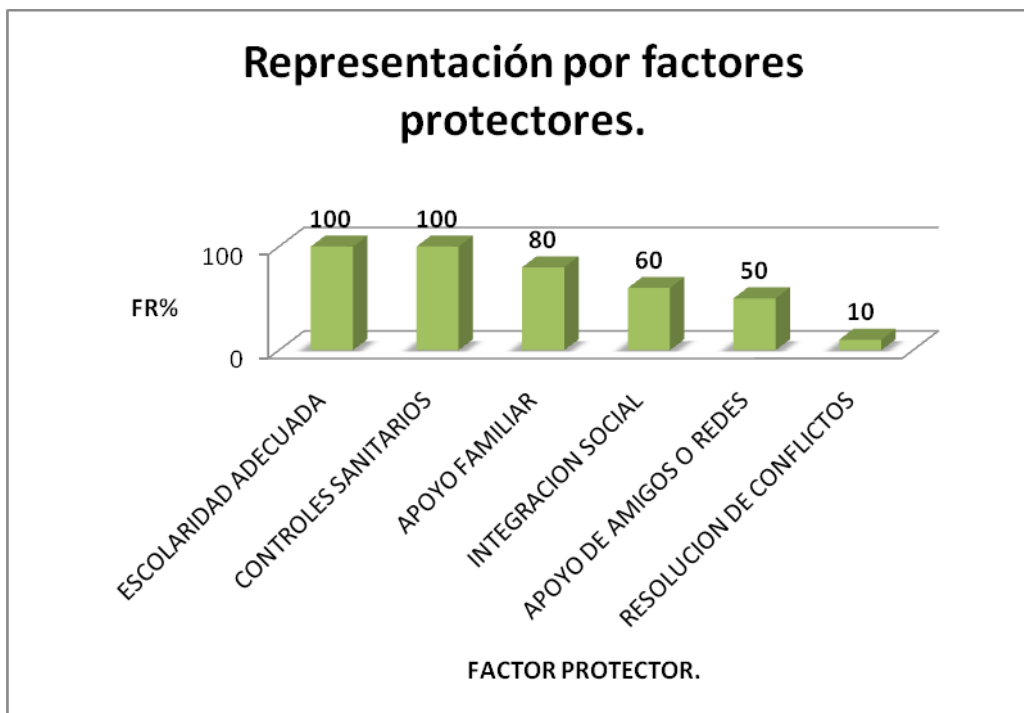


Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Tabla n°18: Distribución según factores protectores presentes en los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1° de Diciembre de 2015 al 1° de Mayo de 2016.

FACTORES PROTECTORES	FA	FR%
ESCOLARIDAD ADECUADA	10	100
CONTROLES SANITARIOS	10	100
APOYO FAMILIAR	8	80
INTEGRACION SOCIAL	6	60
APOYO DE AMIGOS O REDES	5	50
RESOLUCION DE CONFLICTOS	1	10

Gráfico n°18: Distribución relativa porcentual de la variable “factores protectores”.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

*Solo uno resuelve bien los conflictos

Tabla nº19: Distribución según la presencia del registro completo de la ficha de IAE de los adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron por dicho motivo en institución privada de Montevideo, durante el periodo 1º de Diciembre de 2015 al 1º de Mayo de 2016.

REGISTRO DE COMPLETO DE FICHA	FA	FR%
NO	10	100
SI	0	0
TOTALES	10	100

Gráfica nº19: Distribución relativa porcentual de la variable “registro completo”.



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

ANALISIS:

El presente trabajo fue realizado en una institución de asistencia médica privada de Montevideo, en periodo comprendido entre el 19 de mayo al 30 de junio del 2016.

El universo del estudio fueron los adolescentes con edades de entre 10 y 14 años que consultaron por IAE y se encontraban en seguimiento en la policlínica de salud mental de dicha institución, cuya muestra fue de 10 usuarios.

El 80% provenientes de Montevideo y el resto del Interior.

Todos los casos fueron del sexo femenino, coincidiendo con la tendencia descripta en anteriores estudios epidemiológicos de la OMS⁶ y el MSP⁷, a diferencia del sexo masculino que es el que en su mayoría concreta el acto.

Las edades comprenden entre los 13 y 14 años, etapa de la vida donde se producen múltiples cambios a nivel biológico y psicológico que sumado a otros factores puedan generar una desadaptación, determinando la ideación. Esto explica que el rango de edades de suicidio a nivel mundial (OMS) sean de entre 15 a 29 años, con el inicio de las conductas suicidas en edades más tempranas pudiéndose reiterar en un corto plazo y de esta manera se consuma el acto.

Dentro de los factores biológicos que pudieron afectar a dichas usuarias, solo una presento como enfermedad crónica, la obesidad.

Todos los casos estudiados poseen trastornos mentales; el 70% con depresión que es el antecedente más común del suicidio en los adolescentes descripto por el MSP en su guía de prevención, un 20% con rasgos de trastorno de personalidad y el restante 10% con el trastorno de alimentación (anorexia). En relación a lo anterior: se detecto la presencia de factores de riesgo personales del adolescente que le generan estrés, como son: la baja autoestima en el 70% de los casos, soledad en el 40% y un 20% con trastornos de conducta y falta de proyectos.

A estos factores se les suma las situaciones familiares como: el divorcio o separación de los padres en el 50%, antecedente de IAE de un familiar en un 60%, antecedentes de patología psiquiátrica de alguno de los padres en el 40%, carencia de soporte familiar en

⁶Organización Mundial de la Salud. Suicidio. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es> [consulta: 10 abr 2016].

⁷Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio. Día Nacional de Prevención del Suicidio. [Internet]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/17%20de%20Julio%202015%20Día%20Nacional%20PS%20ppt.pdf [consulta: 10 abr 2016].

el 20% y en el 10% de los casos se detectó violencia familiar, falta de soporte económico o pérdida de un referente. Todos estos también fueron descriptos en tesis realizada en un hospital pediátrico público de Montevideo, durante el año 2009.

Los factores de riesgo socioeconómicos que pueden estar asociados con los anteriores y se determinaron son en el 30% de los casos por mudanzas, 30% por carencia de amigos, 20% por aislamiento social y un único caso por Bullying; en alguno de los casos compartiendo más de una de estas situaciones.

En cuanto a los factores protectores: se destaca que todas las adolescentes se encuentran bajo la responsabilidad de alguno de sus padres, lo cual se puede ver reflejado en el nivel de escolaridad que es acorde a la edad y mantienen los controles periódicos en salud. El 60% posee buena integración social, el 50% tiene apoyo de amigos o redes y solo un 10% resuelve adecuadamente sus conflictos.

La habilidad para resolver los problemas y la vida social satisfactoria en conjunto con la integración social según la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio son factores protectores importantes para evitar IAE.

En nuestro estudio se cuantificó que el 70% de las adolescentes en seguimiento ya habían realizado anteriormente al menos un IAE, lo cual difiere con los datos aportados en la “Guía de prevención del suicidio, 2007” del MSP donde se da en un 20% la reiteración y en la bibliografía, “El IAE en el C.H. Pereira Rossell, 2009” de Martínez-Goyeneche-Kehayaian-Lungo; donde el 27% presentaban este antecedente.

El método de elección para el IAE fue en el 80% de los casos la intoxicación farmacológica y el 60% de las adolescentes a través de lesiones autoinflingida con arma blanca, un 40% de estos casos realizaron ambas acciones. El lugar de preferencia fue en el 70% de los casos en el domicilio y un 30% en su centro educativo. Si comparamos estos valores con los detectados en tesis del 2009, se observa un descenso en el método

de elección con fármacos (12,3%) y un aumento de las lesiones con arma blanca (58,5%). Se observa un aumento en la realización del IAE fuera del hogar (27%).

La consulta en primera instancia se realizó en puerta de emergencia en el 90%, seguido de un 10% a través de la emergencia móvil.

En el estudio se detecta un déficit de registro completo de la ficha de IAE, del 100% de los casos estudiados.

CONCLUSIONES:

En base al análisis de las variables utilizadas para el estudio de un universo de 10 casos, se observó que las características de los adolescentes que realizan IAE coinciden con los datos aportados por la bibliografía consultada. Siendo predominante los casos del sexo femenino, en edades de entre 13 y 14 años, provenientes de Montevideo, que concurren a controles sanitarios, estudian con buenos resultados y no trabajan.

A su vez, la mayoría de estas adolescentes poseen antecedentes de depresión e IAE, factores mencionados en otros estudios como determinantes en estos casos.

Los factores de riesgo predominantes son los propios del adolescente como: la baja autoestima, los trastornos de conducta y la soledad; siguiendo en frecuencia los causados por situaciones familiares por separación o divorcio, antecedentes de IAE y trastorno mental.

El método de elección para el IAE sigue siendo en su mayoría la intoxicación con fármacos con incremento de casos de lesiones con arma blanca.

En cuanto al lugar para realizarlo se mantiene la preferencia por el hogar pero hay tendencia creciente a realizarlos fuera del mismo.

Se puede afirmar que el IAE es un problema multicausal, con inicio en la adolescencia temprana e impulsada por la desadaptación de situaciones desfavorables.

Los casos de IAE en niños y adolescentes ya no son considerados “llamados de atención” como se describe en tesis realizada en hospital pediátrico público de Montevideo⁸, dado que para el equipo de psiquiatría infantil se expone la vida de los mismos y es por ello que deben ser internados y realizarles un seguimiento periódico donde se puedan determinar las características del mismo, su tratamiento y evolución (ver anexo nº3).

La carencia de registros en la ficha de IAE puede ocasionar un sesgo en la información de estudios epidemiológicos de gran valor y que pueden ayudar a disminuir el riesgo y alcanzar la meta establecida por el MSP para el 2020 que es disminuir un 10% la incidencia del suicidio a nivel nacional, en concordancia con la OMS.

⁸Canteras M, Otero J, Rodríguez Y, Sosa M, Zerpa V. Factores de estrés psicosocial que están presentes en el intento de suicidio de niños y adolescentes de entre 9 y 14 años; [tesis] [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.Bvsenf.org.uy/tesis/2009/FE-0292TG.pdf> [consulta: 10 ene 2015].

La prevención del suicidio exige un enfoque integral y multisectorial donde Enfermería a través de su proceso de atención fortalezca la capacidad reaccional de las personas en los diferentes niveles de atención junto al resto del equipo de salud mental. Para lograrlo en forma oportuna, con eficacia y calidad se requiere que enfermería se encuentre capacitada y actualizada en dicha problemática haciendo lugar a lo establecido dentro de los ejes temáticos del Plan Nacional de Prevención del Suicidio.

RECOMENDACIONES:

A través de la Facultad de Enfermería crear un programa que trabaje en conjunto con los adolescentes en los centros estudiantiles para formar promotores de salud en los distintos niveles educativos, que sirvan de referentes para otros que soliciten ayuda o detecten los signos y factores de riesgos realizando la prevención y promoción en salud

tomando en cuenta que el principal factor de riesgo es el antecedente de intento de autoeliminación previo.

Lograr el trabajo en red entre los adolescentes promotores y profesionales (Licenciados en Enfermería, Educadores, Psicólogos, etc.) para que los casos detectados puedan ser atendidos y prevenir el IAE.

Realizar actividades educativas y de sensibilización del tema (IAE y suicidio adolescente) en centros educativos, sociales y deportivos con el fin de desmitificar y captar situaciones de riesgo en la comunidad.

Estimular a educadores y personal de la salud, en la capacitación de la prevención del suicidio a través de talleres y foros realizados por la Red Nacional de Prevención del Suicidio (RENATAPRES), dado su accesibilidad en los distintos puntos del país.

Implementar el uso de tamizaje en los centros estudiantiles, comenzando a nivel escolar y que el mismo sea complemente con el sistema de información nacional de prevención del suicidio.

Implementar el uso de la ficha de registro de IAE como herramienta de trabajo y lograr recabar la totalidad de los casos y sus características, de manera de generar evidencia que guíe las estrategias de prevención del suicidio.

DIAGRAMA DE GANTT:

Actividades	12/2014	1/2015	2/2015	3/2015	7/2015	9/2015	10/2015	12/2015	2/2016
Tutoría	★					★			★
Revisión Bibliográfica		→							
Elaboración del protocolo		→							
Elaboración del instrumento de			→						

recolección de datos									
Correcciones del protocolo									
Solicitud de autorización en Institución privada							★		
Autorización del Comité de Bioética de Institución privada									★
	4/2016	5/2016	6/2016	7/2016	9/2016				
Autorización de la Dirección Técnica de institución privada	★								
Autorización del Equipo Salud Mental		★							
Correcciones del protocolo									
Recogida de datos									
Tutoría					★				
Elaboración del Informe Final									

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Plan nacional de prevención del suicidio. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20Nacional%20de%20Prevención%20del%20Suicidio.pdf> [consulta: 10 ene 2015].
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio (SUPRE). [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/ [consulta: 10 ene 2015].

3. 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: 10 dic 2014].
4. Organización Mundial de la Salud. Suicidio. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es> [consulta: 10 abr 2016].
5. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio. Día Nacional de Prevención del Suicidio. [Internet]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/17%20de%20Julio%202015%20Día%20Nacional%20PS%20ppt.pdf [consulta: 10 abr 2016].
6. Universidad de la República. Programa para el Desarrollo de Entornos Virtuales de Aprendizaje. Red Nacional de Prevencion del Suicidio. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://eva.universidad.edu.uy/course/view.php?id=1950> [consulta: 10 abr 2016].
7. Díaz A, Garay M. Estrategias de intervención en Salud Mental para el abordaje de personas con riesgo suicida. Rev Urug Enferm [Internet]. 2014, 2(9): 44- 48. Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/download/23/21> [consulta: 10 abr 2016].
8. Uruguay. Presidencia. Reporte social 2013: principales características del Uruguay Social. [Internet]. 2013. Disponible en: www.opp.gub.uy/images/documentos/Rendiciones/reporte_social_2013.pdf [consulta: 10 abr 2016].
9. Bustamante VF, Florenzano UR. Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura. Rev Chil Neuro Psiquiatr [Internet]. 2013; 51(2): 126-136. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000200006&lng=es. [consulta: 05 oct. 2016].
10. Cortes Alfaro A. Conducta suicida adolescencia y riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014; 30(1): 132-139. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0864-21252014000100013&lng=es. [consulta: 10 feb 2015].

11. Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G, Duràn M. Prevencion de la conducta suicida en adolescentes: guía para los sectores Educación y Salud. Montevideo: CSIC, UdelaR; 2012.
12. Garay M, Capezzuto B, Díaz A, Vázquez L, Balbuena M, Luquez C, et al. Depresión: intento de autoeliminación. Montevideo. CSEP, UdelaR; 2015.
13. Canteras M, Otero J, Rodríguez Y, Sosa M, Zerpa V. Factores de estrés psicosocial que están presentes en el intento de suicidio de niños y adolescentes de entre 9 y 14 años; [tesis] [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.Bvsenf.org.uy/tesis/2009/FE-0292TG.pdf> [consulta: 10 ene 2015].

ANEXOS:

<u>INDICE</u>	<u>PÁGINA</u>
Nº1: Ficha de registro de IAE del MSP	58
Nº2: Instrumento de recolección de datos	59
Nº3: Entrevista realizada a psiquiatra del equipo de Salud Mental de la institución	60
Nº4: Solicitud a Dirección Técnica de la institución	66
Nº5: Autorización del estudio	67
Nº6: Solicitud a Jefe de Registros Médicos	68
Nº7: Solicitudes a Equipo de Salud Mental	69
Nº8: Afiches	71

ANEXO N°1: Ficha de registro de IAE del MSP.



DIGESA/DPES/PNSM

Ficha de Registro de Intento de Autoeliminación (IAE)

Prestador Integral de Salud _____

Fecha de Consulta ____/____/____

Fecha de IAE ____/____/____

Nombre _____ Sexo ☐ Fecha nac Edad CI

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Tel. _____ Celular _____

Dirección _____

Departamento _____ Localidad _____ Urbano ☐

Rural ☐

Persona de referencia _____ Teléfono de contacto _____

Vive con Familia/pareja ☐ Amigo ☐

Solo ☐ Institución ☐

Otros _____

Ocupación _____

Método utilizado para el IAE

Ahorcamiento ☐ Arma de fuego ☐

Ingesta de sustancias tóxicas ☐ Fármacos ☐

Inmersión ☐ Precipitación ☐

Otros métodos (especifique) _____

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

Farmacológico ☐ Psicoterapia ☐

Otros (especifique) _____

DISPOSITIVO DE SALUD INTERVINIENTE EN 1ª INSTANCIA

Puerta de emergencia ☐ Otros ☐

Médico de radio/ urgencia en domicilio ☐

Policlinica ☐ Especifique _____

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

SERVICIO O EQUIPO DE SALUD MENTAL

Fecha ____/____/____ Concurrió SI ☐ No ☐

Firma: _____ Aclaración: _____

Especialidad _____

ANEXO N°2: Instrumento de recolección de datos.

N° DE CASO / FA		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	FA	
EDAD	10 AÑOS												
	11 AÑOS												
	12 AÑOS												
	13 AÑOS												
	14 AÑOS												
SEXO	FEMENINO												
	MASCULINO												
PROCEDENCIA	MONTEVIDEO												
RESPONSABLE DEL ADOLESCENTE	INTERIOR												
	MADRE Y PADRE												
	MADRE												
	PADRE												
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	OTRO, especificar:												
	PRIMARIA INCOMPLETA												
	PRIMARIA COMPLETA												
	CICLO BÁSICO												
ADICCIONES	NO												
	SI, especificar:												
ENFERMEDAD CRÓNICA	NO												
	SI, especificar:												
TRASTORNOS MENTALES	NO												
	SI, especificar:												
FACTORES RIESGO DEL ADOLESCENTE	MALTRATO												
	ABUSO SEXUAL												
	TRASTORNOS DE CONDUCTA												
	SOLEDAD												
	BAJA AUTOESTIMA												
	FALTA DE PROYECTOS												
	INCONFORMISMO DE IDENTIDAD SEXUAL												
	DIFICULTAD PARA ASUMIR ROLES												
	FRACASO ESCOLAR												
	HIJO ADOPTIVO												
	ANTECEDENTES POLICIALES												
	FACTORES DE RIESGO FAMILIARES	PERDIDA DE REFERENTE											
		SUICIDIO DE UN FAMILIAR											
FALTA DE SOPORTE FAMILIAR													
FALTA DE SOPORTE ECONOMICO													
PADRES CON TRASTORNOS MENTALES													
VIOLENCIA FAMILIAR													
HECHIZAMIENTO													
SEPARACION / DIVORCIO													
ANTECEDENTES POLICIALES													
RUPTURA SENTIMENTAL													
FACTORES CULTURALES Y SOCIALES	BULLYING												
	INMIGRANTES / MUDANZA												
	CARENCIA DE AMIGOS												
	ATRAQUE SOCIAL												
	ATRAQUE SOCIAL												
METODO UTILIZADO EN EL IAE	ATRAQUE SOCIAL												
	LESIONES DE ARMA BLANCA												
	LESIONES DE ARMA DE FUEGO												
	CAIDA DE PRECIPICIO												
	INMERSION												
	INTOXICACION												
	INMOLACION												
	PRECIPITACION FRENTE VEHICULO												
ANTECEDENTES DE IAE	SI												
LUGAR DEL INTENTO	NO												
	DOMICILIO												
	INTERNADO												
	CENTRO EDUCATIVO												
	EN PUBLICO												
ANTECEDENTES DE IAE	OTRO												
	MADRE O PADRE												
	HERMANA/O												
LUGAR DE CONSULTA EN PRIMERA INSTANCIA	ABUELA/O												
	PUERTA DE EMERGENCIA												
	MEDICO DE RADIO												
	POLICLINICA DE SALUD MENTAL												
FACTORES DE PROTECCION	OTRO, especificar:												
	ESCOLARIDAD ADECUADA												
	CONTROLES SANITARIOS PERIODICOS												
	APOYO FAMILIAR												
	APOYO DE AMIGOS O REDES												
	BUENA INTEGRACION SOCIAL												
HAABILIDAD RESOLUCION DE CONFLICTOS													
POSEE REGISTRO EN FICHA DE IAE	SI												
	NO												

ANEXO N°3: Entrevista realizada a psiquiatra del equipo de Salud Mental de la institución.

1. Se dice que el IAE es multicausal ¿Cuál cree que son los principales factores que lo propician (ambiental, económico, biológico, sociocultural, político) y porque?

No hay un principal factor de riesgo que propicie el IAE; ni siquiera si pensamos en que se den varios factores de riesgo, o se presente tal o cual factor siempre depende de la persona. Por lo tanto se dice que el mismo es multicausal.

Un elemento a destacar como factor de riesgo es la patología psiquiátrica en sí misma, como son la depresión , los trastornos de conducta , las adicciones, los rasgos de personalidad que eso va a incidir en aquel adolescente que no esté llevando una buena adolescencia por diferentes motivos.

Si pensamos un principal factor de riesgo para que un adolescente intente auto eliminarse es haber hecho un intento antes por lo tanto se trabaja con que no existe un llamado de atención. Un adolescente que hace un intento si está llamando la atención : de que lo atiendan ,de que lo miren, de que se ocupen , de que está deprimido y de que necesita ayuda porque no está bien por eso se trabaja con la familia.

Para nosotros no es un llamado de atención porque se pone en riesgo la vida del adolescente.

2. Teniendo en cuenta sus experiencias en estos casos, tanto a nivel público como privado ¿Cuáles son las similitudes y diferencias entre los adolescentes que consultaron por IAE?

Algo que llama la atención es la diferencia en cantidad en cuanto a IAE dándose muchas más consultas en el ámbito público que en el privado. Lo que se supone es que en el ámbito privado hay una mayor protección. El adolescente en el privado consulta en la emergencia con el pediatra o consulta directamente en la policlínica de salud

mental teniendo otras medidas del punto terapéutico. No queda claro si es porque al encontrarse en un medio socioeconómico y cultural diferente eso incida en los IAE. Quizás se deba a que los adolescentes en el ámbito privado tienen mayores factores protectores ya que todos se encuentran escolarizados sin embargo en el ámbito público el 70 % no se encuentran escolarizados o mejor dicho están mal escolarizados o con retraso y fracaso escolar siendo más difícil ver en el ámbito privado porque hay otro soporte familiar.

En cuanto a las edades son iguales tanto en el ámbito público como el privado. En el ámbito público se ven algunos casos pero se consideran casos aislados y excepcionales.

La edad media de los IAE se encuentra entre los 12 a 13 años.

En suma lo que se ve en el ámbito privado son mayores factores sociales y económicos de protección pero se puede ver además que hay mas patología psiquiátrica; siendo que en el publico los factores socioeconómicos inciden en la patología psiquiátrica como por ejemplo la depresión.

3. ¿Cuáles son los factores de protección que pueden determinar la prevención del IAE en primer caso o su reiteración?

Es lo mismo que con los factores de riesgo el juego de esos factores que se dividen en individual, sociales, familiares.

Por ejemplo un adolescente que haga un IAE pero que tenga una buena contención con amistades, un referente tanto familiar o en el ámbito educativo; que además si realiza algún deporte va a tener un soporte a diferencia de otro que no lo tenga eso a nivel individual.

En cuanto al ámbito familiar no es lo mismo una familia que se preocupe y se ocupe de la situación a que señale y castigue “lo que me hizo a mí con todo lo que yo trabajo para

él y todo lo que yo le doy “allí se pierde de vista que el adolescente se quiso matar quedando como una traición. Entonces la familia en vez de demostrar preocupación y ocupación por la situación y ver que hacer o ver porque el adolescente está sufriendo ; la familia ataca, señala y juzga no genera un factor protector para el mismo.

En cuanto al nivel social si tienes una posibilidad de mandar al usuario a psicoterapia o mandarlo a un gimnasio a hacer ejercicio y es una opción no es lo mismo que no tengas ningún recurso.

Siempre depende del adolescente si no quiere no quiere y si se encuentra deprimido o tiene algún trastorno psiquiátrico (depresión, ansiedad, trastornos de conducta, rasgos de personalidad).

No hay ninguna panacea hace años que se intenta y se trabaja con la prevención de los intentos de IAE habiendo estudios dentro de estos últimos 60 años que demuestran que lo que se ha hecho no ha servido para evitar los mismos y los números de intento de IAE no han bajado.

4. ¿Qué tratamiento reciben los adolescentes que consultaron por IAE desde la emergencia hasta el alta definitiva?

Nosotros como psiquiatras infantiles tratamos de educar al pediatra que un adolescente que realiza IAE se interne en piso de pediatría no importa si fue una aspirina tratamos de educarlos.

Dependiendo de la situación, soporte familiar y la negociación con la familia para no perder al paciente entonces se puede dar el alta a pesar de que debería estar internado. Todo depende de la situación pero por protocolo se ingresa al paciente y eso nos da tiempo de conocer a la familia, al adolescente y pensar en tratamientos a largo plazo debido a que hay una alta tasa de deserción a la consulta y el mayor riesgo de reintento

en un adolescente es a los 7 días del primer IAE. Por lo tanto esta bueno trabajar con el niño, la familia, hasta con el sistema educativo durante la internación y que lo vea la pediatra y la asistente social; todo el equipo.

Algo a destacar es que en el ámbito público se trabaja mejor en este sentido debido a que contamos con asistente social siendo que en ámbito privado no se da.

Luego se realiza un seguimiento: en el caso de esta institución se realiza en esta policlínica de salud mental, en cambio en el ámbito público se pueden derivar al equipo de salud mental de su centro de referencia cercano.

El seguimiento se realiza siempre que el adolescente quiera y que la familia quiera y lleve al adolescente a la consulta, no se van a buscar si no se presentan a la consulta.

En el ámbito público se está tratando de implementar hace dos años un seguimiento mediante una enfermera que trabaja en servicio de salud mental corrobora en los pases de guardia y lleva el registro de los pacientes que ingresan por IAE y corrobora que se hayan realizado las denuncias obligatorias y verifica que el mismo venga a control. Si el mismo no se ha presentado al control realiza llamado a su casa con un protocolo armado con algunas preguntas y si quiere una nueva hora de control; debido a que lo realiza una sola persona no funciona al 100%.

En cuanto al ámbito privado aparentemente no hay tanta deserción a las consultas pero es solo aparentemente porque no hay una forma de saberlo.

5. Según su opinión:

a) ¿Qué rol cumple el equipo de enfermería en dicho tratamiento?

En el ámbito público está la enfermera que hace el seguimiento y su función es participar del pase de guardia, llevar los registros de los pacientes que consultaron por IAE, que se realice la denuncia obligatoria y corroborar que se realice el tratamiento y

de coordinar nuevas consultas. Dicha enfermera es la referente para ASSE del equipo de salud mental en IAE va a reuniones, coordinaciones y participa de ámbitos de prevención con el equipo de salud mental.

El rol de enfermería además es para nosotros “los ojos de la diaria “lo que nosotros no vemos en la entrevista.

b) ¿Qué cualidades debe tener enfermería para la asistencia de dichos usuarios?

Le tiene que gustar la parte de patología mental, los adolescentes, usuarios con adicciones tener afinidad.

Cada vez hay más cursos de actualización que debe tener la enfermera para poder entender las patologías mentales con problemas de conducta y cómo manejarlos y saber que esperar de los mismos.

Le tiene que gustar trabajar con niños y adolescentes para poder comprenderlos y entenderlos y tener mayor empatía con los mismos; hay que tener en cuenta que el usuario con IAE está sufriendo y no está bien y si a eso le sumamos la patología psiquiátrica y los trastornos de conducta se hace difícil.

La mayor urgencia que hay con un usuario así es sentarse y escuchar lo cual a veces en una guardia es complicado pero es lo que se necesita hacer.

C. ¿Cómo se implementa la ficha de registro de IAE, tanto a nivel público como privado y porque?

La ficha de registro de IAE en esta institución privada no se implementa. En ámbito público es una lucha pero se está implementando más con la ayuda de enfermera referente.

La verdad nadie quiere hacerse cargo debería hacerse en Servicio de Emergencia pero debido a que no hay sanciones y nadie controla al respecto nadie las hace. En algunas mutualistas hay un administrativo que se encarga de que la hoja se encuentre engrampada a la historia y se encarga de realizar la denuncia; pero esta mutualista no es el caso.

ANEXO N°4: Solicitud a Dirección Técnica de la institución.



Montevideo, 20 de Noviembre del 2015.

Asociación Española:
Director técnico:
Dr. Eduardo Grandall:

Por la presente; quienes suscriben se dirigen a usted con el fin de solicitarle autorización para realizar un trabajo de investigación descriptivo y retrospectivo sobre los factores de riesgo en el intento de autoeliminación de adolescentes de 10 a 13 años, asistidos en dicha institución.

Los datos necesarios son: edad, sexo, procedencia, nivel de instrucción, método utilizado, lugar de asistencia, antecedentes, hábitos nocivos, enfermedades crónicas, eventos vitales estresantes y sistemas de protección; de las consultas realizadas durante los años 2013 y 2014 que puedan ser recabados de historias clínicas u otro sistema de archivo.

Desde ya comprendemos la implicancia y la sensibilidad que genera dicha temática, pero creemos necesario profundizar sobre la misma, dado el aumento de los casos detectado en estudios realizados a nivel nacional por parte de la Universidad de la República.

En conocimiento de que la Asociación Española es pionera en servicios de salud, en la asistencia integral de Niños y Adolescentes y de su participación en actividades académicas; es que surgió la iniciativa de realizar este trabajo con un propósito en común que es el bienestar bio-psico-social de los usuarios.

Dicho estudio será presentado como el trabajo final de investigación ante un tribunal de defensa, como requisito indispensable en la carrera de Licenciatura en Enfermería; y la encargada de la tutoría es la Profesora Adjunta a la Cátedra de Salud del Niño/a y Adolescente de la Facultad de Enfermería, la Lic. Enf. Amparo Huguet.

Enmarcados en el desarrollo de nuestra profesión es que nos comprometemos respetar los principios éticos de una investigación como son: anonimato del usuario, resguardo de los datos, secreto profesional y el principio de no maleficencia; cuyo objetivo de estudio son los seres humanos.

Esperando una respuesta favorable y quedando a su disposición ante cualquier consulta se adjunta correo y celular de contacto.

Saludan atentamente:

Br. Bastos, Elizabeth; C.I. 1.715.563-2
Br. Michelena, María; C.I. 2.544.492-6
Br. Pereira, Natalia; C.I. 1.845.732-0
Br. Pereira, Lorena; C.I. 2.967.910-1
Br. Pereyra, Alejandra; C.I. 3.491.781-9

[Handwritten signatures and stamps]

ANEXO N°5: Autorización del estudio.



El Consejo Directivo de la A. E. P. de S. M. en su
sesión de fecha 5/04/16, Acta No. 3723 resolvió:

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA - FACULTAD DE ENFERMERIA.-
Solicitan autorización a efectos de implementar un trabajo de investigación en referencia a los "factores de riesgo suicida en adolescentes de 10 a 14 años". Los datos a recolectar en la mencionada investigación, estarán a cargo de estudiantes avanzados de la carrera de Licenciatura en Enfermería, que se encuentran en proceso de elaboración de su trabajo final de Tesis de Investigación. La Comisión de Bioética da el visto bueno.-

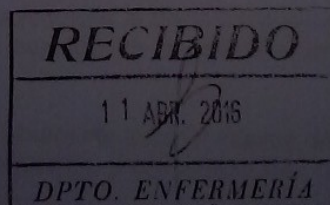
El Consejo Directivo autorizó el trabajo de investigación.-

SECRETARIA GENERAL

6 ABRIL 2016

PASE A SUS EFECTOS AL DIRECTOR TÉCNICO DR. EDUARDO GRANDAL.
c/c SUBJEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA LIC. YANINA COSTA.
COMISIÓN DE BIOÉTICA.

SV



ANEXO N°6: Solicitud a Jefe de Archivos Médicos.

Montevideo, 28 de Abril de 2016.

Asociación Española:
Jefe de Registros Médicos:
Dr. Juan Amigo:

Por intermedio de la presente, es de nuestro interés informarle que somos integrantes del grupo de investigación de la Facultad de Enfermería autorizado por la Gerencia el pasado 11 de Abril a realizar en el servicio del cual usted es responsable.

Dicha investigación es del tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal; cuya población de estudio son los adolescentes de entre 10 y 14 años.

La pregunta problema es: ¿Cuáles son los factores estresantes presentes en adolescentes con intento de autoeliminación, que ingresan al servicio de emergencia de una institución privada, en el periodo comprendido entre el 1º de Diciembre del 2013 y el 1º de diciembre del 2015, en el departamento de Montevideo?

El sistema de recolección y procesamiento de los datos es a través de la revisión de las historias clínicas aportadas por la institución, con el fin de recabar los datos requeridos para el análisis de las variables.

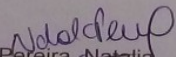
En todo momento se preservaran los datos personales de manera que la información obtenida no pueda vincularse a alguna persona determinada o determinable; y se mantendrá el secreto profesional.

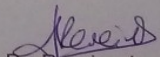
El propósito principal es aportar nuevos conocimientos que sirvan de base para las actuaciones del equipo de salud que enfrenta estos casos; y brindar herramientas para la detección precoz de los factores de riesgo asociados a este problema, así como la potenciación de los factores protectores.

Por tal motivo; queremos hacerle llegar nuestros contactos para coordinar la recolección de los datos, a la brevedad posible y sin perjuicio de la dinámica del servicio.

Se adjunta instrumento de recolección de los datos con las variables a utilizar y sus categorías.

Saludan atte.


Br. Pereira, Natalia
Celular: 094 552 512


Br. Pereira, Lorena
Celular: 094 161 992

Correo: lorenape.eche.11@gmail.com

ANEXO N°7: Solicitudes a Equipo de Salud Mental.

Montevideo, 3 de Mayo de 2016.

Asociación Española:
Departamento de Salud Mental:
Coord. De adolescentes y jóvenes:
Dra. Susana Grunbaum:

Por intermedio de la presente, es de nuestro interés informarle que somos integrantes de un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería que fue autorizado el pasado 11 de Abril a realizar el Trabajo Final de Investigación por parte del Comité de Bioética y Gerencia de la Asociación Española.

Dicha investigación es del tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal; cuya población de estudio son los adolescentes de entre 10 y 14 años.

La pregunta problema es: ¿Cuáles son los factores estresantes presentes en adolescentes con intento de autoeliminación, que ingresan al servicio de emergencia de una institución privada, en el período comprendido entre el 1º de Diciembre del 2013 y el 1º de diciembre del 2015, en el departamento de Montevideo?

El sistema de recolección y procesamiento de los datos es a través de la revisión de las historias clínicas aportadas por la institución, con el fin de recabar los datos requeridos para el análisis de las variables.

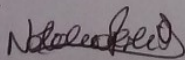
Al iniciar la coordinación con el servicio de Registros Médicos y Estadística; nos informan de un déficit en los registros que limita el acceso a las historias de estos usuarios, dado que no están clasificados por el motivo de consulta o diagnóstico médico de Intento de Autoeliminación.

Solicitamos su colaboración u orientación, dentro de sus posibilidades, para lograr determinar las historias de estas consultas realizadas (nº de historia, usuario), que posiblemente hayan sido denunciados ante el Ministerio de Salud Pública.

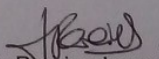
Con el fin de preservar los datos personales de manera que la información obtenida no pueda vincularse a alguna persona determinada o determinable; y mantener el secreto profesional, la misma puede ser enviada directamente al Servicio de Registros Médicos a cargo de la Lic. Silvia Madruga.

Por tal motivo; queremos hacerle llegar nuestros contactos para coordinar la recolección de los datos, a la brevedad posible.

Saludan atte.



Br. Pereira, Natalia
Celular: 094 552 512



Br. Pereira, Lorena
Celular: 094 161 992

Correo: lorenape.eche.11@gmail.com

Montevideo, 5 de Mayo de 2016.

Asociación Española.
Departamento de Salud Mental.
Coord. De niños y niñas:
Dra. Laura Viola.

Por intermedio de la presente, es de nuestro interés informarle que somos integrantes de un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería que fue autorizado el pasado 11 de Abril a realizar el Trabajo Final de Investigación por parte del Comité de Bioética y Gerencia de la Asociación Española.

Dicha investigación es del tipo descriptivo, cuantitativo de corte transversal, cuya población de estudio son los adolescentes de entre 10 y 14 años.

La pregunta problema es: ¿Cuáles son los factores estresantes presentes en adolescentes con intento de autoeliminación, que ingresan al servicio de emergencia de una institución privada, en el periodo comprendido entre el 1º de Diciembre del 2013 y el 1º de diciembre del 2015, en el departamento de Montevideo?

El sistema de recolección y procesamiento de los datos es a través de la revisión de las historias clínicas aportadas por la institución, con el fin de recabar los datos requeridos para el análisis de las variables.

Al iniciar la coordinación con el servicio de Registros Médicos y Estadística; nos informan de un déficit en los registros que limita el acceso a las historias de estos usuarios, dado que no están clasificados por el motivo de consulta o diagnóstico médico de Intento de Autoeliminación.

Solicitamos su colaboración u orientación, dentro de sus posibilidades, para lograr determinar las historias de estas consultas realizadas (nº de historia, usuario), que posiblemente hayan sido denunciados ante el Ministerio de Salud Pública.

Con el fin de preservar los datos personales de manera que la información obtenida no pueda vincularse a alguna persona determinada o determinable; y mantener el secreto profesional, la misma puede ser enviada directamente al Servicio de Registros Médicos a cargo de la Lic. Silvia Madruga.

Por tal motivo; queremos hacerle llegar nuestros contactos para coordinar la recolección de los datos, a la brevedad posible.

Saludan atte.

Br. Pereira, Natalia
Celular: 094 552 512

Br. Pereira, Lorena
Celular: 094 161 992

ANEXO N°8: AFICHES.



¿Conoces RENATAPRES?

Te invitamos a conocerla y a participar:

<http://eva.universidad.edu.uy/course/view.php?id=1950>



Bienvenidos al espacio
interdisciplinario para la
elaboración de políticas,
estrategias y acciones que
contribuyen a disminuir el
suicidio en la población uruguaya



En este espacio se encuentran: materiales,
decretos, leyes, videos, audios de interés.

Es un espacio abierto a los profesionales, y
público en general.

Lanzamiento 17 de julio 2013.



Se fomenta la participación a través de un
Foro de intercambio.

Se encuentran enlaces a **Sitios de Interés**
en la web:



MSP



OMS



Asociación internacional para la
prevención del suicidio



Suicide Prevention Resource Center



Salud mental

Es tu Derecho recibir por parte de tu prestador de salud atención integral en salud mental.

Esto incluye: atención psiquiátrica, psicoterapia y abordajes psicosociales por parte de un equipo de profesionales de salud mental.

Apoya:
Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata
Material disponible en www.msp.gub.uy



Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Departamento de Programación Estratégica en Salud
Programa Nacional de Salud Mental

Prevención del Suicidio “Un compromiso con la vida”



En el marco del Plan Nacional
de Prevención del Suicidio para Uruguay
2011-2015.

Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio.

SEÑALES DE ADVERTENCIA EN TI O EN ALGUNA PERSONA QUE CONOCES:

- Sentirse sin esperanza.
- Sentirse desesperado.
- Sentir que está atrapado, pensar que un problema no tiene solución.
- Pérdida importante de la capacidad de disfrutar de las cosas que antes disfrutaba
- Desinterés por tareas habituales (estudios, trabajos, otros)
- Apartarse de familiares, amigos y/o comunidad
- Amenazar con suicidarse o hablar de hacerse daño a sí mismo
- Hablar con frecuencia sobre la muerte cuando esto no es normal en la persona
- Actuar impulsivamente involucrándose en actividades arriesgadas
- Perder el sentido o valor de la vida
- No poder dormir o dormir demasiado
- Aumento del uso de alcohol o drogas
- Sentir que se es una carga para los demás
- Con frecuencia decir frases del tipo :“ cuando yo me muera...”, “ van a estar mejor sin mí...”

Cuando las personas:

- Tienen un cambio en su comportamiento habitual.
- Se observan muchas de estas señales de advertencia o algunas de ellas con mucha intensidad.



¿Qué hacer?

- Facilitar la comunicación y la expresión de sentimientos.
- Brindar contención afectiva y acompañamiento por parte de familiares, amigos y/o personas allegadas.
- Si se tiene acceso a la familia, amigos, buscar hablar con ellos para que ayuden a la persona a consultar.
- Concurrir a su Mutualista o al Centro de Salud del barrio.
- Realizar una Consulta con un profesional de salud mental.

En caso de urgencia:

- Acompañar a la persona en todo momento
- Alejarla de cualquier objeto, situación que pueda ser usada para intento de suicidio
- Llamar a la emergencia o dirigirse a la puerta de emergencia.

¿Qué no debemos hacer?

- Ignorar.
- Juzgar.
- No tomar en serio.
- Mantenerlo en secreto.

**Muchos de los casos
de suicidio
pueden prevenirse.**

**Todos podemos ayudar
a salvar vidas!**