



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL



¿CUÁLES SON LAS PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS INGRESADOS POR INTENTO DE AUTO-ELIMINACIÓN EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE MONTEVIDEO?

Autoras:

Jennifer Baptista
María José Caneiro
Andrea López
Giuliana Prado
María Eloísa Tejera

Tutoras:

Prof. Adj. Luz Vázquez
Prof. Agda. Iris Dutra

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

Montevideo, 2017



Trabajo Final de Investigación – Departamento de Salud Mental
Facultad de Enfermería – Universidad de la República



Fe de erratas:

En el trabajo de investigación se utiliza el termino enfermedad o patología psiquiátrica, cuando el termino adecuado es trastorno psiquiátrico siendo explicado en el marco teórico página nro. 16 Eby, Brown 2010(9).

En cuanto al término “cometen” IAE, la terminología más a adecuada para el contexto del estudio seria realizan IAE.

AUTORES:

- Baptista, Jennifer
- Caneiro, María José
- López, Andrea
- Prado, Giuliana
- Tejera, María Eloísa

TUTORES:

- Prof. Adj. Luz Vazquez
- Prof. Agda. Iris Dutra.

GLOSARIO

- ACO: Anticonceptivos orales.
- CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
- HC: Historia clínica
- IAE: Intento de autoeliminación.
- INE: Instituto Nacional de Estadística
- OMS: Organización Mundial De la Salud

Índice

Introducción	5
Resumen.....	6
Definición del problema.....	8
Objetivos de investigación.....	9
Justificación:	10
Antecedentes del tema:.....	11
Marco teórico	14
Metodología	23
Autorización y consideraciones éticas.....	28
Análisis	43
Conclusiones	45
Sugerencias	46
Referencias bibliográficas.....	47
Anexo I: Cronograma de actividades.....	50
Anexo II: Datos de la Clínica Privada (anual 2015).....	51
Anexo III: Carta de autorización para recolección de datos.....	59
Anexo IV: Instrumento de recolección de datos:.....	60

Introducción

La siguiente tesina fue elaborada por cinco estudiantes pertenecientes a la Universidad de la República Facultad de Enfermería, plan 93, cursando el cuarto módulo de la licenciatura de enfermería.

Se encuentra enmarcado en las líneas de investigación del Dpto de Salud Mental y el mismo fue tutorado por las Prof. Adj. Luz Vazquez y Prof. Agda. Iris Dutra.

El intento de autoeliminación (IAE), es un fenómeno multicausal, determinado por varios factores, de causa orgánica, psicológica o genética que predisponen a ciertos individuos a realizar dichos intentos.

La elección del tema se basa en la importancia de poder identificar que patología psiquiátrica presenta el usuario, con el fin de identificar los componentes que predisponen al IAE.

La Organización Mundial de la salud estima que a nivel mundial ocurren aproximadamente un millón de muertes por esta causa al año, superando así a las ocasionadas por las guerras y homicidios, en el caso de los intentos de suicidio estos superan ampliamente dichas cifras siendo estos entre 10 millones a 40 millones a nivel mundial.

Las tasas de suicidio en Uruguay van en aumento desde el año 1989, compartiendo junto con Cuba las tasas más altas de mortalidad por Intento de Autoeliminación de Sudamérica. Las patologías psiquiátricas que constituyen uno de los factores de riesgo más frecuentes son: el trastorno bipolar, trastorno de personalidad, esquizofrenia, droga-dependencias y depresión.

Durante el desarrollo de este trabajo no se encontró información estadística general sobre la relación patología psiquiátrica-IAE. Por lo general los diversos estudios nacionales e internacionales que hay sobre suicidio son relacionados a una patología psiquiátrica en particular.

De todo esto, surge la pregunta problema:

¿Qué patologías psiquiátricas tienen más incidencia de IAE en una Clínica Privada de Montevideo en el bimestre agosto-setiembre de 2016?

Resumen

El presente trabajo aborda el fenómeno del Intento de autoeliminación en relación con los trastornos mentales.

El Intento de autoeliminación es una de las causas de mortalidad prevenible más frecuente en el mundo entero y en el Uruguay ha ido en aumento en el último decenio. Es un fenómeno multicausal siendo el padecimiento de algunos trastornos mentales, uno de sus factores de riesgo.

La literatura al respecto (relación trastorno mental-IAE) es escasa o focalizada a un solo trastorno, por tanto, el objeto de estudio del presente, será el Intento de autoeliminación en pacientes institucionalizados por esta causa, y los subyacentes padecimientos mentales.

El objetivo general es identificar la prevalencia de los trastornos mentales, en la población que comete IAE en un centro de salud privado de la ciudad de Montevideo en un período de dos meses durante el año 2016.

Como objetivos específicos se planteó realizar una caracterización de la población ingresada por IAE y conocer que trastorno mental fue diagnosticado en cada caso.

La metodología utilizada es un estudio descriptivo de corte transversal exploratorio. Se utilizó el muestreo aleatorio por conveniencia. Los datos fueron obtenidos a través de la historia clínica de los usuarios, y para ello se elaboró un instrumento, facilitando la recolección y procesamiento de la información.

Los datos fueron procesados a través de estadística descriptiva haciendo análisis univariado y bivariado de las variables.

Los resultados del estudio arrojaron que, para este centro de salud mental privado, las características generales de los usuarios, concuerdan con la tendencia mundial.

Sobre los usuarios, casi tres cuartas partes del N del estudio, son mujeres. La franja etaria más frecuente fue de 14 a 25 años y el desencadenante más

frecuente, fueron problemas familiares y/o económicos. La patología más destacada fue el Trastorno de personalidad (33%), seguido de Depresión (20%) y Angustia (20%)

Sobre el IAE en sí mismo, un 83% de los usuarios presentaba intentos previos, en algunos casos, más de tres. El 80% de los intentos fue realizado mediante la ingesta de psicofármacos o fármacos.

Se concluye que, para este centro y población estudiada, el fenómeno del IAE sigue la tendencia mundial. Al mismo tiempo el presente trabajo evidencia la falta de una estadística profunda y abarcativa acerca de los trastornos mentales y su incidencia en el fenómeno del IAE. Esto sería de gran utilidad para prevenir suicidios e intentos de autoeliminación en el futuro, así como una herramienta de gran utilidad para el personal de salud, en todos los niveles de atención del sistema de salud.

El estudio abre varias interrogantes que pueden servir como incentivo para realizar otros estudios de carácter cualitativo, con abordajes de intervención de mayor envergadura y que arrojen mayor luz al campo de la salud mental, el suicidio y el intento de autoeliminación.

Definición del problema

¿Cuáles son las patologías psiquiátricas más frecuentes que desencadenan IAE en usuarios internados en un centro de salud mental privado en la Ciudad de Montevideo en el bimestre agosto-setiembre de 2016??

Objetivos de investigación:

Objetivo general:

- Identificar cuáles son las patologías psiquiátricas prevalentes que presentan los usuarios que realizan IAE.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la población en estudio.
- Conocer que enfermedad mental presentan los usuarios en el momento de realizar un IAE.

Justificación:

En los últimos 10 años los números anuales oficiales evidencian un aumento de los casos de IAE. El mismo es un fenómeno multicausal, con diversos factores de riesgo, entre estos el padecimiento de trastornos mentales.

Entendiendo al ser humano como un ser bio-psico-social y con una visión integradora de salud, es de gran importancia para el equipo de salud poseer conocimientos que permitan la valoración y el abordaje del usuario, resultando en la detección precoz de posibles trastornos mentales y/o sufrimiento psíquico que pueden llegar a constituir un factor de riesgo.

Como parte del equipo de salud, el profesional de enfermería debe estar preparado para reconocer los factores de riesgo que cada usuario pueda presentar en los distintos niveles de atención. De esta forma constituirá un equipo interdisciplinario que aborde dicha problemática.

Es de interés para el campo de la salud mental en general, conocer cómo se comporta el fenómeno del IAE en relación a los diferentes trastornos mentales, ya que no se cuenta con información sobre la incidencia directa del IAE en aquellos usuarios que padecen algún trastorno mental.

Antecedentes del tema:

“Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay hoy”

Margarita Garay – Luz Vázquez (Revista Uruguaya de Enfermería, 2010) ⁽¹⁾

Este artículo da una idea general a la epidemiología del suicidio en el Uruguay, y algunos datos sobre el IAE y el suicidio, centrándose en datos de diferentes estudios relevados entre los años 2004 y 2009. Brinda información sobre la epidemiología del IAE y el suicidio en niños y adolescentes, tomando los datos del primer estudio realizado al respecto, obra de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Las cifras ofrecidas son útiles para dar una idea general de la situación del país en relación a las tasas de suicidio y de las cifras aproximadas de IAE.

“Comportamiento suicida: epidemiología”

Neury José Botega (Revista Psicología USP, 2014) ⁽²⁾

Cada cuarenta y cinco segundos una persona se suicida en algún lugar del planeta. Según este estudio hay 1920 personas que se suicidan por día. Actualmente esta cifra supera al final de un año la suma de todas las muertes causadas por homicidios, accidentes de tránsito, guerras y conflicto civiles.

Este estudio se realizó en Brasil y brinda información acerca de la epidemiología del IAE en dicho país.

El estudio multicéntrico de intervención del comportamiento suicida, de la OMS demostró como el registro y seguimiento cuidados de los casos de intento de suicidio, puede disminuir el número de suicidios consumados. Un total de 2238 personas que ingresaran en un centro de salud por intento de autoeliminación, fueron divididos en dos grupos que recibieron uno de los siguientes tratamientos: una intervención psicosocial incluyendo la entrevista motivacional, el seguimiento telefónico regular (al momento del alta, los

pacientes fueron derivados a servicios de red de salud) y b) el tratamiento usual de derivación a centros de redes de salud.

Ocho países participaron en el estudio, y campiñas fue elegida como ciudad para la ejecución del proyecto. Al final del seguimiento de 18 meses, el porcentaje de suicidios en los grupos que no recibió las llamadas telefónicas fue comparativamente diez veces mayor (2.2 y 0.2 respectivamente)

Es importante resaltar que las llamadas telefónicas no configuran un tratamiento en el sentido estricto. Tenían como objetivo y foco, incentivar y facilitar la atención de las personas en una de las unidades de la red pública de servicios de salud. Tal vez la función principal de los llamados haya sido la construcción junto a la persona, de una narrativa respecto a lo que ocurrió, para que ella se apropiara de ello. Es fácil perder la dimensión subjetiva en la rutina apurada de las emergencias y los centros de salud. Frecuentemente el intento de suicidio deja de ser tomado como un hecho trascendente en la vida de las personas, tendiente a ser olvidado, odiado y dejado de lado. La idea con las llamadas telefónicas, más allá del mantenimiento y la adhesión al tratamiento, era que la persona contemplada pudiera integrar y re significar esa vivencia.

“Prevalencia de trastorno depresivo en pacientes internados por intento de suicidio”

María Victoria Gutiérrez- (Tesis, 2011) ⁽³⁾

El estudio incluye cien pacientes hospitalizados en un hospital general. Estos pacientes fueron estudiados para indagar acerca de la prevalencia de trastornos depresivos. Fue realizado en el periodo enero-diciembre 2009. La caracterización fue: sexo, edad y motivo desencadenante explicitado por el paciente. Se buscó establecer la influencia de factores socio-psico-biológicos en la determinación de estas conductas, evaluándolos con la escala de Hamilton, criterios diagnósticos del DSM IV para trastornos de la personalidad, y se indagó sobre el método, los antecedentes psiquiátricos, etc.

Los datos obtenidos fueron: relación 1.33 mujer-hombre. Prevalencia de depresión de un 56% y un 37% de los pacientes cumplieron criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad. La franja etaria de 20 a 39 años fue la mayor. El método más utilizado con un 59% fue la ingesta de fármacos. Los métodos más letales se correlacionaron con los cuadros más severos de depresión.

En general los intentos fueron fallidos a causa de terceros. El 69% refirió problemas familiares como desencadenante.

“Patología causante de intento suicida e ideación suicida en el hospital Eduardo Rebagliatti Martins”

Oscar Ramos Godoy et al (Revista Facultad de Medicina Humana, 2012) ⁽⁴⁾

El estudio Intenta determinar la prevalencia y factores asociados de la conducta suicida en mujeres, en servicio de hospitalización correspondiente al sector de salud mental, en el periodo de febrero a abril 2011. El universo corresponde a 63 mujeres.

Se caracterizó al universo según edad, patología psiquiátrica de fondo y método utilizado.

25 usuarias presentaron intento suicida y 38 ideación suicida. La mayoría de los intentos se hicieron a través de la ingesta de fármacos (47.8% del total), dentro de este el 90.9% correspondientes a benzodiazepinas. El episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos fue la patología más frecuente (19.3%). La ideación suicida, tuvo como pico la esquizofrenia paranoide.

Marco teórico

El intento de autoeliminación, o intento de suicidio según la Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, está definido como la voluntad o deseo de morir de un individuo. Consciente y deliberado; este deseo se ve motivado muchas veces por un proceso angustioso, un estado conflictivo, una crisis que no logra resolver, que sobrepasa la tolerancia del individuo expresándose mediante la conducta suicida. (Garay y Vázquez, 2010) ⁽⁵⁾

Según Gómez Restrepo, es importante destacar la diferencia entre el suicidio, y las conductas suicidas, ya que el suicidio es el acto de quitarse la vida en sí mismo, mientras que las conductas suicidas, son todas aquellas acciones que pueden conducir al sujeto a la muerte.

Algunos de los factores de riesgo para desarrollar conducta suicida son algunas enfermedades de salud mental, tales como el trastorno bipolar, el trastorno límite de personalidad, la depresión, el consumo de alcohol o drogas, el trastorno de estrés post traumático, la esquizofrenia y situaciones de vida estresantes.

Aquellos que intentan suicidarse, frecuentemente intentan huir de situaciones de vida que no logran manejar, buscando alivio a sentimientos tales como vergüenza, culpa, soledad, sentirse una carga para otros, una víctima, rechazados o perdidos.

Algunas situaciones son desencadenantes de conductas suicidas, tales como el envejecimiento, la muerte de un ser querido, el consumo problemático de sustancias o alcohol, un trauma emocional, una enfermedad física grave o incapacitante, desempleo o problemas financieros.

Algunas personas pueden presentar síntomas o comportamientos que pueden indicar un próximo intento de suicidio; estos pueden ser dificultad para concentrarse o pensar con claridad, regalar pertenencias, hablar sobre marcharse y la necesidad de dejar sus cosas en orden, calma repentina luego de un periodo de ansiedad, pérdida de interés en actividades que solía disfrutar, conductas autodestructivas (ingesta excesiva de alcohol, consumo de

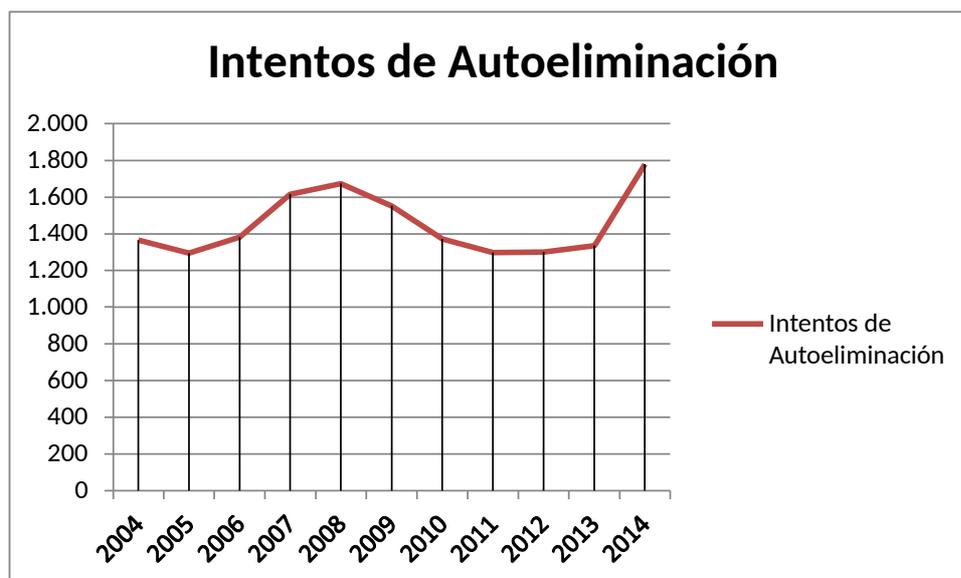
drogas, autolesiones), alejarse de sus amigos, desinterés en salir, ideas expresas de desesperanza, culpa o de deseo de morir o hacerse daño, dificultades en el trabajo o estudio, cambios en los hábitos alimenticios y de descanso, preparar formas de quitarse la vida. (Gómez, Hernández, Rojas, 2008)⁽⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud, en su artículo Preventing Suicide (OMS, 2014)⁽⁷⁾, advierte que la mayoría de los suicidios, fueron antecedidos por advertencias, ya fueran verbales o a través del comportamiento, tal como señalara Gómez Restrepo.

Epidemiología de los Intentos de Autoeliminación

Según la Organización Mundial de la salud, la mortalidad por suicidio es mayor a la totalidad de muertes por guerras y homicidios; cada año se suicidan más de 800.000 personas. El 75% de los suicidios se produce en países de ingresos medianos y bajos. La OMS afirma en su informe, que por cada adulto que comete suicidio, podrían existir más de veinte, intentando suicidarse.

Gráfico 1: Distribución de la cantidad anual de IAE en un período de diez años (2004 – 2014) en Uruguay.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística⁽⁸⁾

Como se mencionará anteriormente, las psicopatologías y trastornos mentales son un factor de riesgo para realizar un intento de autoeliminación.

Sobre los trastornos mentales, existe gran variedad de estudios generando gran polémica entre las diferentes escuelas, acerca del origen de los mismos, por lo cual es incorrecto denominarlas “enfermedades mentales” por lo tanto el término escogido es trastorno, ya que no presupone un origen biológico o psicológico. “Los trastornos mentales son enfermedades relacionadas con el pensamiento, los sentimientos o la conducta, se deben a influencias genéticas, biológicas, sociales, químicas o psicológicas. Producen el deterioro del desempeño del funcionamiento y otros síntomas” (Eby, Brown, 2010)⁽⁹⁾

Con el fin de homogeneizar internacionalmente los diagnósticos referidos a salud mental y para que a pesar de las orientaciones teóricas de los clínicos (biológica, psicoanalítica) puedan lograr entendimiento, se presenta Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, (DSM, en español, el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales)

La otra clasificación utilizada, es la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE 10) cuyo uso está generalizado en todo el mundo. Los conceptos utilizados en este marco teórico mencionan ambas clasificaciones.

Según Mary Townsend en Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-based Practice ⁽¹⁰⁾, existen dos grandes grupos en relación a los desórdenes relacionados al consumo de sustancias; las adicciones y los desórdenes inducidos por el abuso de sustancias. El abuso de sustancias es prevalente en los individuos entre los 18 y los 24 años, y los desórdenes relacionados al consumo, son más frecuentes en hombres que en mujeres. El tipo de sustancia consumida varía según el género.

Se considera “desorden de consumo de sustancias” cuando el uso de la misma interfiere con la capacidad y habilidad de llevar a cabo las obligaciones, como trabajo, estudio o vida doméstica. Al intentar cesar el consumo, el sujeto falla y el consumo permanece o se incrementa.

El uso de la sustancia causa problemas en el relacionamiento interpersonal del individuo y puede acabar socialmente aislado. Durante el consumo de la sustancia, o para conseguirla, el sujeto frecuentemente participa en actividades peligrosas, y continúan consumiéndola a sabiendas de los efectos nocivos a nivel físico, psicológico y social.

La adicción es evidente cuando se desarrolla tolerancia y la cantidad requerida para el efecto deseado, aumenta.

Martín del Moral y Lorenzo, señalan en Conceptos fundamentales de la drogodependencia (2009) ⁽¹¹⁾, las consecuencias sociales de la misma. La definen como una situación patológica en sí misma, ya que el uso descontrolado además de producir una variedad de efectos psicofisiológicos, conlleva otras consecuencias nocivas, que complican la dependencia, como las reacciones antisociales. El drogodependiente vive por y para la droga, y hará todo lo posible para tenerla, sin importar consideraciones morales. Es frecuente el robo, el aumento de la agresividad, tráfico ilegal, homicidio, prostitución y un estado de tensión social que genera accidentes, conflictos familiares, laborales y suicidios, entre otros.

“El alcoholismo está íntimamente relacionado con los trastornos de ansiedad y depresión, especialmente con las formas más severas, y su asociación con trastornos depresivos tiene un elevado riesgo de suicidio. Los pacientes alcohólicos presentan frecuentemente un humor depresivo, con variados síntomas depresivos (...) El consumo de alcohol reduce significativamente la concentración de serotonina en sangre, por lo que puede inducir la depresión”

Esquizofrenia:

Siguiendo los lineamientos teóricos de Vélez (Vélez et al, 2010) se define como una enfermedad o un grupo de trastornos, caracterizados por alteraciones cognoscitivas, afectivas y comportamentales que producen una desorganización severa del funcionamiento social del individuo. Su causa es un trastorno complejo del encéfalo y altera la percepción, los pensamientos, sentimientos y conducta del afectado. Su aparición se da en la juventud en la gran mayoría de los casos y sus manifestaciones y recaídas influyen de

manera negativa en los ámbitos académicos, productivos, la vida familiar y social y la calidad de vida del afectado.

Afecta a más de 21 millones de personas en el mundo, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (12 millones contra nueve millones) tiene una prevalencia de 0.9 a 3.8 casos por cada 1000 habitantes y se distribuye universalmente, apareciendo en todas las culturas, sin distinción de clase social, edad o nivel intelectual.

Se han diferenciado tres etapas claras en el desarrollo de la enfermedad en el individuo, y el tratamiento es realizado acorde a ellas:

Inicio del tratamiento en el primer episodio, Fase aguda y Fomento de la recuperación.

Los pacientes con esta patología mueren a una edad más temprana que otras personas, siendo el suicidio el principal factor contribuyente al exceso en la tasa de mortalidad. La esquizofrenia que cursa con depresión es la que mayor chance tiene de consumir un suicidio. Es frecuente la aparición de diagnóstico dual en el paciente esquizofrénico, lo cual implica el diagnóstico de esquizofrenia y el consumo de sustancias o alcohol. ⁽¹²⁾

Depresión:

Grupo heterogéneo de trastornos afectivos, que cursan con un estado de ánimo deprimido, anhedonia, apatía y pérdida de interés en el trabajo y actividades escolares, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiesta ansiedad y síntomas somáticos variados (Velez et I, 2010) ⁽¹³⁾

Es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se estima afecta a unos 350 millones de personas. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye importantemente a la tasa mundial general de morbilidad. (OMS, 2016) ⁽¹⁴⁾

El estado depresivo mayor puede iniciar a cualquier edad, con una edad promedio de iniciación entre los 25 y los 30 años. La edad de iniciación ha

variado a lo largo del tiempo, y se estima una relación estrecha entre esto y los factores ambientales, sociales y demográficos.

Según la OMS, son varios factores los que contribuyen al aumento de la cifra, siendo la longevidad, los cambios psicosociales, el aumento de las enfermedades crónicas, el consumo de tranquilizantes, antihipertensivos y ACO. La depresión es más frecuente en el sexo femenino, con una relación 2:1, debido mayormente a carga genética, fisiología endocrina y a desventajas psicológicas del papel femenino en la sociedad. En cuanto a la distribución por edad, se da un pico entre los 30 y los 60 años en el caso de la mujer, y en los hombres entre los 40 y los 70 años. Pese a lo que podría creerse, no se ha logrado comprobar una relación entre clase social y depresión, ya que los hallazgos han sido contradictorios.

Los cambios vitales, tanto positivos como negativos, se han encontrado dentro de los eventos precipitantes. (Velez et I, 2010) ⁽¹⁵⁾

Existe gran variedad de tratamientos eficaces para la depresión, pero a pesar de esto, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en algunos países) no recibe ningún tipo de tratamiento. La falta de recursos y la falta de personal capacitado influyen sobre esta realidad, sumado a la estigmatización de los trastornos mentales. Existe también el diagnóstico erróneo de depresión en pacientes que no la padecen y son medicados y el caso inverso, en que el paciente si padece depresión y no es diagnosticado, permitiendo el avance de la patología.

Es común ver gran variedad de matices en los tipos de depresión, llegando a ser incapacitante para quien la padece, causando sufrimiento y alterando las actividades escolares, laborales y familiares del individuo. (Eby y Brown, 2010) ⁽¹⁶⁾

Trastorno Bipolar:

El trastorno bipolar es un tipo de trastorno afectivo y refiere a la oscilación del humor del individuo que lo padece. Se caracteriza por la presentación de cuadros de tristeza y euforia patológicas, en una misma persona, pasando de una a otra. Estos cuadros se definen como episodios maniacos (de euforia y

gran actividad) hipomaniacos (similares al antedicho, pero más leves) o mixtos. Acostumbran también acompañarse de episodios depresivos mayores. El DSM distingue tres trastornos dentro del grupo en función de los síntomas durante la fase de euforia: trastorno bipolar I, trastorno bipolar II y trastorno ciclotímico.

Episodio maníaco: es una exaltación del humor que provoca una desadaptación en el individuo, y que no tiene relación con la situación externa del mismo. Los síntomas que se identifican en los episodios maniacos son: en la afectividad un estado de ánimo elevado, eufórico y expansivo que puede fácilmente pasar a la irritabilidad y hostilidad, sobre todo cuando se le contradice. El individuo se siente optimista, incansable. No sufre por los síntomas que presenta.

El pensamiento es optimista, ideas sobrevaloradas (pueden llegar al grado de delirio) y gran imaginación. Las ideas más comunes son de grandilocuencia (habilidades especiales, como curar con el toque de su mano, riquezas, de mesianismo, etc)

La taquipsiquia es característica en esta etapa. Puede ser desde leve hasta la denominada fuga de ideas.

El lenguaje es verborrágico, con un habla acelerada, reflejando la taquipsiquia del pensamiento. Si se está ante un caso de fuga de ideas, el lenguaje llega a ser desorganizado e incoherente.

La atención se dispersa y la atención es captada por cualquier estímulo, pero solo fugazmente ya que no existe la posibilidad de concentrarse.

La conducta se ve alterada, no hay un juicio crítico y la desinhibición de impulsos está presente. Hipersexualidad, conductas de riesgo en negocios y uso del dinero, comportamiento social inadecuado, son algunas de las conductas observadas.

Existe una imperiosa necesidad de actividad, que no es fructífera ya que al no existir un objetivo fijo y estar guiada por la labilidad de la atención, no da resultados provechosos. En el grado máximo se observa como agitación psicomotriz.

El insomnio se presenta sin sensación de fatiga. Puede existir pérdida de peso gracias a la gran actividad física. Usualmente aumenta el apetito, la resistencia al frío y a las enfermedades; desciende la presión arterial, existe un aumento de las secreciones como sudor y saliva y en las mujeres también se puede presentar amenorrea.

Episodio hipomaniaco: la sintomatología es similar a la de los episodios maniacos, pero de menor gravedad. Desinhibición, hiperactividad y euforia, se ven, pero de forma más atenuada. Existe una falta de contacto con la realidad, pero no genera una clara desadaptación social o laboral, o como para requerir hospitalización.

Episodio Mixto: estos episodios son característicos por presentar una mezcla o progreso muy rápido, de síntomas maniacos y depresivos, a lo largo de un mismo día. La sucesión entre diferentes estados de ánimo, como euforia, tristeza, irritabilidad es muy rápida y se acompaña de otros síntomas característicos del episodio maniaco y del episodio depresivo. Los síntomas incluyen agitación, insomnio, alteración del apetito, síntomas psicóticos e ideas de muerte. (Jarne, 2011) ⁽¹⁷⁾

Trastorno de Personalidad:

La personalidad se define como la forma en la que la persona siente, piensa y se comporta; la misma incluye los rasgos y las características psicosociales que conforman al individuo. La personalidad comienza a desarrollarse desde la infancia en base al patrón genético y también en respuesta a los retos y experiencia de la vida. De acuerdo a esas características genéticas y experiencias de la vida, las personas sienten y se comportan de diversas formas.

Según American Psychiatric Association ⁽¹⁸⁾, un trastorno en la personalidad es un patrón duradero de experiencia interna y conducta que presenta las siguientes características:

- Se desvía de forma marcada de las expectativas de la cultura del individuo
- Es permanente e inflexible

- Comienza en la adolescencia o en la edad adulta joven
- Es estable a lo largo del tiempo
- Produce sufrimiento al individuo o deterioro del desempeño de sus funciones

A su vez dicha asociación describe que hay once tipos de trastornos de personalidad que se engloban en tres grandes grupos por sus similitudes. Los grupos son: raro y excéntrico, dramático y emocional, y por último trastornos de la personalidad basados en la ansiedad y el miedo. Los trastornos de personalidad que no logran encajar dentro de los 3 grupos existentes se le denominan trastorno de la personalidad no específico. En algunos pacientes se puede llegar a evidenciar la presencia de uno o más trastornos de la personalidad por lo cual se le denomina trastorno “mixto” de la personalidad.

El CIE-10 considera que los trastornos de personalidad se presentan cuando “el modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse, se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura”¹⁹. Son estados que no son directamente atribuibles a una patología orgánica u a otro trastorno psiquiátrico que engloba los siguientes criterios:

- Actitudes y conductas desproporcionadas que involucran usualmente varias áreas de funcionamiento.
- La desviación debe manifestarse de manera generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere con situaciones personales y sociales
- El trastorno conduce a la angustia personal considerable que puede hacerse presente tardíamente
- El trastorno esta usualmente asociado con problemas significativos del desempeño ocupacional y social.

El DSM-IV ⁽¹⁹⁾ considera que “los rasgos de personalidad son patrones duraderos de percibir, relacionarse con, y pensar acerca del medio que nos rodea y de uno mismo, y se manifiestan dentro de un amplio espectro de importantes contextos sociales y personales que se constituyen en trastornos

de personalidad cuando los mismos son inflexibles, mal adaptativos y causan menoscabo funcional significativo o angustia subjetiva”.

Dentro de los diferentes tipos de trastorno de personalidad se encuentran: trastorno paranoide de personalidad, personalidad esquizoide, trastorno esquizotípico, trastorno antisocial, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (se divide en dos grupos: tipo impulsivo y tipo limite), trastorno de personalidad histriónica, personalidad obsesivo-compulsivo, personalidad ansiosa, personalidad dependiente.

Metodología:

El estudio a realizar será descriptivo de corte transversal, se limitará a observar los fenómenos en las condiciones que ocurrirán en la realidad, limitando a describir su comportamiento pura y exclusivamente.

El universo de estudio serán todos los usuarios que se encuentren en tratamiento en un centro de salud mental en Montevideo.

Muestra – Todos los usuarios que ingresan por IAE a la clínica privada en el período comprendido entre el 1 de agosto y el 30 de Setiembre del 2016.

Criterios de inclusión y exclusión:

La población seleccionada para este estudio serán todos los individuos que ingresen o estén ingresados en la clínica durante el periodo de recaudación de datos (desde el mes de agosto al mes de setiembre del 2016), que ingresen por intento de autoeliminación. Serán excluidos aquellos usuarios que hayan egresado del centro sin valoración de psiquiatra tratante, o aquellos cuyo motivo haya sido gesto suicida, sin llegar a cometer un intento de autoeliminación.

La recolección de datos:

Se realizará mediante la revisión de historias clínicas y partes médicos presentes en las mismas en el periodo comprendido de agosto a setiembre del año 2016. Con la finalidad de facilitar la recaudación de datos se creó un instrumento que cuenta con 16 puntos. En el mismo aparecen datos patronímicos del usuario, patologías psiquiátricas (en diagnóstico o tratamiento), integración del grupo familiar etc. (Instrumento en Anexos IV)

Métodos para control y calidad de datos: Para corroborar la practicidad del instrumento a utilizar por parte del equipo investigador, se realizó una prueba piloto que nos garantiza el entendimiento del mismo por parte de la población objetivo.

Al tratarse de un instrumento cerrado, se garantiza que los individuos que se encarguen de recabar los datos de dichas historias clínicas no sean capaces de emitir juicios de valor que conlleven a un sesgo en la información recabada.

Variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional.	Naturaleza
Edad	Tiempo cronológico en años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha actual.	<ul style="list-style-type: none"> 14-25 26-37 38-49 50-61 	Cuantitativa Ordinal.
Sexo	Aquella condición de tipo orgánica anatómica y fenotípica que diferencia al hombre de la mujer.	<ul style="list-style-type: none"> Hombre Mujer 	Cualitativa Nominal.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	<ul style="list-style-type: none"> Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Separado 	Cualitativa Nominal.
Patologías psiquiátricas	Alteración de los procesos afectivos y cognitivos manifestados por alteraciones en el comportamiento y razonamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Si (especificar). No. En diagnóstico. 	Cualitativa Nominal.

Tiempo transcurrido del tratamiento	Tiempo cronológico transcurrido desde el comienzo de tratamiento hasta el día de recolección de datos.	<ul style="list-style-type: none">  Menor a 1 mes  De uno a 6 meses  Mayor a 6 meses 	Cualitativa Ordinal.
Conformación del hogar	Personas que conviven diariamente compartiendo el hogar con el individuo pudiendo ser familiares o no.	<ul style="list-style-type: none">  Cónyuge  Hijos  Padres  Hermanos  otros 	Cualitativa Nominal.
Familia Continente	Se entiende como la familia que da sostén y se preocupa por el estado de salud de uno de sus integrantes favoreciendo el tratamiento y recuperación.	<ul style="list-style-type: none">  Continente  No continente 	Cualitativa Nominal.
Procedencia	Lugar de residencia antes de la institucionalización.	<ul style="list-style-type: none">  Montevideo  Interior 	Cualitativa Nominal.
Numero de intentos de autoeliminación previos	Cantidad de veces que el individuo previamente realiza el intento de autoeliminación.	<ul style="list-style-type: none">  Primera vez  Segunda o  Tercera vez  Más de tres veces 	Cualitativa Ordinal.
Reingreso al servicio	Es el ingreso nuevamente del individuo al servicio luego del alta.	<ul style="list-style-type: none">  Primera vez  Segunda vez  Tres o más veces 	Cualitativa Ordinal.
Método utilizado	Método utilizado por el individuo para la	<ul style="list-style-type: none">  Consumo de fármacos 	Cualitativa Nominal.

	realización del intento de autoeliminación.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilización de armas de fuego ■ Utilización de armas blancas ■ Otros 	
Factor desencadenante	Suceso que ocurre en la vida de un individuo, haciendo que este se sienta vulnerable e incapaz de seguir con su vida.		Cualitativa Nominal.
Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña el individuo representando estos ingresos económicos o no.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Empleado ■ Trabajo independiente ■ Estudiante ■ Pensionista ■ Tareas domésticas. ■ Jubilado. ■ Certificación médica. 	Cualitativa nominal.

Autorización y consideraciones éticas:

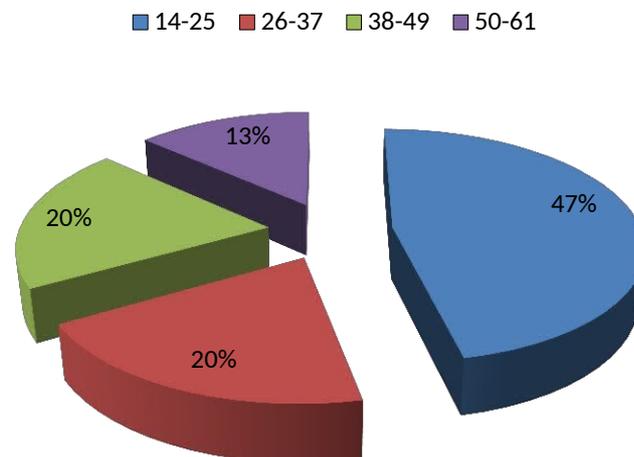
Previo a la recolección de datos se realizó una carta a los responsables de la institución en la cual se detallan las actividades a realizar y la finalidad de la misma, comprometiéndonos ética y moralmente a mantener el anonimato de los individuos. Los usuarios que tengan las características necesarias para formar parte de la muestra no serán identificadas ni con nombre ni apellido, no se realizarán entrevistas, ni aparecerán fotos ni grabaciones que permitan su identificación.

Tablas y gráficos

Tabla 1: Edad de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de agosto-30 de Setiembre del 2016.

Edad (años)	FA	FR	FR%
14-25	7	0.46	46
26-37	3	0.2	20
38-49	3	0.2	20
50-61	2	0.14	14
Total:	15	1	100

Gráfico 1: Edad de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

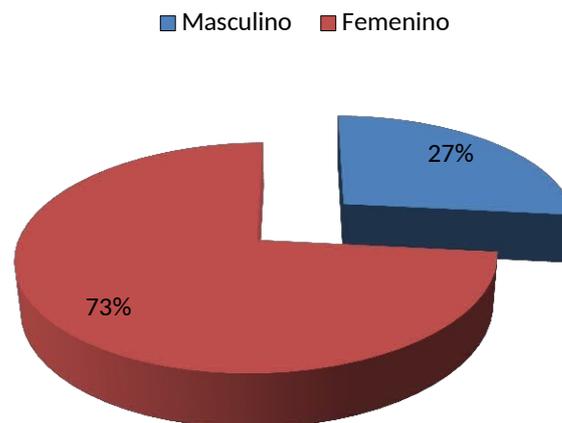


Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 2: Sexo de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Sexo	FA	FR	FR%
Masculino	4	0.27	27
Femenino	11	0.73	73
Total:	15	1	100

Gráfico 2: Sexo de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.



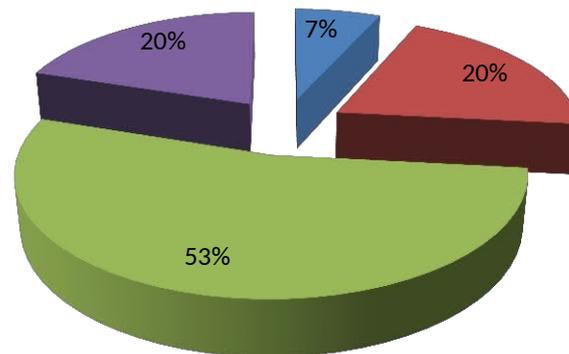
Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 3: Ocupación de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Edad (años)	FA	FR	FR%
Tareas domésticas	1	0.07	7
Desempleo	3	0.2	20
Empleado	8	0.53	53
Estudiante	3	0.2	20
Total:	15	1	100

Gráfico 3: Ocupación de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

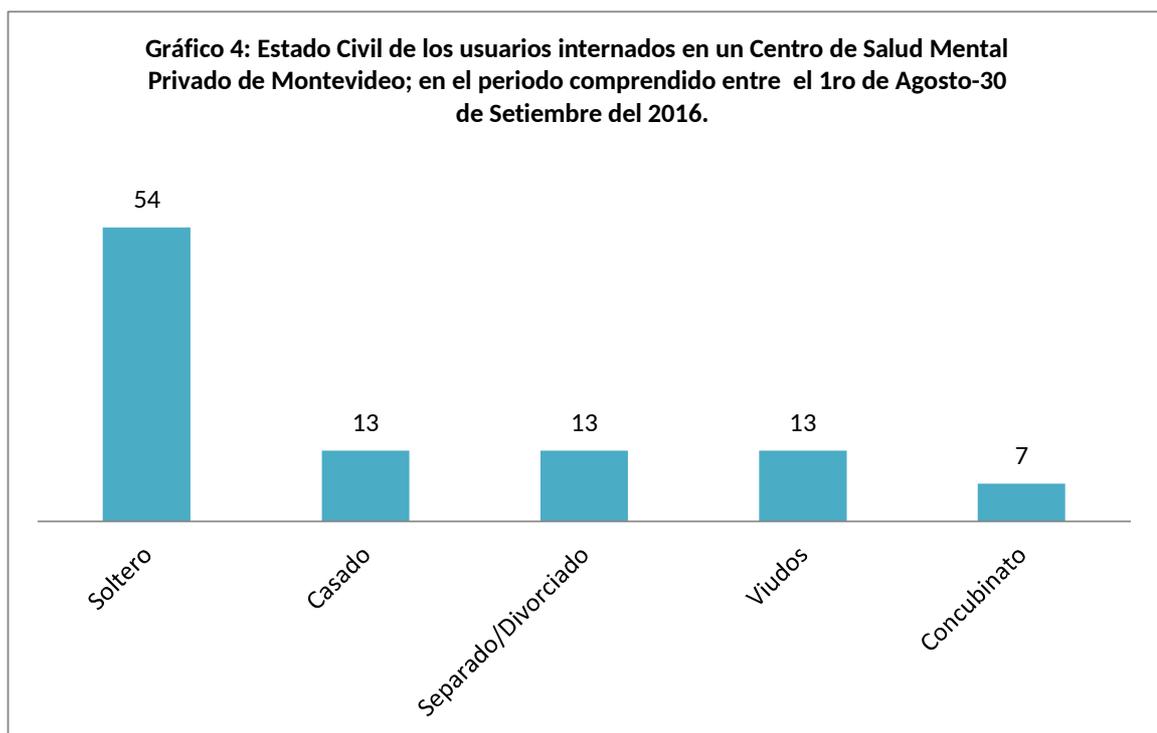
■ Tareas domésticas ■ Desempleo ■ Empleado ■ Estudiante



Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 4: Estado Civil de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Estado Civil	FA	FR	FR%
Soltero	8	0.54	54
Casado	2	0.13	13
Separado/Divorciado	2	0.13	13
Viudos	2	0.13	13
Concubinato	1	0.07	7
Total:	15	1	100



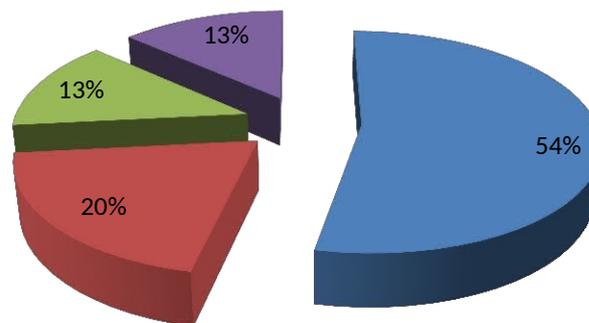
Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 5: Diagnóstico médico en Emergencia de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

DX médico en Emergencia	FA	FR	FR%
IAE	8	0.53	53
IAE + depresión	3	0.2	20
IAE + angustia	2	0.13	13
IAE + trastorno bipolar	2	0.13	13
Total:	15	1	100

Gráfico 5: Diagnóstico médico en Emergencia de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

■ IAE ■ IAE + depresión ■ IAE + angustia ■ IAE + trastorno bipolar



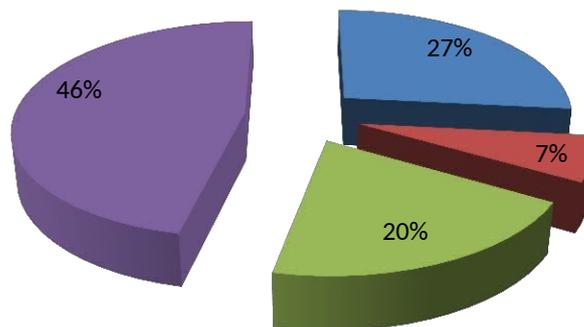
Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 6: Tiempo de Tratamiento de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Tiempo de Tratamiento	FA	FR	FR%
Menor o igual a 1 mes	4	0.27	27
3 meses o más	1	0.07	7
1 año o más	3	0.2	20
3 años o más	7	0.46	46
Total:	15	1	100

Gráfico 6: Tiempo de Tratamiento de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

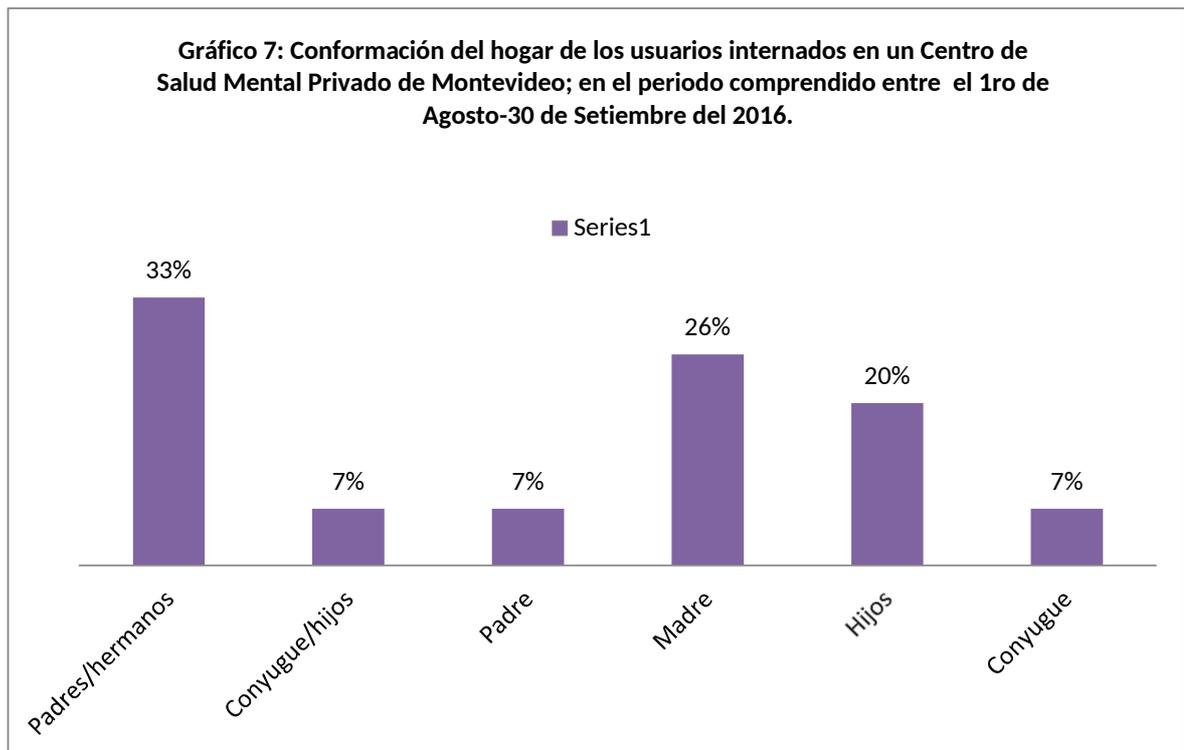
■ Menor o igual a 1 mes ■ 3 meses o más ■ 1 año o más ■ 3 años o más



Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 7: Conformación del hogar de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Conformación del hogar	FA	FR	FR%
Padres/hermanos	5	0,33	33%
Conyugue/hijos	1	0,07	7%
Padre	1	0,07	7%
Madre	4	0,26	26%
Hijos	3	0,2	20%
Conyugue	1	0,07	7%
Total:	15	1	100

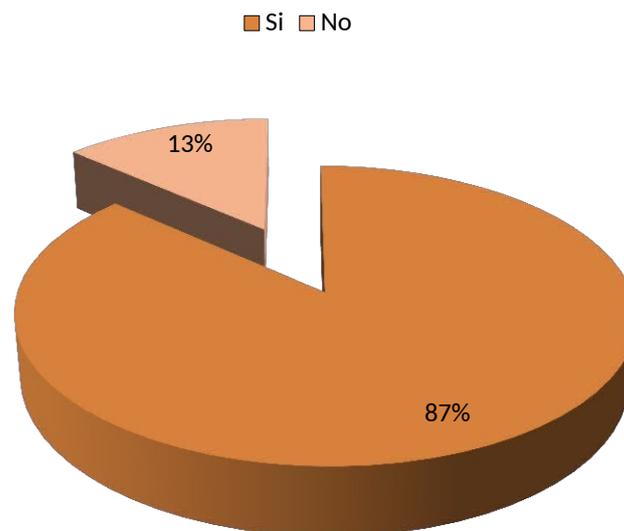


Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 8: Presencia de familia continente de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Familia continente	FA	FR	FR%
Si	13	0,87	87%
No	2	0,13	13%
Total	15	1	100%

Gráfico 8: Presencia de familia continente de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

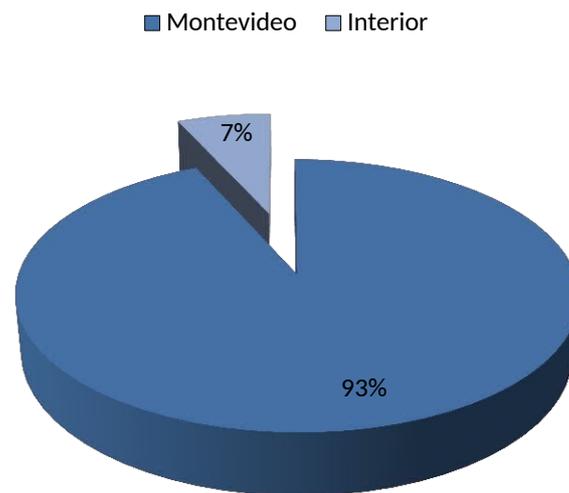


Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 9: Procedencia de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Procedencia	FA	FR	FR%
Montevideo	14	0,93	93%
Interior	1	0,07	7%
Total	15	1	100%

Gráfico 9: Procedencia de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.



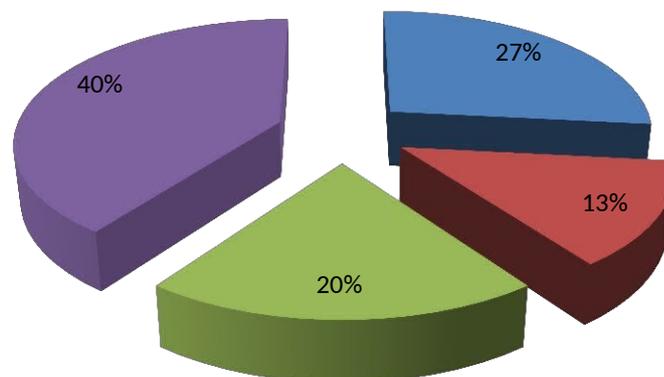
Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 10: Intentos de autoeliminación previos de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

IAE Previos	FA	FR	FR%
Sin intentos previos	4	0,27	27%
Una vez	2	0,13	13%
Dos veces	3	0,2	20%
Tres o mas	6	0,4	40%
Total	15	1	100%

Gráfico 10: Intentos de autoeliminación previos de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

■ Sin intentos previos ■ Una vez ■ Dos veces ■ Tres o mas

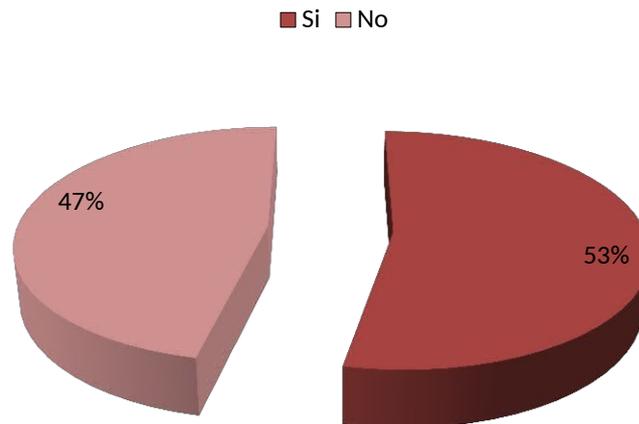


Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 11: Presencia de internaciones previas de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Internaciones previas	FA	FR	FR%
Si	8	0,53	53%
No	7	0,47	47%
Total	15	1	100%

Gráfico 11: Presencia de internaciones previas de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

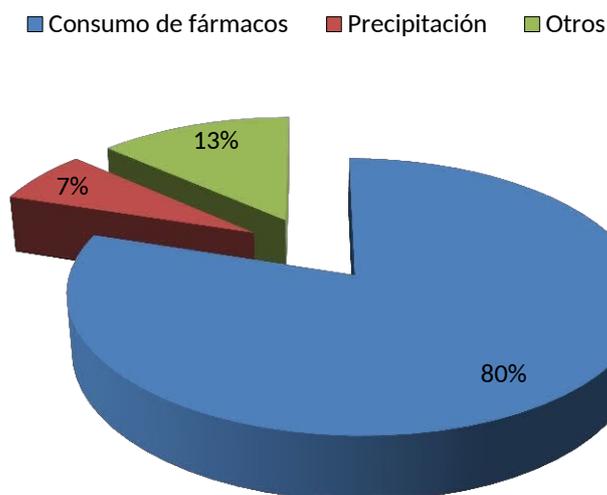


Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 12: Métodos utilizados para realizar IAE de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Método utilizado	FA	FR	FR%
Consumo de fármacos	12	0,8	80%
Precipitación	1	0,07	7%
Otros	2	0,13	13%
Total	15	1	100%

Gráfico 12: Métodos utilizados para realizar IAE de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.



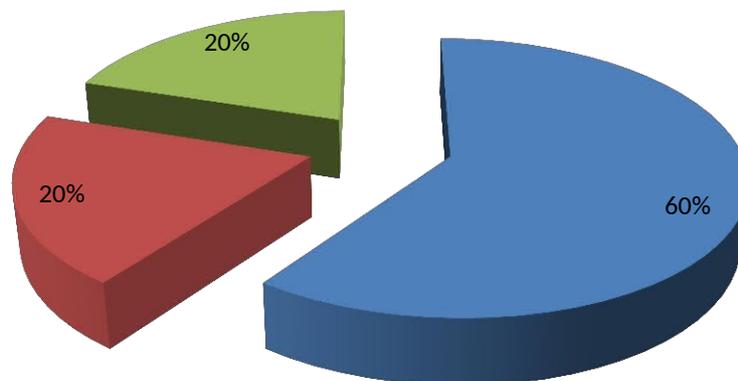
Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 12: Factor desencadenante de IAE de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Factor desencadenante	FA	FR	FR%
Problemas familiares	9	0,6	60%
Problemas económicos/ laborales	3	0,2	20%
Sentimiento de angustia/ desamparo	3	0,2	20%
Total	15	1	100%

Gráfico 12: Factor desencadenante de IAE de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

■ Problemas familiares ■ Problemas económicos/ laborales ■ Sentimiento de angustia/ desamparo

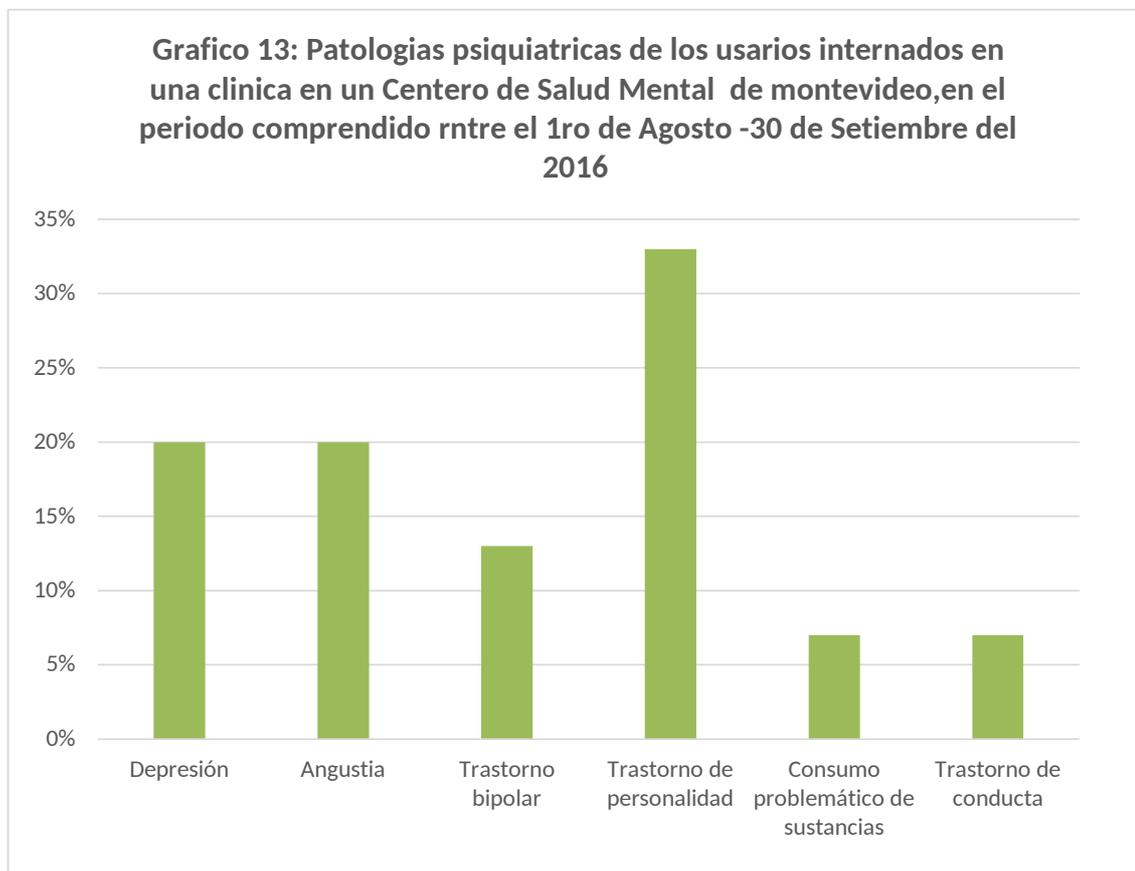


Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado

Tabla 13: Patologías psiquiátricas de los usuarios internados en un Centro de Salud Mental Privado de Montevideo; en el periodo comprendido entre el 1ro de Agosto-30 de Setiembre del 2016.

Patologías psiquiátricas	FA	FR	FR%
Depresión	3	0,2	20%
Angustia	3	0,2	20%
Trastorno bipolar	2	0,13	13%
Trastorno de personalidad	5	0,33	33%
Consumo problemático de sustancias	1	0,07	7%
Trastorno de conducta	1	0,07	7%
Total	15	1	100%

Fuente de datos: Historias clínicas de centro de salud mental privado



Análisis:

El análisis del procesamiento de los datos obtenidos, arrojó lo siguiente: de un N de quince pacientes internados, el mayor porcentaje de usuarios que presentaron IAE, fue en la franja etaria de 14 a 25 años, seguido por la franja de 26 a 37, con un 20%. Este dato es un punto de contacto con la estadística mundial señalada en el marco teórico; la población estudiada, se comporta de modo similar a la estadística mundial.

El 73% de los casos corresponde a mujeres, lo cual también sería un punto de contacto con los resultados obtenidos en otros estudios de estilo similar. El 93% de los pacientes proceden de Montevideo. En cuanto a la ocupación, el 53% de los usuarios, son laboralmente activos, mientras que el resto se reparte en trabajo doméstico, estudiantes y desempleados. El 54 % de los pacientes se definieron como solteros, existiendo en el resto de la estadística, viudo, casado, en pareja o concubinato.

El 46% de los pacientes, hace tres años o más que se encuentra en tratamiento con psiquiatra. El 33% vive con padres y hermanos y el 87% tiene una familia continente.

El 83% de los pacientes tuvo intentos previos de autoeliminación. Un 40% tuvo 3 o más intentos previos, seguido por un 20% con 2 IAE previos y un 13% con un IAE anterior. Un 27% debutó con intento en la internación. El 80% de los intentos fueron mediante la ingesta de fármacos y/o psicofármacos. El 60% refirió como desencadenante problemas familiares. La patología previa más frecuente fue el trastorno de personalidad con 33% siguiéndole a éste depresión y angustia, con un 20% cada uno. Finalmente un 13% con diagnóstico de trastorno bipolar, y un 7% para trastorno de conducta y consumo problemático de sustancias cada uno.

Del análisis entonces, podemos enunciar que la población se comporta en la mayoría de las variables estudiadas, de forma similar a la tendencia mundial, con una relación mujer hombre mayor en el caso de las mujeres. Depresión, trastorno de personalidad y trastorno bipolar, fueron las más frecuentes, tal como se explicitara en el marco teórico, que estas patologías son factores de

riesgo para la realización de IAE. En cuanto a factores de riesgo, se observa también, la realización de intentos previos, ya que un 83% presentó un IAE previo, y este es uno de los principales factores de riesgo, no solo para la realización de un nuevo intento, sino también de suicidio. Este dato sirve de apoyo para explicar el alto porcentaje de pacientes con internaciones previas (53%).

Los problemas familiares y económicos tienen presencia en los motivos desencadenantes, tal como se viera en el marco teórico y en la revisión bibliográfica. La alta frecuencia de población joven, explicaría de cierto modo, la conformación familiar más frecuente (padres y hermanos.)

Conclusiones:

El análisis de los datos obtenidos mediante la recaudación de datos permitió observar que se mantiene el comportamiento de los usuarios que cometieron IAE en comparación a la bibliografía consultada. en su mayoría son individuos jóvenes, el predominio fue del sexo femenino, relacionado con este el consumo de fármacos fue el método más frecuentemente utilizado. En cuanto al desencadenante los problemas familiares fueron los predominantes.

Los trastornos psiquiátricos más observados fueron el trastorno de personalidad, la depresión, trastorno bipolar, trastornos de conducta y consumo problemático de sustancias. Estos individuos tenían re ingresos a la clínica en la mayoría de los casos y cometieron el intento 3 o más veces.

Dadas las características de las patologías prevalentes en los casos analizados podemos concluir que para nuestra población de estudio se mantiene la tendencia mundial en comparación a la bibliografía consultada y el marco teórico elaborado.

El sufrimiento psíquico es real y no debe ser motivo de tabúes. Se debe actuar rápidamente y de forma precisa, para evitar el avance de cualquier patología que afecte la calidad de vida del individuo. La depresión es una de las mayores causas de morbilidad actualmente y el IAE es prevenible y es posible ayudar a las personas con ideas de muerte, siempre que la atención de salud sea oportuna.

Sugerencias:

Este trabajo puede utilizarse como punto de partida de investigaciones más extensas y profundas, acerca del fenómeno del IAE en nuestra ciudad. También es útil para tener una idea de las características del paciente con IAE y su comportamiento, para concientizar al personal de salud, de modo de focalizar la atención en un tratamiento integral del usuario incluyendo la patología psiquiátrica de base, la orgánica y el entorno familiar.

Lograr identificar los factores de riesgo en usuarios con patología de salud mental, es de vital importancia, no solo para aliviar el dolor y el padecimiento psíquico, sino también para proteger y prevenir. Tender redes en el momento oportuno y enmarcar al paciente y al equipo de salud en un equipo multidisciplinario es de vital importancia para reducir las tasas de morbi-mortalidad. El seguimiento telefónico o la fijación de citas mensuales con aquellos usuarios que cometen un IAE podría ser una buena herramienta de prevención y detección de futuros intentos.

Existen diversas guías y/o tests para detectar diferentes trastornos en la salud de los usuarios en los diferentes niveles de atención. Contar con un test como herramienta para la detección de factores de riesgo de IAE sería muy beneficioso para actuar en prevención.

Referencias bibliográficas:

- (1) Garay M, Vázquez L. Suicidio e intento de autoeliminación, en el Uruguay hoy. Rev Urug Enferm [Internet] 2010; 5(1): 19-27. p. °Disponible en: <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/93/91> [consulta: 16 jun 2016].
- (2) Botega N. Comportamiento suicida: epidemiología. Psicología USP [Internet]2014; 25(3): 231-6. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf> [consulta: 2 jun 2016].
- (3) Gutiérrez M. Prevalencia del trastorno depresivo en pacientes internados por intento de suicidio [tesis] [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/80.pdf> [consulta: 2 jun 2016].
- (4) Ramos Godoy O, Guzmán Terán N, Hinojosa Castro C, Motta Guerrero R. Patologías causantes de intento suicida e ideación suicida de mujeres en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Rev Facultad Medicina Humana Universidad Ricardo Palma [Internet] 2012; (1): 37-43. Disponible en: <http://v-beta.urp.edu.pe/pdf/id/4735/n/patologias-causantes-de-intento-suicida-e-ideacion-suicida-de-mujeres-en-el-hospital-edgardo-rebag> [consulta: 2 jun 2016].
- (5) Garay M, Vázquez L. Suicidio e intento de autoeliminación, en el Uruguay hoy. Op. cit. p.
- (6) Gómez Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Uribe Restrepo M. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Bogotá: Médica Panamericana; 2008.
- (7) Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un

- imperativo global. [Internet]. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1&ua=1 [consulta: 7 jun 2016].
- (8) Uruguay. Instituto Nacional de Estadística. Tentativas de suicidio según año. [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/web/guest/salud> [consulta: 7 jun 2016].
- (9) Eby L, Brown N. Cuidados de enfermería en salud mental. Madrid: Pearson; 2010. p.4.
- (10) Townsend M. Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence based practice. Philadelphia: Davis; 2009.
- (11) Martín Del Moral MM, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales de la drogodependencia. En: Lorenzo Fernández P, Ladero Quesada JM, Leza Cerro JC, Lizasoain Hernández I, coord. Drogodependencias: Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación. 3^a. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.
- (12) Restrepo J, Borrero J, Rojas W, Vélez H. Psiquiatría. 5a ed. Medellín: Corporación de Investigaciones Biológicas; 2010. p.131-140.
- (13) 13- Ibid. p.168.
- (14) Organización Mundial de la Salud. Esquizofrenia. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/> [consulta: 17 ago 2016].
- (15) Restrepo J, Borrero J, Rojas W, Vélez H. Psiquiatría. Op. cit.
- (16) Eby L, Brown N. Cuidados de enfermería en salud mental. Op. cit. p. 143.
- (17) Jarne Esparcia A. Psicopatología. Barcelona: UOC; 2011.
- (18) American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2014.
- (19) García P, Magariño M. Guía de la clasificación de bolsillo CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. [Internet]. 2000. Disponible en:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf

[consulta: 17 ago 2016].

Bibliografía Consultada

Chinchilla Moreno A. La depresión y sus máscaras. Madrid: Médica Panamericana; 2008.

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6 ta. ed. México: McGraw Hill; 2014.

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Plan nacional de prevención del suicidio. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_prevenccion_del_suicidio.pdf [consulta: 7 jun 2016].

Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Guia%20de%20prevenci%C3%B3n%20y%20detecci%C3%B3n%20de%20factores%20de%20riesgo%20conductas%20suicidas.pdf> [consulta: 7 jun 2016].

Anexos:

Anexo I: Cronograma de actividades

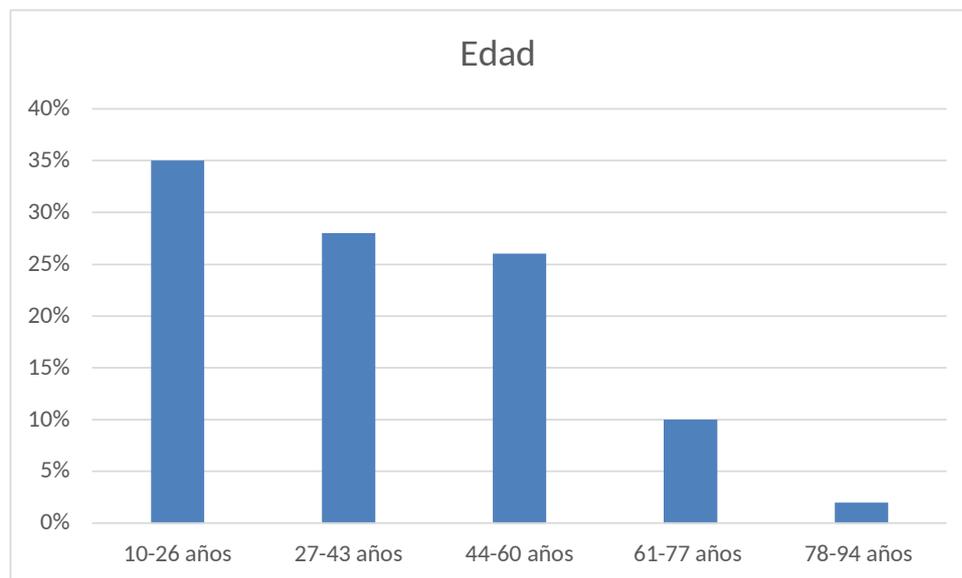
		Cronograma de actividades TFI - Intento de Autoeliminación - 2016																																			
Actividades		Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Setiembre				Octubre							
		S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4				
Etapa 1 - Organización del grupo de trabajo																																					
Determinación de roles y tareas																																					
Elaboración de cronograma de Actividades																																					
Etapa 2 - Recopilación de información																																					
Investigación de antecedentes e información																																					
Investigación de conceptos útiles y necesarios																																					
Armado de Marco Teórico																																					
Determinación de modelo metodológico																																					
Etapa 3 - Recogida de datos en campo																																					
Armado de herramienta de recogida de datos																																					
Aspectos éticos																																					
Presentación en la institución																																					
Etapa 4 - Ejecución																																					
Recogida de datos en la institución																																					
Sistematización de datos obtenidos																																					
Etapa 4 - Análisis																																					
Análisis estadístico de los datos recabados																																					
Discusión																																					
Etapa 4 - Conclusión y finalización																																					
Elaboración de conclusión																																					
Revisión del documento																																					
Envío a biblioteca para revisión bibliográfica																																					
Defensa																																					

Anexo II: Datos de la Clínica Privada (anual 2015)

Tabla 1: Edad de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado durante el periodo 2015.

Edad	FA	FR	FR%
10-26	150	0,348	35%
27-43	119	0,276	28%
44-60	111	0,258	26%
61-77	42	0,097	10%
78-94	9	0,021	2%
	431	1	100%

Gráfico 1: Edad de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado durante el periodo 2015.



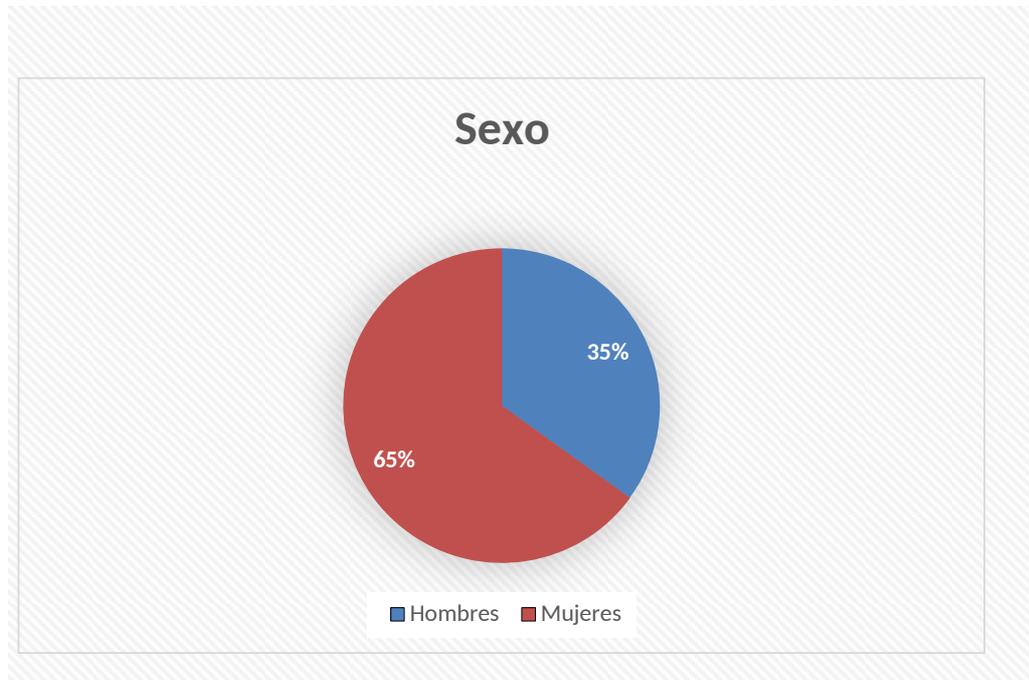
Fuente de datos: base de datos del Centro de Salud privado.

Tabla 2: Sexo de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado durante el periodo 2015.

Sexo	FA	FR	FR%
Hombres	152	0,353	35%

Mujeres	279	0,647	65%
	431	1,000	100%

Gráfico 2: Sexo de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado durante el periodo 2015.



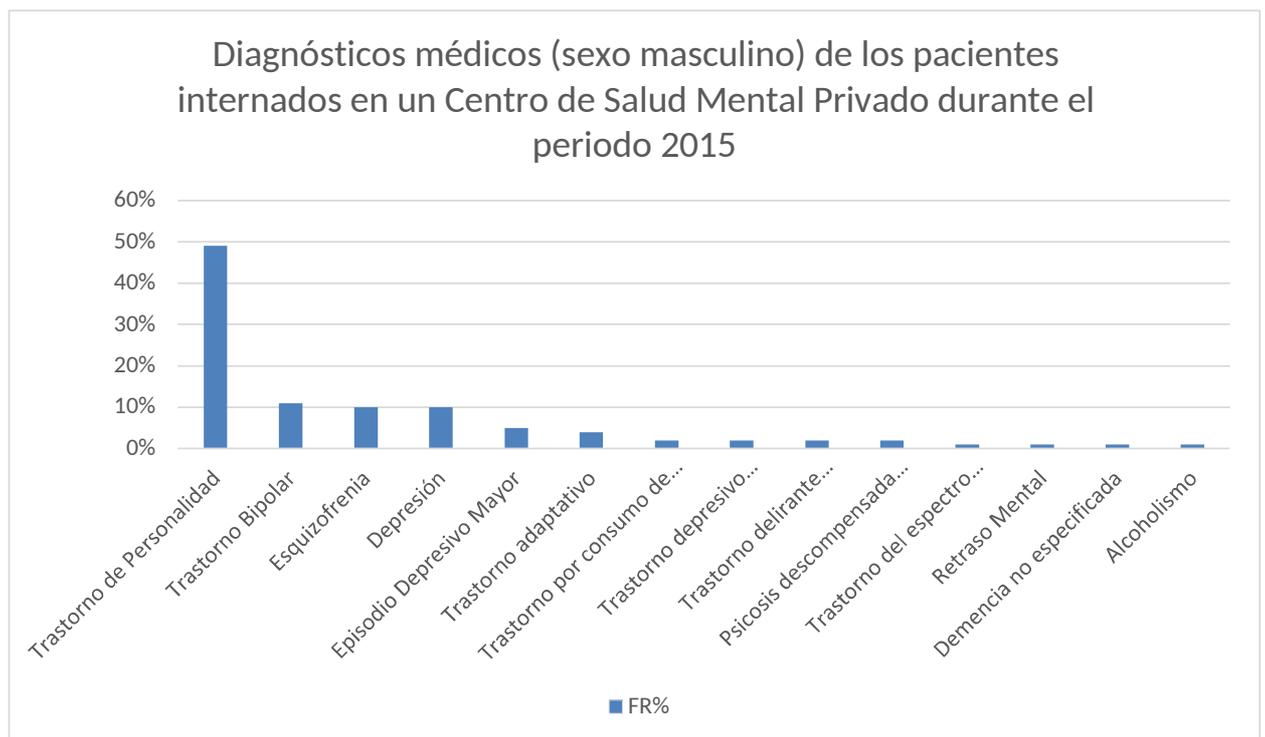
Fuente de datos: base de datos del Centro de Salud privado.

Tabla 3: Diagnósticos médicos (sexo masculino) de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado durante el periodo 2015.

Diagnóstico base	FA	FR	FR%
Trastorno de Personalidad	74	0,487	49%

Trastorno Bipolar	17	0,112	11%
Esquizofrenia	15	0,099	10%
Depresión	15	0,099	10%
Episodio Depresivo Mayor	7	0,046	5%
Trastorno adaptativo	6	0,039	4%
Trastorno por consumo de THC	3	0,020	2%
Trastorno depresivo recurrente	3	0,020	2%
Trastorno delirante persistente	3	0,020	2%
Psicosis descompensada Aguda	3	0,020	2%
Trastorno del espectro autista	2	0,013	1%
Retraso Mental	2	0,013	1%
Demencia no especificada	1	0,007	1%
Alcoholismo	1	0,007	1%
	152	1,000	100%

Gráfico 3: Diagnósticos médicos (sexo masculino) de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado durante el periodo 2015.



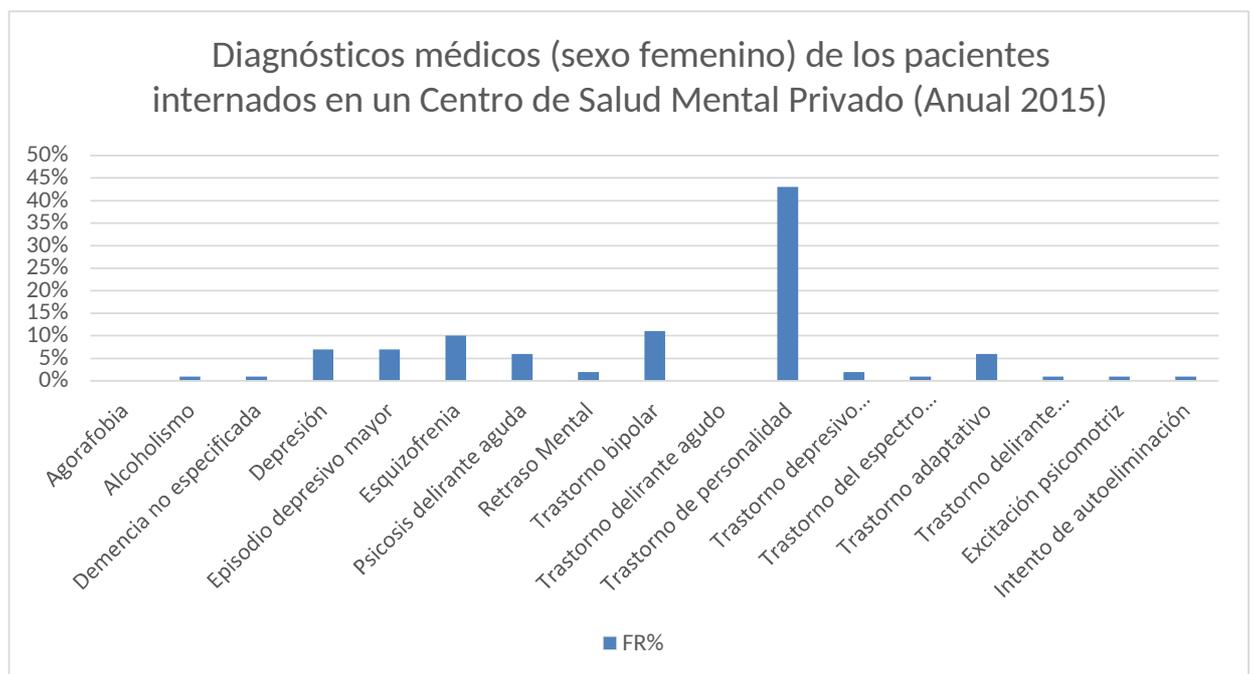
Fuente de datos: base de datos del Centro de Salud privado.

Tabla 4: Diagnósticos médicos (sexo femenino) de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado durante el periodo 2015.

Diagnóstico base	FA	FR	FR%
Agorafobia	1	0,0036	0%
Alcoholismo	3	0,0108	1%

Demencia no especificada	3	0,0108	1%
Depresión	19	0,0681	7%
Episodio depresivo mayor	20	0,0717	7%
Esquizofrenia	27	0,0968	10%
Psicosis delirante aguda	17	0,0609	6%
Retraso Mental	6	0,0215	2%
Trastorno bipolar	30	0,1075	11%
Trastorno delirante agudo	1	0,0036	0%
Trastorno de personalidad	120	0,4301	43%
Trastorno depresivo recurrente	6	0,0215	2%
Trastorno del espectro autista	2	0,0072	1%
Trastorno adaptativo	17	0,0609	6%
Trastorno delirante persistente	2	0,0072	1%
Excitación psicomotriz	2	0,0072	1%
Intento de autoeliminación	3	0,0108	1%
	279	1	100%

Gráfico 4: Diagnósticos médicos (sexo femenino) de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado durante el periodo 2015.



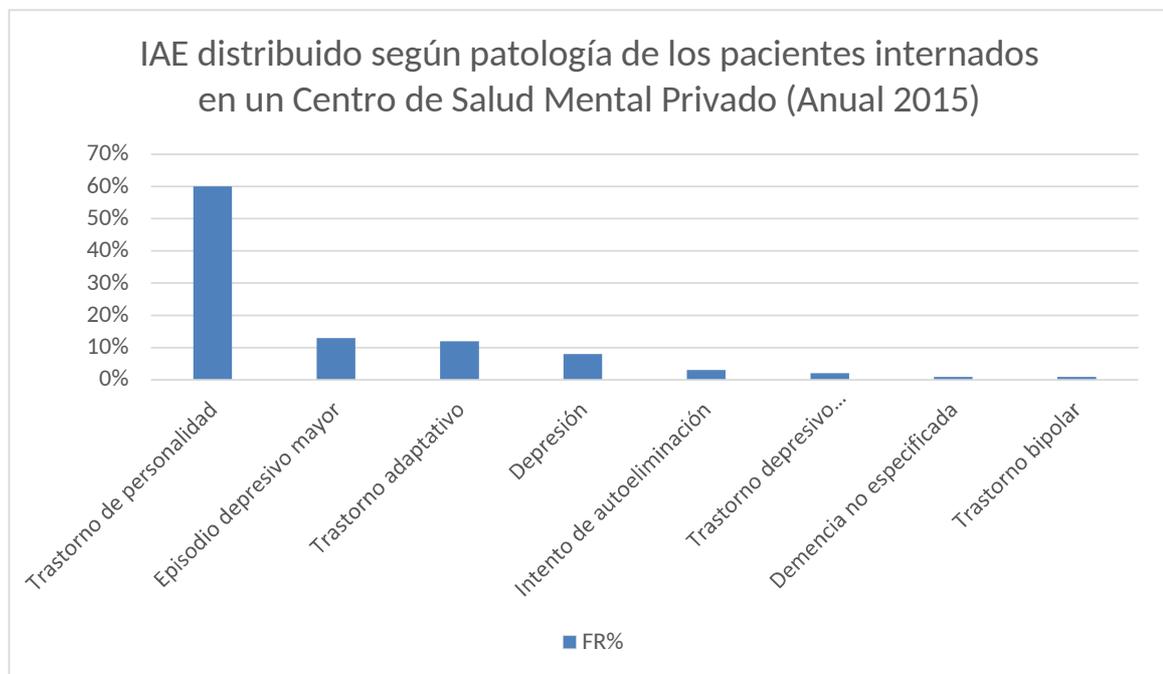
Fuente de datos: base de datos del Centro de Salud privado.

Tabla 5: IAE distribuido según patología de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado (Anual 2015)

Diagnóstico en relación a IAE	FA	FR	FR%
-------------------------------	----	----	-----

Trastorno de personalidad	64	0,598	60%
Episodio depresivo mayor	14	0,131	13%
Trastorno adaptativo	13	0,121	12%
Depresión	9	0,084	8%
Intento de autoeliminación	3	0,028	3%
Trastorno depresivo recurrente	2	0,019	2%
Demencia no especificada	1	0,009	1%
Trastorno bipolar	1	0,009	1%
Total	107	1,000	100%

Gráfico 5: IAE distribuido según patología de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado (Anual 2015)



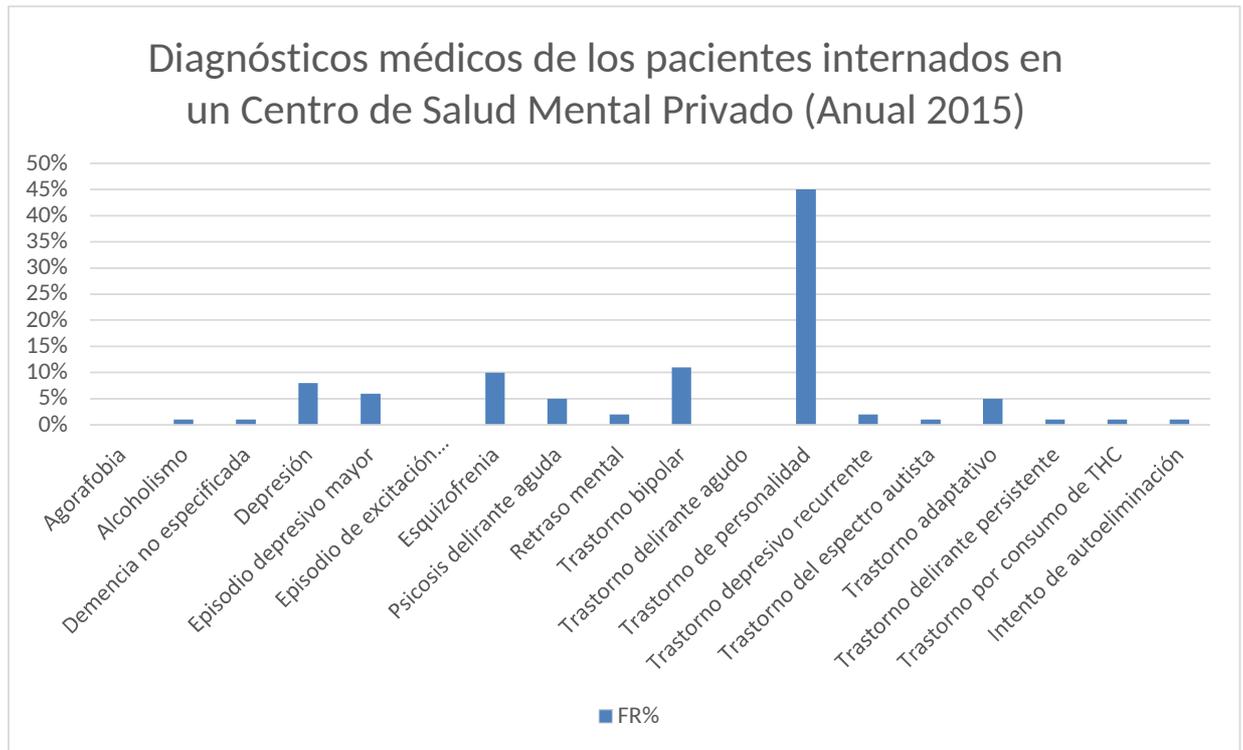
Fuente de datos: base de datos del Centro de Salud privado.

Tabla 6: Diagnósticos médicos de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado (Anual 2015)

Diagnósticos médicos:	FA	FR	FR%
-----------------------	----	----	-----

Trastorno de personalidad	194	0,450	45%
Trastorno bipolar	47	0,109	11%
Esquizofrenia	42	0,097	10%
Depresión	34	0,079	8%
Episodio depresivo mayor	27	0,063	6%
Psicosis delirante aguda	20	0,046	5%
Trastorno adaptativo	23	0,053	5%
Retraso mental	8	0,019	2%
Trastorno depresivo recurrente	9	0,021	2%
Alcoholismo	4	0,009	1%
Demencia no especificada	4	0,009	1%
Trastorno del espectro autista	4	0,009	1%
Trastorno delirante persistente	5	0,012	1%
Trastorno por consumo de THC	3	0,007	1%
Intento de autoeliminación	3	0,007	1%
Agorafobia	1	0,002	0%
Episodio de excitación psicomotriz	2	0,005	0%
Trastorno delirante agudo	1	0,002	0%
Total	431	1,000	100%

Gráfico 6: Diagnósticos médicos de los pacientes internados en un Centro de Salud Mental Privado (Anual 2015)



Fuente de datos: base de datos del Centro de Salud privado.

Anexo III: Carta de autorización para recolección de datos

Montevideo, Junio de 2016.

Dirigido a:

Licenciado en Psicología y Director de Centro de Salud Mental Klinos,

Sr. Nelson Alzaradel:

Mediante la presente, estudiantes de la carrera Licenciatura en enfermería bajo la tutela de las docentes Luz Vázquez e Iris Dutra pertenecientes a la cátedra de Salud Mental de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, solicitamos autorización para la realización de nuestro Trabajo Final de Investigación (TFI) en el centro de salud mental Klinos.

El mismo versará sobre el Intento de Autoeliminación en el adulto, y las patologías psiquiátricas relacionadas. Los objetivos de la presente investigación son: identificar la incidencia del IAE en las diferentes patologías psiquiátricas, realizar una caracterización y clasificación de la población asistida por cometer IAE y la contratación de los datos obtenidos con los datos epidemiológicos de Uruguay referidos a este tema.

Durante la investigación nos limitaremos a la recolección de datos clínicos de los usuarios ingresados al Centro, para esto utilizaremos exclusivamente las historias clínicas, no siendo necesario el contacto directo con el usuario, garantizando tanto a usted como a los usuarios, la confidencialidad y el anonimato.

Quedamos a su disposición ante cualquier duda o inquietud.

Desde ya, muchas gracias.

Baptista, Jennifer

Caneiro, María José

López, Andrea

Prado, Giuliana

Tejera, María Eloísa

Anexo IV: Instrumento de recolección de datos:

Fecha:

Número de ficha:

Iniciales:

Edad:

Sexo: F M otros

Estado civil:

Soltero.

Casado.

Divorciado.

Unión libre.

Separado.

Viudo.

Ocupación

Jubilado.

Desempleado.

Empleado.

T. Independiente.

Trabajo doméstico.

Estudiante.

Otros.....

Patologías psiquiátricas que presenta al momento del ingreso:

AP Psiquiátricos:

Dx al ingreso/en emergencia:

Tiempo transcurrido de tratamiento:

Menor a un mes	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Mayor igual a un mes	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tres meses o más	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Un año o más	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tres años o más	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Conformación del hogar:

Cónyuge	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Hijos	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Padres	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Hermanos	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Otros	SI	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Familia continente:

Sí No

Procedencia:

Montevideo.

Interior.

intentos de autoeliminación previos:

Primera vez

Segunda vez

Tres o más intentos

Reingreso al servicio:

Si

No

Método utilizado:

Consumo de fármacos:

Ahorcamiento:

Uso de armas de fuego:

Uso de armas blancas:

Precipitación:

Otros:

Factor desencadenante:

Perdida de familiar:

Sentimiento de abandono:

No seguimiento de plan terapéutico:

Motivos económicos:

Problemas familiares / de pareja:

Otros.....