



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

FACTORES DE ESTRÉS EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE FLORIDA 2013-2014

Autores:

Br. Barboza, Adriana
Br. Cortalezzi, Susana
Br. D' Elia, Ivonne
Br. Martínez, Andrea

Tutor:

Prof. Agdo. Sandro Hernández

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

Montevideo, 2014

| INDICE | PÁGINA |
|---|---------------|
| AGRADECIMIENTOS----- | 3 |
| RESUMEN ----- | 4 |
| INTRODUCCION----- | 5 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA----- | 6 |
| OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN----- | 6 |
| JUSTIFICACION----- | 7 |
| FUNDAMENTACIÓN----- | 9 |
| MARCO TEORICO: ----- | 11 |
| DISEÑO METODOLOGICO----- | 19 |
| DEFINICION Y MEDICIÓN DE VARIABLES----- | 21 |
| RESULTADOS----- | 27 |
| DISCUSIÓN----- | 49 |
| CONCLUSIONES----- | 55 |
| SUGERENCIAS----- | 57 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS----- | 58 |
| ANEXOS----- | 59 |

AGRADECIMIENTOS

Consideramos importante expresar nuestro agradecimiento al equipo docente de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería por todo el conocimiento brindado a lo largo de nuestra carrera, principalmente a la Cátedra niño, niña y adolescente.

A nuestro tutor quien nos guió con el fin de enriquecer el presente Trabajo Final de Investigación.

A los funcionarios de la biblioteca de Facultad de Enfermería por brindarnos material de lectura.

Al jefe y personal de registros médicos de Institución Pública y Privada del departamento de Florida.

Para finalizar deseamos expresar nuestro agradecimiento a nuestras familias y amistades por la comprensión, motivación y apoyo brindado durante todo este tiempo.

PALABRAS CLAVE

Trabajo de campo, Enfermería, Administración

RESUMEN

El presente trabajo es una investigación de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal, el objetivo general es conocer los factores de estrés más frecuentes presentes en adolescentes con Intento Auto Eliminación (IAE) del departamento de Florida.

La población de estudio estuvo conformada por 21 adolescentes, que ingresaron al servicio de emergencia de una institución pública y otra privada en el período comprendido entre 1° enero 2013 a marzo 2014 inclusive.

La recolección de datos se realizó a través de un instrumento diseñado a tal fin, se realizó una prueba piloto para comprobar la confiabilidad y validez del instrumento utilizado en la recolección de datos.

Se destaca de los datos obtenidos un marcado predominio del sexo femenino con un 66%, la franja etaria con mayor porcentaje fue entre 14-16 años con un 55 %.

El interior del departamento tiene el mayor índice 71%, y el método más utilizado fue con un 52,5 % la ingesta de psicofármacos.

Los factores de riesgo identificados fueron: depresión, falta de soporte familiar, separación de los padres, violencia familiar, etc. La depresión como factor de riesgo estuvo presente en todos los usuarios sin distinción de razón expuesta para realizar el intento.

PALABRAS CLAVE

Intento de suicidio; Estrés; Adolescencia.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo fue realizado por cuatro estudiantes de la Carrera Escalonada, Generación 2010 de la Facultad de Enfermería pertenecientes a la Universidad de la República, en el marco de los requisitos para la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

El estudio tuvo como objetivo conocer los factores de estrés en adolescentes entre 10 y 19 años de edad con IAE que permita como profesionales de la salud tener una visión más amplia y actualizada de los factores de estrés que predisponen la conducta suicida.

El estudio se realizó en dos instituciones: una pública y otra privada del departamento de Florida en el periodo comprendido entre 1° enero 2013 a marzo 2014 inclusive

El tema es de alto impacto en Uruguay, estudios epidemiológicos y datos estadísticos realizados nos ubican en el segundo lugar en América Latina después de Cuba.

La presencia de enfermedades psiquiátricas, los procesos sociales y agentes estresantes son factores que pueden afectar el equilibrio mental y físico, lo cual supone una situación de crisis.

El IAE es una emergencia psiquiátrica, dado que representa para el individuo un estado de vulnerabilidad que lo enfrenta al riesgo de morir. En el accionar de enfermería es de vital importancia el cuidar y preservar la vida, considerando que esta situación vivida por los usuarios, es un estado de sufrimiento cuya finalidad no es el suicidio, sino sería el dejar de vivir como lo están haciendo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Área problema

Salud en adolescentes.

Pregunta problema

Cuáles son los factores de estrés presentes en adolescentes con IAE, que ingresan al servicio de emergencia de una institución pública y otra privada, en el periodo comprendido entre el 1° de enero 2013 a marzo 2014 inclusive en el departamento de Florida.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Conocer los factores de estrés presentes en adolescentes con IAE, que ingresan al servicio de emergencias de una institución pública y otra privada, en el periodo comprendido entre el 1° enero 2013 a marzo 2014 inclusive.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población en estudio desde el punto de vista socio demográfico.
2. Identificar factores de estrés presentes en la población de estudio.
3. Conocer el método utilizado para el IAE por la población estudiada y dentro de estos el más usado según el sexo.
4. Determinar finalidad del intento de suicidio.

JUSTIFICACIÓN

Se seleccionó dicho tema dado el alto impacto que se observa en nuestra sociedad y teniendo en cuenta que el profesional de enfermería puede cumplir un rol importante ya que está capacitado para detectar y prevenir aquellos factores de estrés que presenta dicha población, de forma de poder abordar esta problemática desde la enfermería trabajando como parte de un equipo interdisciplinario de salud, teniendo en cuenta la cercanía de esta profesión con el usuario y su familia.

La población fue seleccionada debido al predominio de adolescentes que son atendidos en centros asistenciales con diagnóstico IAE, si bien hay un aumento del mismo en edades más tempranas que han causado asombro y preocupación, siguen siendo mayoría los adolescentes los que intentan el suicidio.

“Los adolescentes siempre se han caracterizado por la confusión, las alteraciones emocionales y las amplias variaciones de humor. La conducta impulsiva, que caracteriza a los niños pequeños, hace que los niños y adolescentes estén en una posición de alto riesgo de suicidio intencional”¹

Según Aldaya. 2008. La depresión es una característica del suicidio, en los adolescentes parece ser la consecuencia de conflictos personales o familiares como pueden ser: divorcio de los padres, problemas económicos o enfermedades psiquiátricas.

Según Kaplan (2004) en su libro “Ciencias de la conducta” la frecuencia de suicidio en niños es 4 veces mayor a la de las niñas, sin embargo los intentos de

¹ Wong D. Problemas de salud en la infancia intermedia y de la adolescencia, Enfermería Pediátrica. En: Wong D. Enfermería Pediátrica. 4a.ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1998. v. 2. p. 464-7.

suicidios son 4 veces mayor en las niñas que en los varones y alrededor del 40% de los pacientes con depresión que se suicidan lo habían intentado con anterioridad, la depresión no solo se asocia al hecho consumado sino también al intento; la característica clínica es el trastorno depresivo.

Según Donna L. Wong "Aquellos adolescentes con auténticos problemas de salud mental, como pueden ser los trastornos de conducta, de hiperactividad, déficit de atención o psicosis, tienen un mayor riesgo de suicidio que los demás. Es posible que la muerte de un ser querido, como ser un progenitor, un hermano o un amigo, sean el desencadenante de conductas suicidas"

Ante la preocupación de las autoridades gubernamentales y de la salud, por el aumento de intentos de autoeliminación en adolescentes, motivados a contribuir en crear una conciencia sobre los factores de riesgo y poder detectar señales para actuar de manera eficaz y eficiente, se cree de suma relevancia conocer la existencia o no de los siguientes factores desencadenantes : maltrato, violencia familiar, abuso sexual, pérdida de una persona importante, situación económica desfavorable, trastornos de la conducta, depresión, falta de soporte familiar, divorcio, inconformismo de género, sexo, fracaso en la escolaridad, consumo de drogas en adolescentes , para realizar un reconocimiento temprano y actuar de manera eficiente.

Desde la perspectiva de la enfermería se considera necesario que en estos casos el reconocimiento temprano, la prevención y el tratamiento, son fundamentales así como también que los profesionales de salud están alerta ante los signos que involucran esta problemática.

El profesional de enfermería desde su disciplina es fundamental para poder prevenir estas situaciones y poder cuidar la vida, no solo evitando el suicidio consumado sino poder tratar el problema de base que lleva a los adolescentes a que lleguen a estas situaciones límites.

FUNDAMENTACIÓN

Según el ex Director del Programa de Salud Mental, Dr. Lizardo Valdez, durante una exposición realizada a inicios del año 2010, la tasa de suicidio en Montevideo era de 17 por cada 100.000 habitantes y la relación entre IAE y suicidio es 12 a 1, mientras que en el interior del país los departamentos con mayor índice de suicidios son Rocha, Colonia y Florida.² Los suicidios son la segunda causa de muerte en jóvenes entre 10 y 15 años de edad y la primera causa entre los 15 y 19 años.

La conducta suicida ha sido considerada como una urgencia psiquiátrica entendiéndose como tal "aquella en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de la conducta (ambos con sus dimensiones objetivas y subjetivas) son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente".

Según la OMS en Uruguay la relación entre IAE y suicidio consumado es 20 a 1, éste dato indica que en Uruguay es posible que la incidencia de IAE esté subestimada.³

De acuerdo a datos internacionales, el IAE es más frecuente en el sexo femenino durante el período de la adolescencia, mientras que el suicidio consumado es

² 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://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num9/9_art03_garay_vazquez.pdf [consulta: 20 jul. 2014].

³ Vázquez M, García L, Giachetto G, Martínez A, Viola L. Intentos de autoeliminación en niños y adolescentes. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://opcionmedica.parentesisweb.com/articulos/intentos-de-autoeliminación-en-niños-y-adolescentes> [consulta: 20 jul. 2014].

más común en el sexo masculino, durante la niñez estas diferencias desaparecen y las frecuencias se equiparan.

El riesgo de suicidio consumado en un paciente con antecedentes de IAE es 38-47 veces superior al riesgo en la población general. Se estima que 40 % de los pacientes que realizaron un primer IAE van a presentar otro en los dos años siguientes y 10 % se suicidarán en los siguientes diez años.

Es relevante destacar que a pesar de la gravedad que implica tener un IAE, solamente una cuarta parte de los pacientes que realizan un IAE concurren a la consulta médica en el momento del mismo y la mitad de los que sí lo hacen no continuará en seguimiento. Sin embargo el 80 % de los que se suicidan concurrieron a una consulta de médico general en los dos meses anteriores al evento, perdiéndose muchas veces la posibilidad de vislumbrar el riesgo suicida en este contacto con el sistema de salud.

En el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), hospital de referencia nacional para usuarios de ASSE, todos los niños y adolescentes con IAE son hospitalizados. En este centro, durante el año 2008, se realizaron 596 consultas desde el Departamento de Emergencia Pediátrica a la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, 23% de las consultas se debieron a IAE.

A los dos años de seguimiento, un tercio de ellos presentaron un intento recurrente. Estas cifras son aún más alarmantes si se considera que se trata de adolescentes menores de 15 años.

MARCO TEÓRICO

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

No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años."⁴

Independientemente de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza por los siguientes eventos:

- ✓ Aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporal.
- ✓ Momento de mayor velocidad de crecimiento.
- ✓ Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
- ✓ Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón, dando por resultado un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.

⁴- Domínguez Ayllón Y. Adolescencia. [Internet]. 2003. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/adosa/adosa.shtml> [consulta: 12 jun. 2014].

El desarrollo sexual en esta etapa se caracteriza por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva.

En relación a los aspectos psicológicos, están dados fundamentalmente por:

- ✓ Búsqueda de sí mismos, de su identidad.
- ✓ Necesidad de independencia. Tendencia grupal.
- ✓ Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- ✓ Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- ✓ Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico.
- ✓ Relación conflictiva con los padres.
- ✓ Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- ✓ La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
- ✓ Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

La Pubertad: adolescencia inicial o temprana se ubica entre los 10 y 14 años y cuyas características a destacar son las siguientes:

- ✓ Crecimiento físico acelerado (evidenciado en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales).
- ✓ Aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
- ✓ Se pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.

- ✓ Gran cantidad de cambios relacionados con el inicio de la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva.
- ✓ Cambios incipientes en la relación con el padre, la madre y otras figuras adultas de autoridad.
- ✓ Se tiende al aislamiento, cuya función es permitir explorar y asimilar poco a poco los cambios físicos y psicológicos. Los cambios son fuentes de angustia, una de las áreas más vulnerables de esta etapa es la autoestima.

La adolescencia media o tardía, juventud media es el periodo ubicado entre los 15 y 19 años de edad, se caracteriza por:

- ✓ Adquisición de mayor independencia.
- ✓ Adquisición de mayor estabilidad emocional.
- ✓ Proceso de consolidación de su identidad.
- ✓ Conformación de un proyecto de vida, lo que es el área de mayor preocupación para las personas en esta etapa.

La OMS define "el acto suicida" como toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos, y el suicidio como la muerte que resulta de un acto suicida.⁵

Constituye la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 24 años, después de los accidentes de tránsito. El intento de suicidio junto al suicidio, son las dos formas más representativas de la conducta suicida. Aunque el espectro

⁵ Mansilla Izquierdo F. La conducta suicida y su prevención. [Internet]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtm> [consulta: 3 dic. 2013].

completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación suicida: amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado.

Por tanto, se puede diferenciar entre:

Conductas suicidas: Son las encaminadas a conseguir consciente o inconscientemente el acto suicida.

Riesgo de suicidio: Es la posibilidad de que una persona atente deliberadamente contra su vida.

Suicidio consumado: Es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito.

Suicidio frustrado: Acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista.

Simulación suicida: Es el acto suicida que no cumple su objetivo, porque hay fingimiento o presentación de algo como real, cuando no existía una auténtica intención de consumir el acto.

Ideación suicida: Son los pensamientos y planes para llevar a cabo un acto suicida.

Gesto suicida: Es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará.

Amenaza suicida: Es dar a entender con palabras sobre una acción suicida que se realizará.

Suicidio colectivo: La conducta suicida que llevan a cabo varias personas a la vez, en este tipo de suicidios lo normal es que una persona del grupo sea la inductora y el resto los dependientes.

Los suicidios en grupo, tanto implican a un gran número de personas, como sólo dos (como un par de enamorados o cónyuges), representan una forma extrema de identificación con la otra persona.

Los suicidios de grandes grupos de individuos tienden a ocurrir en sectas y en situaciones con una gran carga emocional.

Suicidio racional: Una persona que inmerso en una enfermedad crónica, incapacitante, deterioro progresivo, toma la decisión de que suicidarse es la solución a su sufrimiento.

Intento de suicidio: Se engloban aquellos actos autos lesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.

Parasuicidio: o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse.

Forman parte del parasuicidio las auto laceraciones (como cortes en las muñecas), los auto envenenamientos (ingestión medicamentosa) y las auto quemadura.

Los factores de riesgo de conductas suicidas en adolescentes es toda circunstancia o situación que aumenta la probabilidad de llevar a cabo un acto suicida, son ciertos acontecimientos que implican demandas fuertes del individuo que pueden agotar los recursos de afrontamiento. El estrés es una reacción fisiológica del organismo en el que entra en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda, respuesta natural de supervivencia, que cuando se da en exceso puede llegar a ser patológica.

Los factores desencadenantes pueden ser estímulos internos o externos: tanto químicos, físicos, ambientales, somáticos, o sociocultural que propicien de manera directa o indirecta a la desestabilización del equilibrio dinámico del organismo.

Individual:

- ✓ Intento de suicidio previo.
- ✓ Trastorno mental.
- ✓ Abuso de alcohol o drogas.
- ✓ Desesperanza.
- ✓ Sentimiento de aislamiento.
- ✓ Falta de apoyo social.
- ✓ Pobres habilidades para resolver problemas (cognitivos).
- ✓ Tendencias agresivas.
- ✓ Impulsividad.
- ✓ Antecedentes de trauma, maltrato y/o abuso sexual.
- ✓ Angustia emocional aguda.
- ✓ Enfermedades crónicas incluyendo dolor.
- ✓ Antecedentes familiares de suicidio.
- ✓ Factores neurobiológicos.
- ✓ Trastornos de la identidad sexual (desarrollo personal).

Socio cultural:

- ✓ Estigma asociado con búsqueda de ayuda.
- ✓ Barreras para el acceso al cuidado de la salud, especialmente salud mental y tratamiento de abuso de sustancias
- ✓ Ciertas creencias culturales y religiosas (por ejemplo que el suicidio es una resolución noble de un dilema personal).
- ✓ Exposición a comportamientos suicidas, a través de medios de comunicación, y/o influencia de otros que han muerto por suicidio.

Situacional

- ✓ Ofertas de empleo y pérdidas financieras.
- ✓ Pérdidas relacionales o sociales.
- ✓ Conflictos entre padres (familiares) y relaciones padres/hijos problemáticas.
- ✓ Familias disfuncionales muy violentas (familiares).
- ✓ Fácil acceso a medios letales.
- ✓ Grupos locales de suicidio que pueden influir de manera contagiosa.
- ✓ Eventos estresantes en la vida.
- ✓ Problemas legales/disciplinarios dificultades en la escuela.

Los factores protectores son aquellos que evitan la aparición o desarrollo de una situación mórbida, en el riesgo suicida son aquellos que evitan o disminuyen la ocurrencia del mismo. Los mismos pueden ser individuales, familiares, sociales. Sociedad y sistema de salud deben propiciar el desarrollo de factores protectores que apoyen el crecimiento y la maduración sana del adolescente como son: Buen apoyo: familiar o adultos referentes y sociales (grupos de pertenencia saludables, amistades, instituciones educativas, deportivas, religiosas, etc.)

Condiciones personales: Iniciativas positivas, creativas, actitudes saludables, actividades recreativas, educativas, habilidades de resolución de problemas, resolución de conflictos y manejo no violentos de los mismos, etc.

Los factores protectores son los que impiden, bloquean, atenúan o disminuyen la posibilidad de que la persona cometa un acto suicida

Entre los factores protectores se encuentran:

- Poseer experiencias sociales que le permitan integrarse en grupos de adolescentes tanto en los centros de estudio como en la comunidad.
Tener confianza en sí mismo, poseer la capacidad de autocontrol ante situaciones extremas.
- Tener autoestima, autoimagen y suficiencia.
- Saber buscar ayuda en momentos de dificultades: grupos familiares, amigos, maestros, médicos. Etc.
- Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y elegir la persona más apropiada para brindarlos.
- Estar integrado socialmente y tener criterio de pertenencia.
- Emplear el tiempo libre en actividades recreativas adecuadas a su edad.
- Evitar el consumo de sustancias adictivas.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, cuantitativo de corte transversal.

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Todos los adolescentes de entre 10 y 19 años que ingresaron al servicio de emergencias de una institución pública y otra privada por IAE en el periodo comprendido entre el 1° enero 2013 a marzo 2014 inclusive, siendo un total de 21 adolescentes.

UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN: Historia Clínica de los usuarios

CRITERIO DE INCLUSIÓN: Adolescentes de entre 10 y 19 años que ingresan al servicio de emergencias de una institución pública y otra privada, con al menos un diagnóstico médico de IAE en el período citado y a los cuales se haya podido acceder a su Historia Clínica.

PROCEDIMIENTOS, TABULACIÓN Y ANÁLISIS:

Se realizó una revisión bibliográfica de antecedentes del tema tanto regional como nacional y se entrevistaron a especialistas en el tema como así a personal que atiende las emergencias con el fin de profundizar en la temática.

Luego de elaborado el protocolo de investigación, se solicita de manera formal a ambas instituciones autorización para la realización de la investigación, incluyendo revisión de Historias Clínicas. Para la sistematización de datos se crea un instrumento realizándose una prueba piloto, a partir de esta, se modifica de acuerdo a los resultados.

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 procesó la información mediante los programas Microsoft Excel y Microsoft Word.

Definición conceptual: Clasificación de los hombres y las mujeres, basados en su quinta característica sexual cromosómica.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Femenino, Masculino

Etad:

Definición conceptual: Número de años de vida que tiene un individuo desde el momento de su nacimiento hasta la fecha del último intento de Anticoncepción.

Clasificación: cuantitativa

Escala de medición: ordinal

Categorías: 10-13 años, 14-15 años, 17-19 años

Procedencia:

Definición conceptual: según configuración de sus rasgos al momento de su último IAE.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medición: ordinal

Categorías: Capital, Interje

Responsable del muestreo:

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

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

DEFINICIÓN Y MEDICIÓN DE VARIABLES

Sexo:

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

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Femenino; Masculino

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: 10-13 años; 14-16 años; 17-19 años

Procedencia:

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

Clasificación: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Capital - 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, Vive solo; Otros

Estado civil del adolescente:

Definición conceptual: Situación legal del individuo frente al registro civil.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Soltero; Casado; Unión libre; Divorciado; Viudo/a.

Número de hijos del adolescente:

Definición conceptual: Número de hijos vivos al momento del intento.

Clasificación: cuantitativa discreta.

Escala de medición: nominal

Categorías: Ninguno, 1-2, 3 o más

Centro Asistencial:

Definición conceptual: Servicio de salud en la que recibe atención el individuo.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Pública; Privada

Nivel de instrucción:

Definición conceptual: Nivel educativo más alto logrado.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medición: ordinal

Categorías: Primaria incompleta, Primaria completa; Ciclo Básico incompleto, ciclo Básico completo, Bachillerato incompleto, Bachillerato completo; Terciario incompleto.

Situación laboral adolescente:

Definición conceptual: Toda aquella actividad que realiza el adolescente de origen manual y/o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica.

Clasificación: Cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Trabaja; No trabaja

Adicciones:

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

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Alcohol, Tabaco, Drogas ilegales.

Factores de estrés:

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

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Maltrato, violencia familiar, abuso sexual, trastornos de la conducta soledad, baja autoestima, falta de proyectos de vida, situación económica desfavorable, depresión, divorcio, inconformismo de género, consumo de drogas, dificultad para asumir roles de adulto, fracaso escolar, hijo adoptivo, antecedentes policiales personales.

Factores de estrés familiares:

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

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: pérdida de persona referente, muerte de un familiar por suicidio, falta de soporte familiar, riñas familiares, padres con trastornos mentales, violencia familiar (física y sexual) hacinamiento familiar, separación de los padres, antecedentes policiales familiares, pobre comunicación familiar.

Factores 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, Inmigrantes, Carencia de amigos, Aislamiento social.

Finalidad del hecho:

Definición conceptual: Objetivo que se desea alcanzar con el IAE.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Terminar con la vida, Asustar a otros, Evitar situación negativa, Llamar la atención, Modificar situación en la familia, Sin objetivo claro, No evaluado.

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 autoinflingidas, Psicofármacos o tóxicos, Uso de arma de fuego, Uso de arma blanca, Inmersión, Caída precipicio, Precipitación debajo un vehículo, otros.

Antecedentes de IAE del adolescente:

Definición conceptual: Presencia de situaciones anteriores de intentos de autoeliminación..

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Si; 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 y otros.

Núcleo familiar:

Definición conceptual: Número de personas que viven bajo el mismo techo, tengan o no lazos consanguíneos.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: monoparental, monoparental ampliada, biparental, biparental ampliada.

Situación laboral de los padres o tutores:

Definición conceptual: Toda aquella actividad de origen manual y/o intelectual que se realiza a cambio de una compensación económica.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Trabaja; No trabaja, Sin datos.

Drogas consumidas por grupo familiar:

Definición conceptual: Tipo de sustancia consumidas que generan una relación de dependencia por algún integrante del grupo familiar.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: Alcohol, Tabaco, Drogas ilegales; Ninguna, Sin datos

Antecedentes familiares de IAE:

Definición conceptual: Presencia de familiares con IAE.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categorías: padre, madre, hermanos, abuelos, tíos, sin datos.

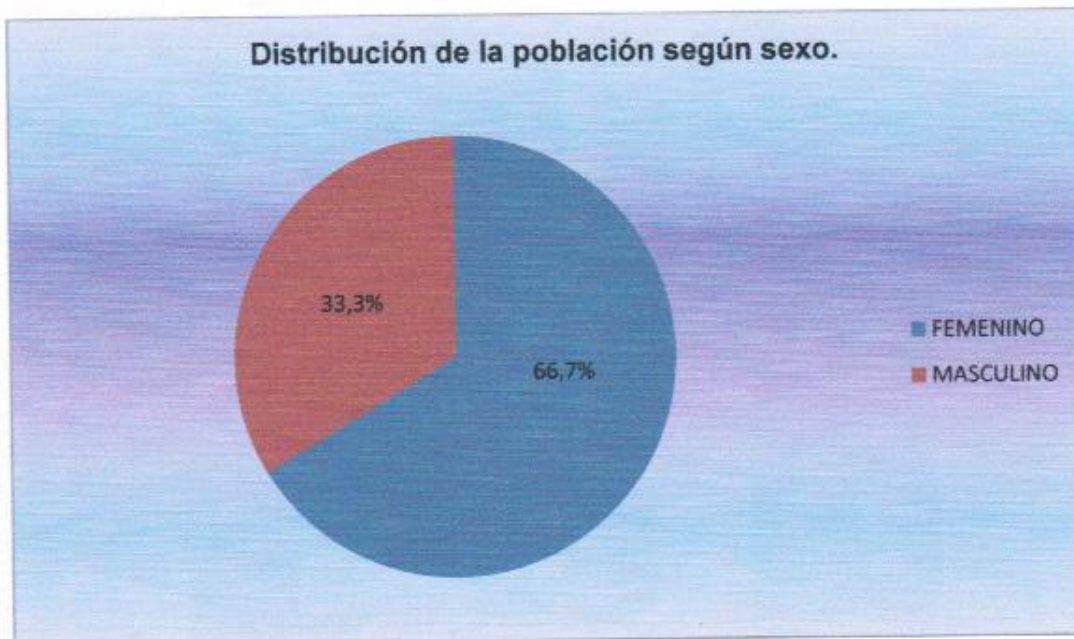
RESULTADOS

TABLA 1- Distribución de la población según sexo.

| SEXO | FA | FR % |
|-----------|----|------|
| FEMENINO | 14 | 66.7 |
| MASCULINO | 7 | 33.3 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 1-



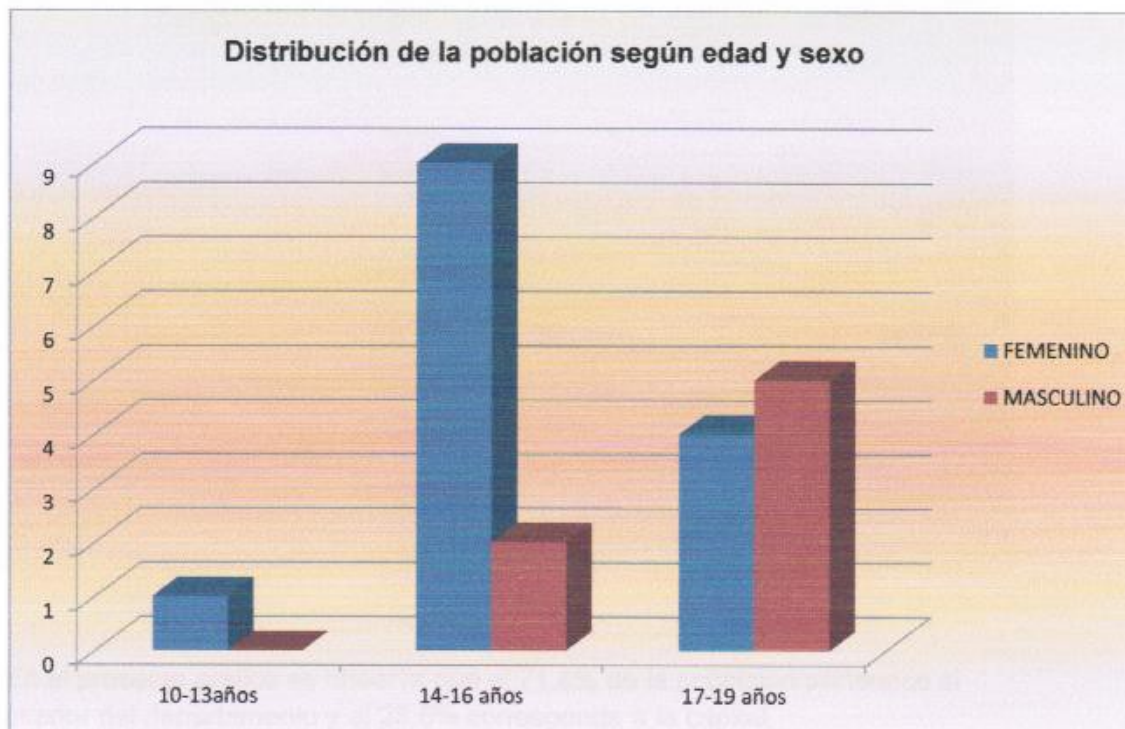
Se observa que el mayor porcentaje está en el sexo femenino con un 66.7 % que equivale a 14 mujeres y a continuación el sexo masculino con un 33.3% que son 7 hombres.

TABLA 2: Distribución de la población según edad y sexo.

| EDAD | FEMENINO | | MASCULINO | |
|-------|----------|------|-----------|------|
| | FA | FR% | FA | FR% |
| 10-13 | 1 | 4.7 | 0 | 0 |
| 14-16 | 9 | 43 | 2 | 9.5 |
| 17-19 | 4 | 19 | 5 | 23.8 |
| TOTAL | 14 | 66.7 | 7 | 33.3 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 2



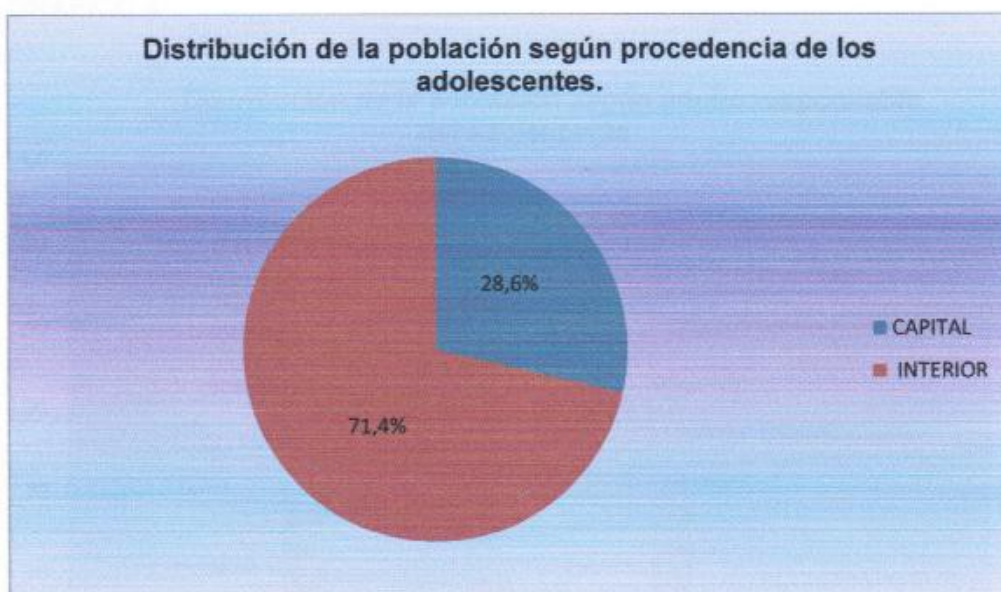
La edad que más frecuencia tiene de IAE es de 14-16 años con un porcentaje de 43% en el sexo femenino, seguido por el grupo de 17-19 años con un 23.8% correspondiente al sexo masculino.

TABLA 3: Distribución de la población según procedencia de los adolescentes.

| PROCEDENCIA | FA | FR % |
|-------------|----|------|
| CAPITAL | 6 | 28.6 |
| INTERIOR | 15 | 71.4 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 3



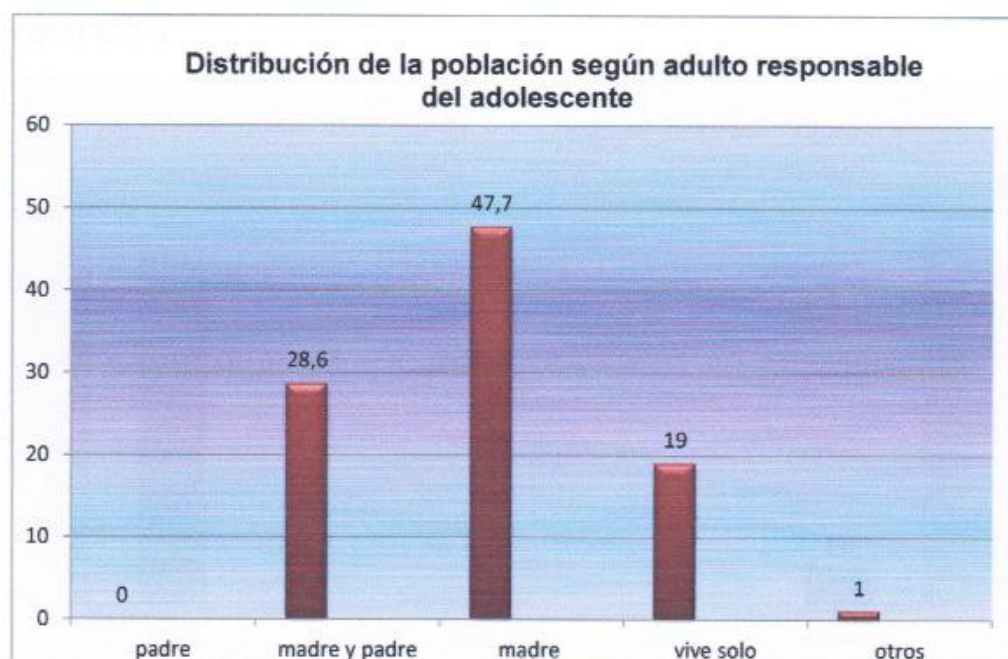
En el presente gráfico se observa que el 71.4% de la población pertenece al interior del departamento y el 28.6% corresponde a la capital.

TABLA 4: Distribución de la población según adulto responsable del adolescente.

| RESPONSABLE | FA | FR % |
|---------------|----|------|
| PADRE | 0 | 0 |
| MADRE Y PADRE | 6 | 28.6 |
| MADRE | 10 | 47.7 |
| VIVE SOLO | 4 | 19 |
| OTROS | 1 | 4.7 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 4



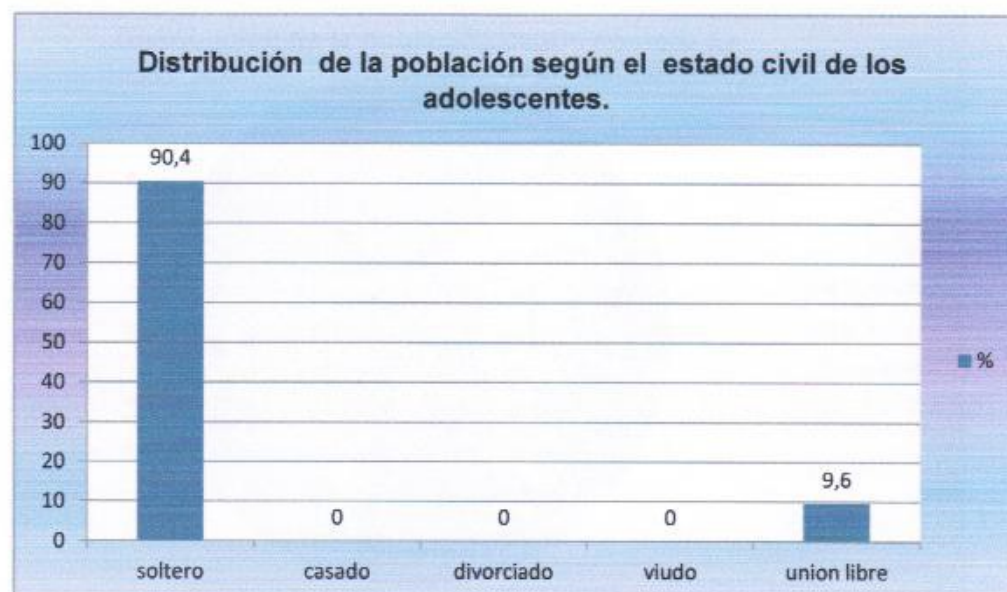
En éste gráfico se observa que el 47.7% de los adolescentes están a cargo de la madre, a continuación con el 28.6% del padre y madre, seguido del 19% que viven solos y el 4.7% a cargo de otros.

TABLA 5: Distribución de la población según el estado civil de los adolescentes.

| ESTADO CIVIL | FA | FR % |
|--------------|----|------|
| SOLTERO | 19 | 90.4 |
| CASADO | 0 | 0 |
| DIVORCIADO | 0 | 0 |
| VIUDO | 0 | 0 |
| UNION LIBRE | 2 | 9.6 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 5



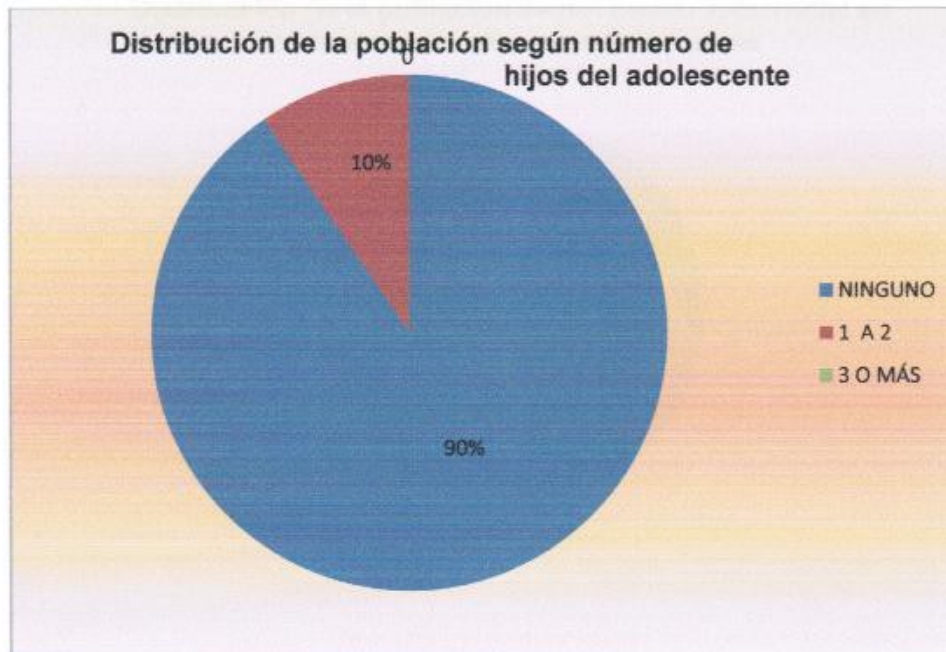
El mayor porcentaje está en los adolescentes solteros con un 90.4% y por último con un 9.6% en adolescentes en unión libre.

TABLA 6: Distribución de la población según número de hijos del adolescente.

| HIJOS | FA | FR % |
|--------------|-----------|------------|
| NINGUNO | 19 | 90 |
| 1-2 | 2 | 10 |
| 3 O MÁS | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 6



Se observa que el mayor porcentaje de la población 19 usuarios, no ha tenido hijos, solo 2 de ellos.

TABLA 7: Distribución de la población según centro asistencial en los que se atienden los adolescentes.

| CENTRO ASISTENCIAL | FA | FR % |
|--------------------|-----------|------------|
| Pública | 14 | 66.7 |
| Privada | 7 | 33.3 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas.

GRÁFICO 7



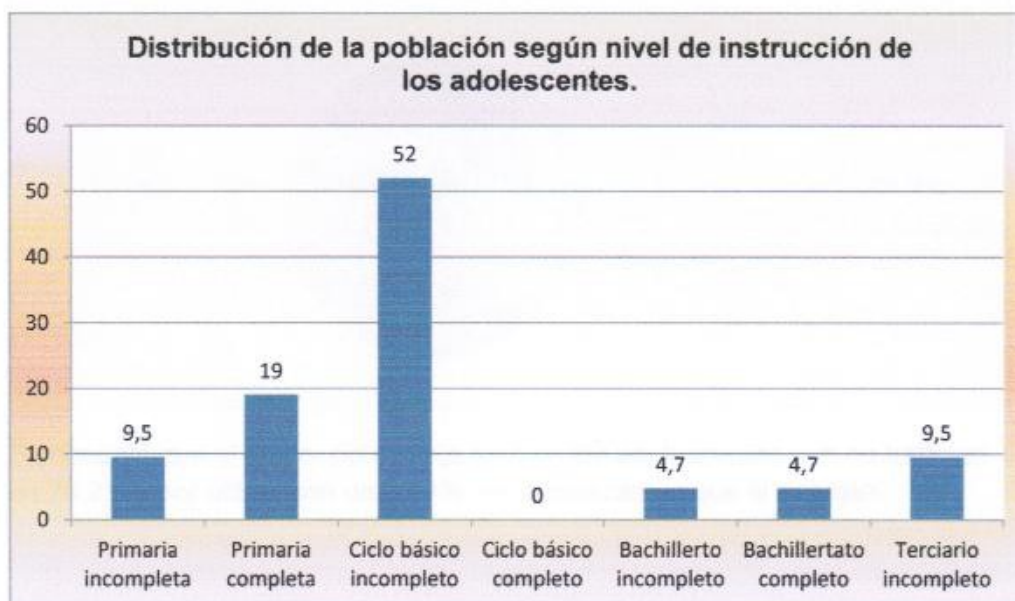
El mayor porcentaje 66.7 % de la población se atiende en el sector público y el 33.3% corresponde a la cobertura privada.

TABLA 8: Distribución de la población según nivel de instrucción de los adolescentes.

| NIVEL DE INSTRUCCIÓN | FA | FR% |
|-------------------------|-----------|------------|
| PRIMARIA INCOMPLETA | 2 | 9.5 |
| PRIMARIA COMPLETA | 4 | 19 |
| CICLO BASICO INCOMPLETO | 11 | 52 |
| CICLO BASICO COMPLETO | 0 | 0 |
| BACHILLERATO INCOMPLETO | 1 | 4.7 |
| BACHILLERATO COMPLETO | 1 | 4.7 |
| TERCIARIO INCOMPLETO | 2 | 9.5 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas.

GRÁFICO 8



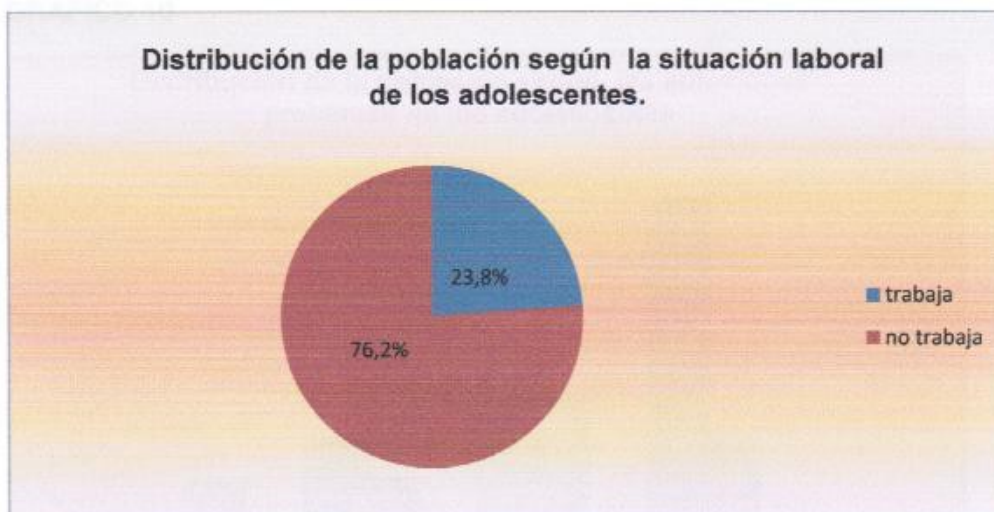
La gráfica muestra que el nivel de instrucción de los adolescentes predomina la del ciclo básico incompleto con un 52%, luego la primaria completa con un 19%, primaria incompleta 9.5% junto a terciario incompleto, y por último tenemos el bachillerato incompleto y completo con un 4.7%.

TABLA 9: Distribución de la población según la situación laboral de los adolescentes.

| SITUACIÓN LABORAL | FA | FR % |
|-------------------|-----------|------------|
| TRABAJA | 5 | 23.8 |
| NO TRABAJA | 16 | 76.2 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 9



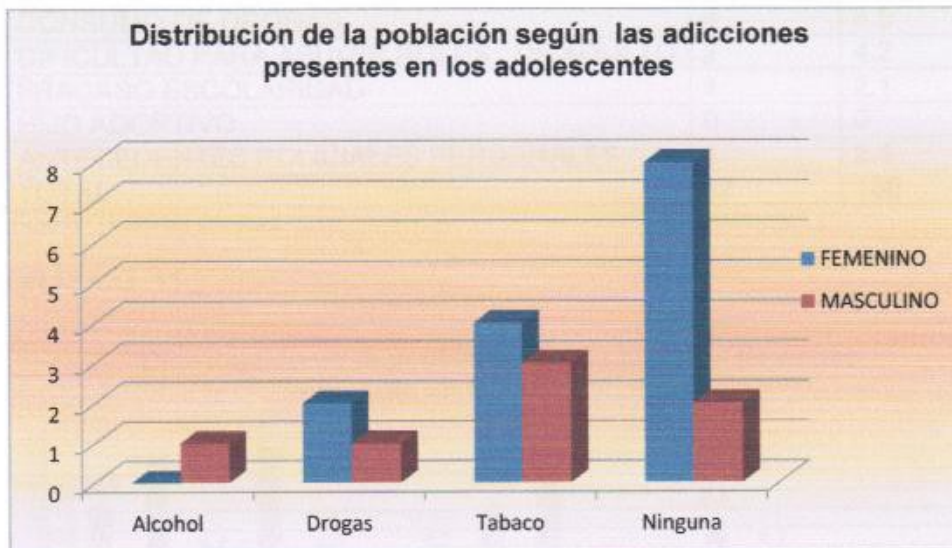
Se observa que el mayor porcentaje está en los adolescentes que no trabajan con un 76.2% y por último con un 23.8% en adolescentes que si trabajan.

TABLA 10: Distribución de la población según las adicciones presentes en los adolescentes

| ADICCIONES | FEMENINO | | MASCULINO | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | FA | FR% | FA | FR% |
| ALCOHOL | 0 | 0 | 1 | 4.7 |
| DROGAS | 2 | 9.5 | 1 | 4.7 |
| TABACO | 4 | 19 | 3 | 14.2 |
| NINGUNA | 8 | 38 | 2 | 9.5 |
| TOTAL | 14 | 66.5 | 7 | 33.1 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 10



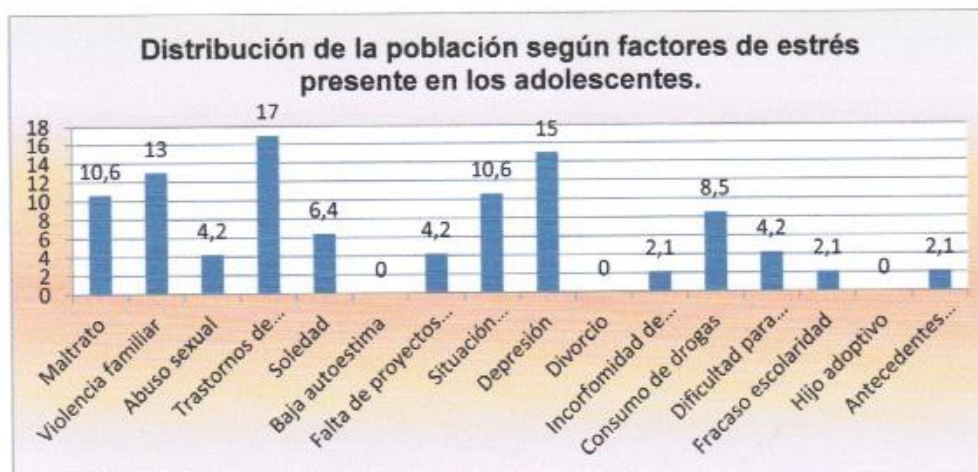
Se observa que la mayoría del sexo femenino no tiene ninguna adicción con el 38%, le sigue el consumo de tabaco con el 19% en el mismo sexo, luego con el 14.7% en el sexo masculino.

TABLA 11: Distribución de la población según factores de estrés presente en los adolescentes.

| FACTORES DE ESTRÉS | FA | FR % |
|--|-----------|------------|
| MALTRATO | 5 | 10.6 |
| VIOLENCIA FAMILIAR | 6 | 13 |
| ABUSO SEXUAL | 2 | 4.2 |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA | 8 | 17 |
| SOLEDAD | 3 | 6.4 |
| BAJA AUTOESTIMA | 0 | 0 |
| FALTA DE PROYECTO DE VIDA. | 2 | 4.2 |
| SITUACIÓN ECONÓMICA DESFAVORABLE | 5 | 10.6 |
| DEPRESIÓN | 7 | 15 |
| DIVORCIO | 0 | 0 |
| INCORFORMIDAD DE GÉNERO | 1 | 2.1 |
| CONSUMO DE DROGAS | 4 | 8.5 |
| DIFICULTAD PARA ASUMIR ROLES DE ADULTO | 2 | 4.2 |
| FRACASO ESCOLARIDAD | 1 | 2.1 |
| HIJO ADOPTIVO | 0 | 0 |
| ANTECEDENTES POLICIALES PERSONALES | 1 | 2.1 |
| TOTAL | 47 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 11



El 17% de los IAE son los trastornos de conducta, seguido con el 15% por depresión, a continuación con el 13% por violencia familiar, el 10.6% por maltrato

y situación económica desfavorable, con el 8.5% por consumo de drogas, el 6.4% por soledad, el 4.2% por abuso sexual, falta de proyecto de vida, dificultad para asumir roles de adulto y por último con el 2.1% tenemos lo que lo hicieron por inconformismo de género, fracaso escolaridad y antecedentes personales policiales.

| CAUSAS FAMILIARES | Nº | % |
|--|----|------|
| PROBLEMAS CON TRANSICIONES VENTURA EN VIDA EN LA FAMILIA (FÍSICA Y SEXUAL) | 4 | 10.3 |
| HECHURRAMIENTO FAMILIAR | 7 | 17.5 |
| SEPARACIÓN DE LOS PADRES | 8 | 20.3 |
| ANTECEDENTES POLICIALES FAMILIARES | 3 | 7.7 |
| PROBLEMAS COMUNICACIÓN FAMILIAR | 4 | 10.3 |
| TOTAL | 26 | 100 |

GRÁFICO 13



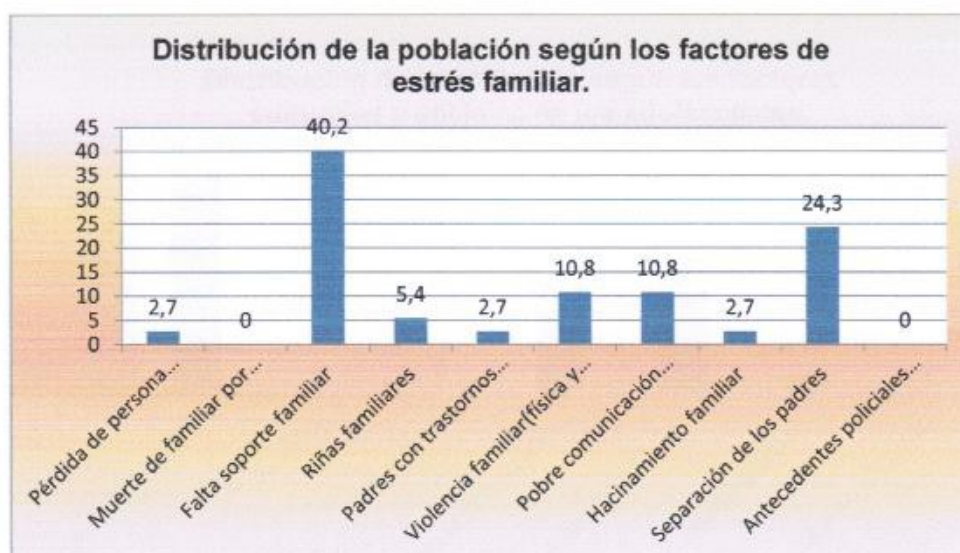
Se observa que el mayor porcentaje con el 20.3% corresponden a la separación de los padres, seguido con el 17.5% de hechurramiento de los padres, a continuación con el 10.3% de violencia familiar y problemas con transiciones ventura en vida en la familia y por último con el 2.1% de problemas de comunicación familiar, consumo de drogas, soledad y antecedentes policiales.

TABLA 12: Distribución de la población según los factores de estrés familiar.

| FACTORES DE ESTRÉS FAMILIARES | FA | FR % |
|-------------------------------------|-----------|------------|
| PÉRDIDA DE PERSONA REFERENTE | 1 | 2.7 |
| MUERTE DE UN FAMILIAR POR SUICIDIO | 0 | 0 |
| FALTA DE SOPORTE FAMILIAR | 15 | 40.2 |
| RIÑAS FAMILIARES | 2 | 5.4 |
| PADRES CON TRASTORNOS MENTALES | 1 | 2.7 |
| VIOLENCIA FAMILIAR(FÍSICA Y SEXUAL) | 4 | 10.8 |
| HACINAMIENTO FAMILIAR | 1 | 2.7 |
| SEPARACIÓN DE LOS PADRES | 9 | 24.3 |
| ANTECEDENTES POLICIALES FAMILIARES | 0 | 0 |
| POBRE COMUNICACIÓN FAMILIAR | 4 | 10.8 |
| TOTAL | 37 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 12



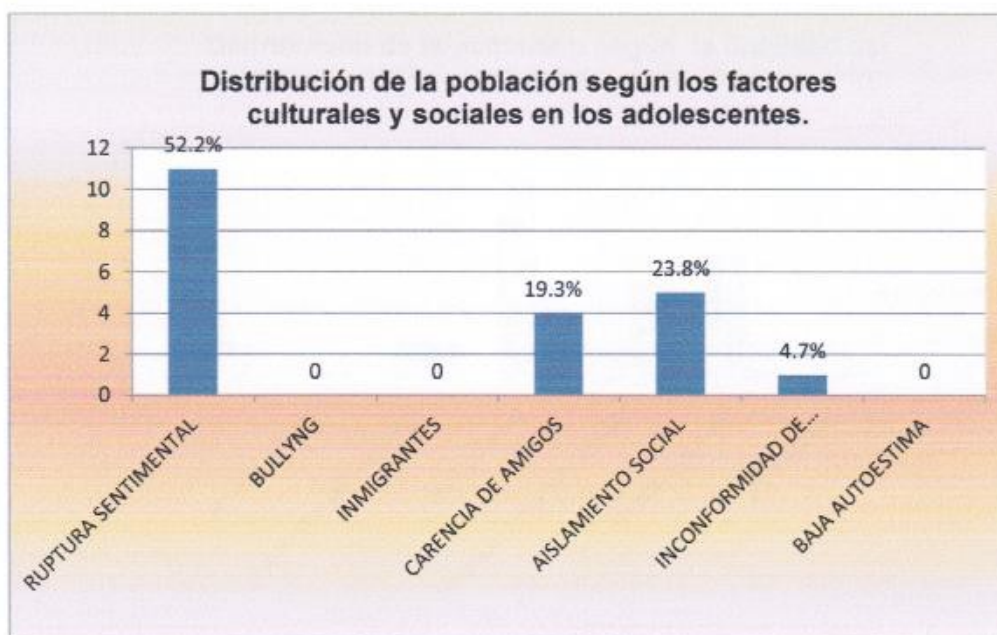
Se observa que el mayor porcentaje con el 40.2% prevalece la falta de soporte familiar, seguido con el 24.3% de separación de los padres, a continuación con el 10.8% de violencia familiar y pobre comunicación familiar, con un 5.4% de riñas familiares y por último con el 2.7% de pérdida de persona referente, padre con trastornos mentales y hacinaamiento familiar.

TABLA 13: Distribución de la población según los factores culturales y sociales en los adolescentes.

| FACTORES CULTURALES Y SOCIALES | FA | FR % |
|--------------------------------|-----------|------------|
| RUPTURA SENTIMENTAL | 11 | 52.2 |
| BULLYNG | 0 | 0 |
| INMIGRANTES | 0 | 0 |
| CARENCIA DE AMIGOS | 4 | 19.3 |
| AISLAMIENTO SOCIAL | 5 | 23.8 |
| INCONFORMIDAD DE GÉNERO | 1 | 4.7 |
| BAJA AUTOESTIMA | 0 | 0 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 13



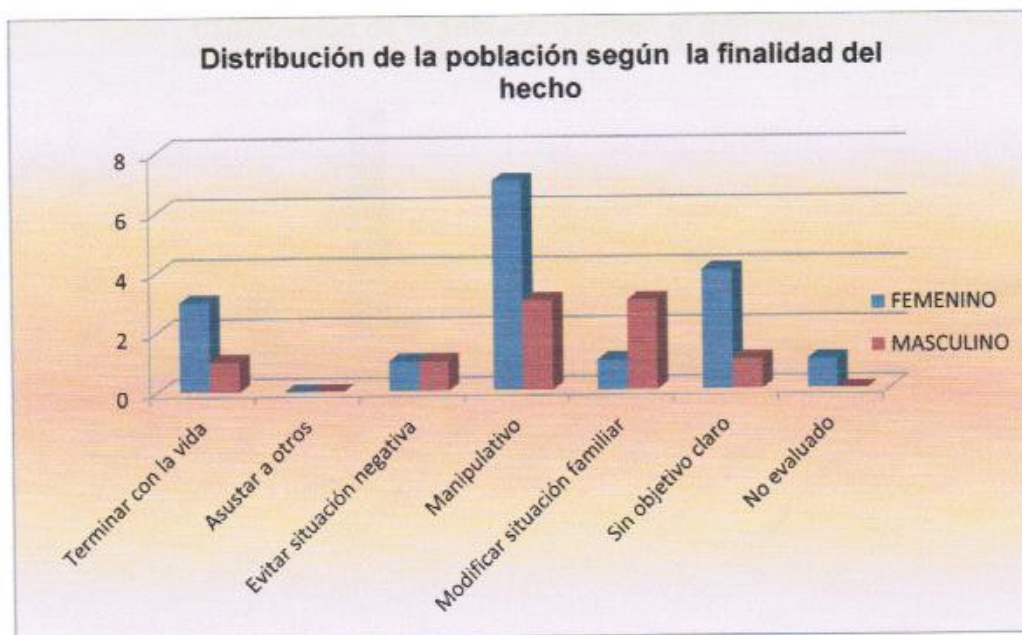
El mayor porcentaje con el 52.2% prevalece la ruptura sentimental, seguido con el 23.8% aislamiento social, 19.3% carencia de amigos y por último con el 4.7% inconformidad de género.

TABLA 14: Distribución de la población según la finalidad del hecho.

| FINALIDAD DEL HECHO | FEMENINO | | MASCULINO | |
|------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | FA | FR% | FA | FR% |
| TERMINAR CON LA VIDA | 3 | 11.5 | 1 | 3.8 |
| ASUSTAR A OTROS | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EVITAR SITUACIÓN NEGATIVA | 1 | 3.8 | 1 | 3.8 |
| MANIPULATIVO | 7 | 26.9 | 3 | 11.5 |
| MODIFICAR SITUACIÓN FAMILIAR | 1 | 3.8 | 3 | 11.5 |
| SIN OBJETIVO CLARO | 4 | 15.3 | 1 | 3.8 |
| NO EVALUADO | 1 | 3.8 | 0 | 0 |
| TOTAL | 17 | 65.1 | 9 | 34.4 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 14



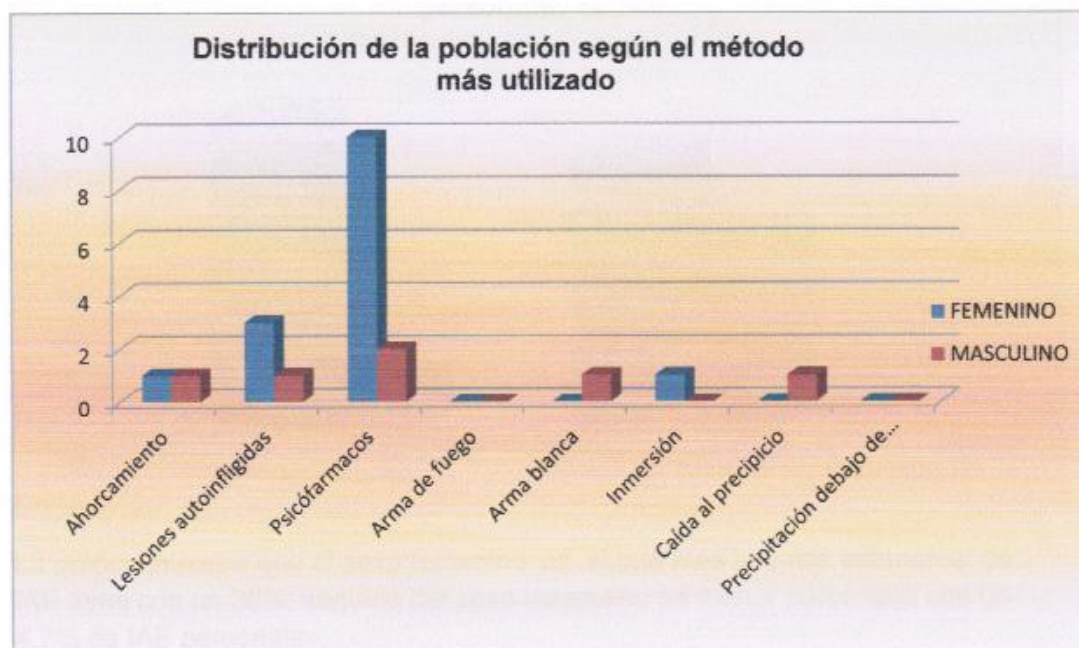
La gráfica nos muestra que en ambos sexos el objetivo es manipulativo, seguido sin objetivo claro, luego modificar la situación familiar y por último terminar con la vida

TABLA 15: Distribución de la población según el método más utilizado.

| MÉTODO UTILIZADO | FEMENINO | | MASCULINO | |
|-------------------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | FA | FR% | FA | FR% |
| AHORCAMIENTO | 1 | 4.7 | 1 | 4.7 |
| LESIONES AUTOINFLINGIDAS | 3 | 14.2 | 1 | 4.7 |
| PSICOFÁRMACOS | 10 | 47.6 | 2 | 10 |
| ARMA DE FUEGO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ARMA BALNCA | 0 | 0 | 1 | 4.7 |
| INMERSIÓN | 1 | 4.7 | 0 | 0 |
| CAÍDA AL PRECIPICIO | 0 | 0 | 1 | 4.7 |
| PRECIPITACIÓN DEBAJO DE UN VEHÍCULO | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 71.2 | 6 | 28.8 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 15



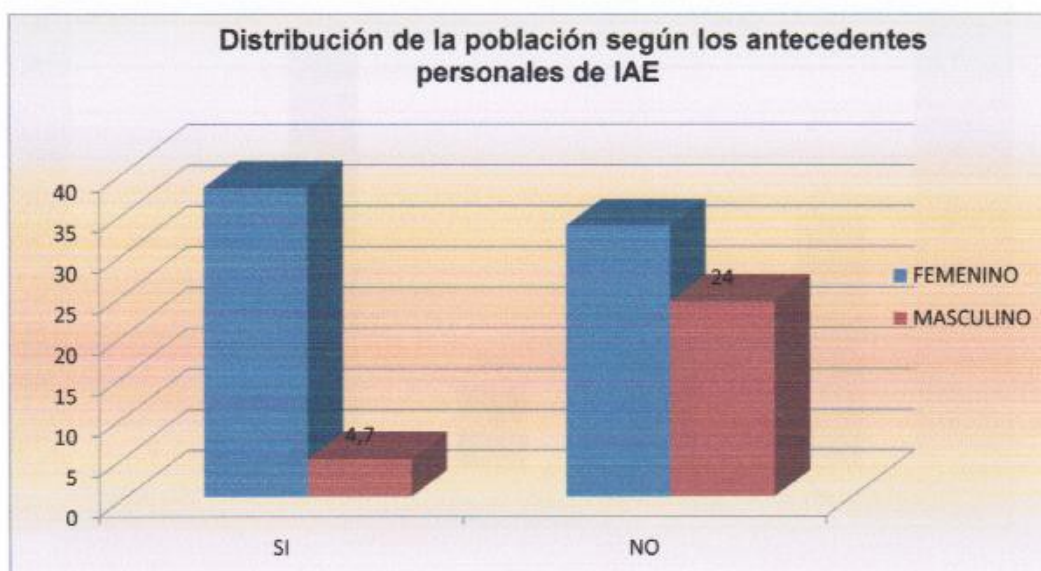
En el método más utilizado para IAE por los adolescentes es la ingesta de psicofármacos con el 47.6% predominante en el sexo femenino, seguido de lesiones autoinflingidas con el 14.2% del mismo sexo, a continuación ingesta de psicofármacos en el sexo masculino con el 10% y por último con el 4.7% arma blanca, inmersión, caída al precipicio y ahorcamiento.

TABLA 16: Distribución de la población según los antecedentes personales de IAE.

| Antecedentes personales IAE | FEMENINO | | MASCULINO | |
|-----------------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| | FA | FR% | FA | FR% |
| SI | 8 | 38 | 1 | 4.7 |
| NO | 7 | 33.3 | 5 | 24 |
| TOTAL | 15 | 71.3 | 6 | 28.7 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 16



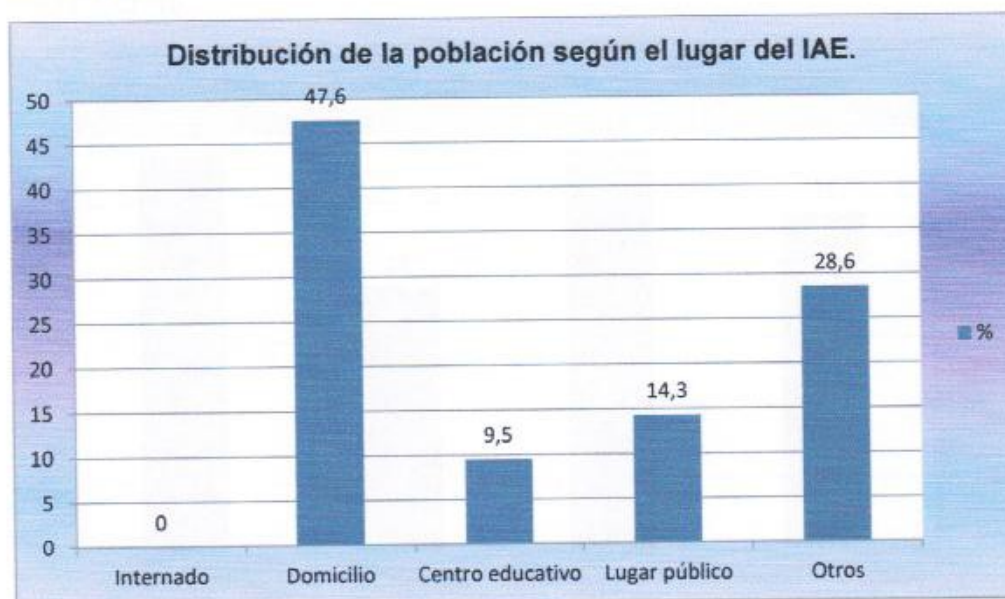
La gráfica muestra que el sexo femenino es el que más intentos anteriores de IAE tiene con un 38%, seguido del sexo masculino en menor porcentaje con un 4.7% de IAE personales.

TABLA 17: Distribución de la población según el lugar del IAE.

| LUGAR IAE | FA | FR % |
|------------------|-----------|------------|
| INTERNADO | 0 | 0 |
| DOMICILIO | 10 | 47.6 |
| CENTRO EDUCATIVO | 2 | 9.5 |
| LUGAR PÚBLICO | 3 | 14.3 |
| OTROS | 6 | 28.6 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 17



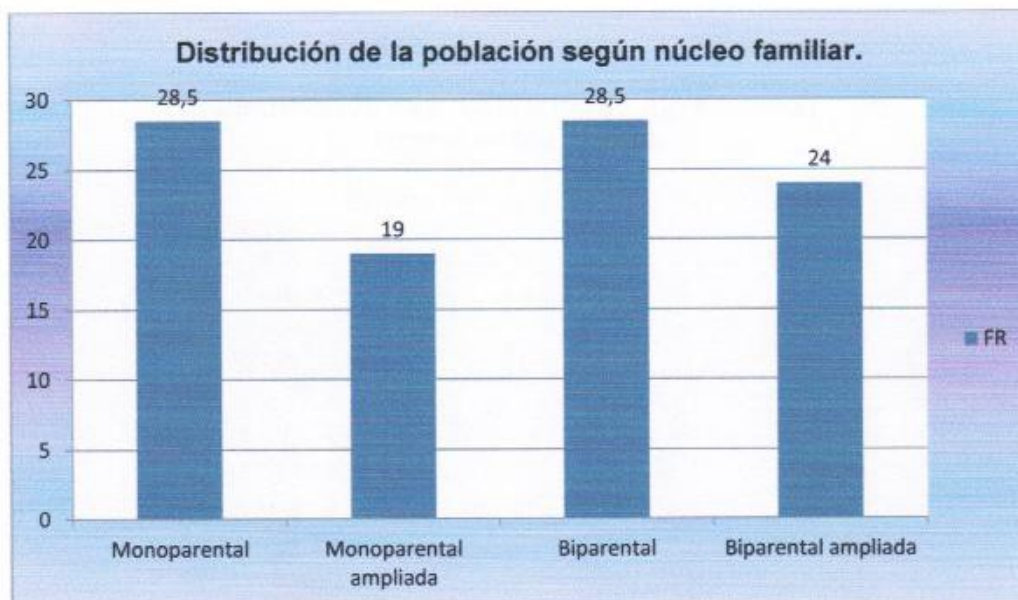
El lugar más utilizado por el adolescente para cometer el IAE es en la casa con el 47.6%, seguido de otros con el 28.6%, a continuación con el 14.3% lugar público y por último en centro educativo con el 9.5%.

TABLA 18: Distribución de la población según núcleo familiar.

| NÚCLEO FAMILIAR | FA | FR % |
|-----------------------|-----------|------------|
| MONOPARENTAL | 6 | 28.5 |
| MONOPARENTAL AMPLIADA | 4 | 19 |
| BIPARENTAL | 6 | 28.5 |
| BIPARENTAL AMPLIADA | 5 | 24 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 18



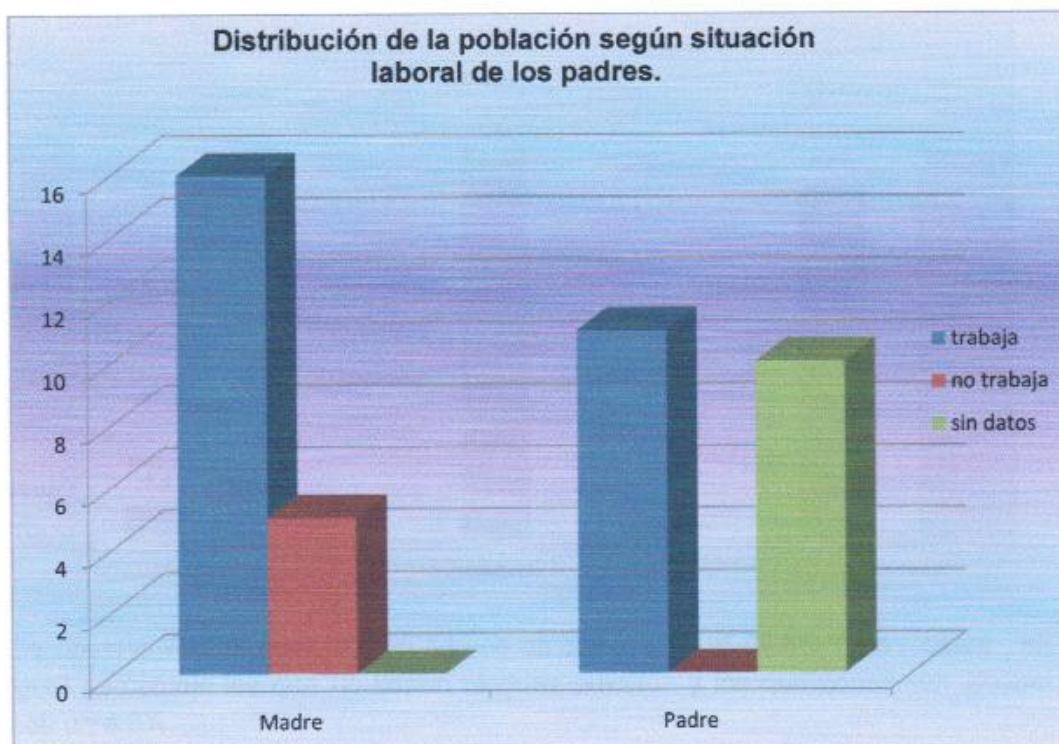
La gráfica muestra que con un mismo porcentaje del 28.5%. El núcleo familiar puede ser monoparental ó biparental, seguido con un 24 % biparental ampliada y por último un 19 % monoparental ampliada.

TABLA 19: Distribución de la población según situación laboral de los padres

| Situación laboral | TRABAJA | | NO TRABAJA | | SIN DATOS | | TOTAL |
|-------------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | FA | FR% | FA | FR% | FA | FR% | |
| MADRE | 16 | 38 | 5 | 12 | 0 | 0 | 21 |
| PADRE | 11 | 26 | 0 | 0 | 10 | 24 | 21 |
| TOTAL | 27 | 64 | 5 | 12 | 10 | 24 | 42 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 19



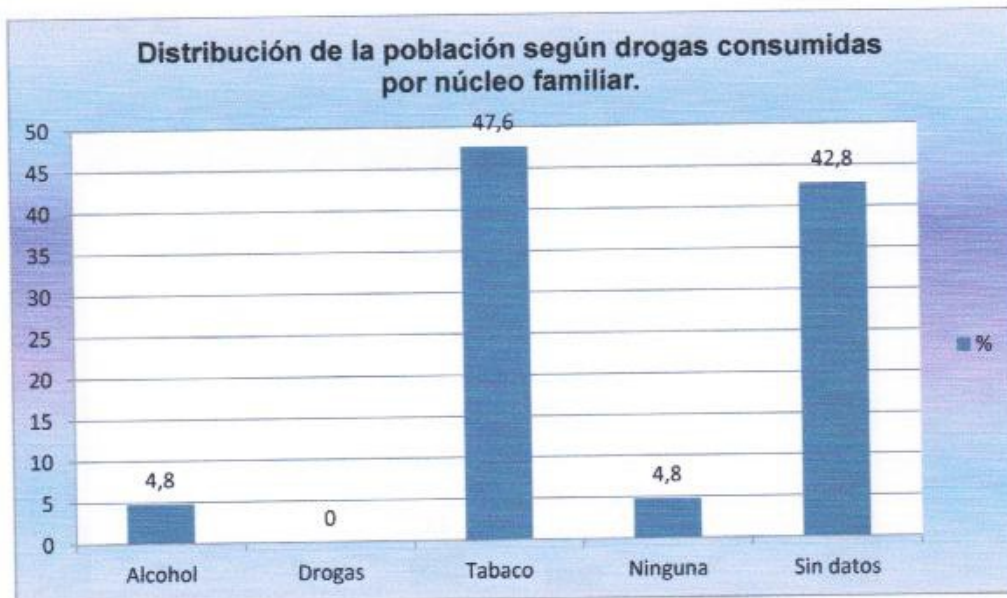
Se puede observar que las madres que trabajan tienen un porcentaje de 38%, seguido de los padres que trabajan con un 26%, un 24% sin datos laborales de los padres y por último las madres que no trabajan con un 12%.

TABLA 20: Distribución de la población según drogas consumidas por el núcleo familiar.

| ADICCIONES | FA | FR% |
|--------------|-----------|------------|
| ALCOHOL | 1 | 4.8 |
| DROGAS | 0 | 0 |
| TABACO | 10 | 47.6 |
| NINGUNA | 1 | 4.8 |
| SIN DATOS | 9 | 42.8 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 20



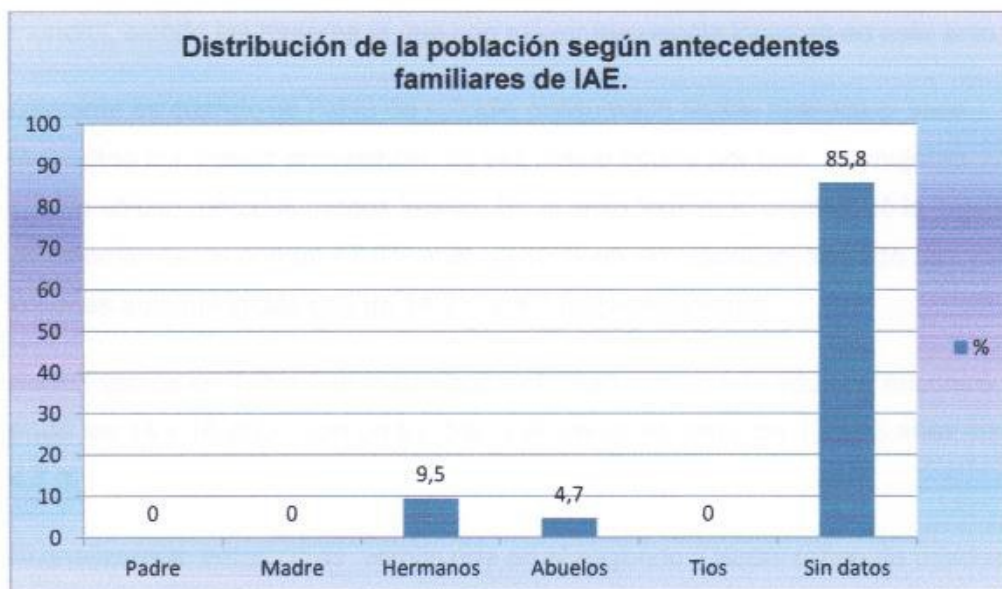
Se observa que el consumo de tabaco es del 47.6%, el 42.8% sin datos, en igual porcentaje los que no tienen ninguna adicción y los que consumen alcohol con un 4.8%.

TABLA 21: Distribución de la población según antecedentes familiares de IAE.

| ANTECEDENTES FAMILIARES | FA | FR % |
|-------------------------|-----------|------------|
| PADRE | 0 | 0 |
| MADRE | 0 | 0 |
| HERMANOS | 2 | 9.5 |
| ABUELOS | 1 | 4.7 |
| TIOS | 0 | 0 |
| SIN DATOS | 18 | 85.8 |
| TOTAL | 21 | 100 |

Fuente: Historias Clínicas

GRÁFICO 21



Del 85.8% del total no se tienen datos de los antecedentes familiares de IAE, del resto un 9.5% de antecedentes de hermanos y por último con el 4.7% los abuelos.

DISCUSIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, el suicidio y los intentos de autoeliminación son considerados un grave problema de salud pública que afecta sin discriminación a todas las sociedades y las diferentes culturas. Al estudiar esta problemática se encontraron datos que son relevantes conocer para dirigir el actuar de enfermería.

La población de estudio estuvo constituida por 21 adolescentes ingresados por el servicio de emergencia de ambas instituciones estudiadas.

Del total de la población se encontró un predominio del sexo femenino 66,7% sobre el masculino 33,3 %, donde se describe un comportamiento similar a nivel mundial, siendo las mujeres la que con mayor frecuencia incurren en este acto.

Diferente es cuando se habla de suicidio consumado donde aparece el sexo masculino con mayor prevalencia, tal vez puede ocurrir por que las mujeres suelen utilizar métodos menos letales. En el sexo femenino predominó la ingesta de psicofármacos con un 47.6% ante un 10 % en el masculino, seguido de lesiones autoinflingidas con un 14.2% y 4.7 respectivamente.

Según vemos en Tabla 2 el mayor porcentaje en cuanto a la edad se encontró entre los 14 y 16 años, con un 52, 5%, y el menor es entre los 10 y 13 años con un 4,7 %.

Si analizamos estas cifras vemos que en el segundo y tercer rango de edades se dieron los valores más altos de intento de suicidio. El mayor índice se encontró en el interior del departamento, específicamente en la zona este.

Florida cuenta con una población total de 67047 habitantes, donde la mitad 33639 viven en la capital, la segunda ciudad con mayor densidad en población tiene

6130 habitantes y la tercera con 2402 (Casupá), lugar de donde proviene el mayor porcentaje de adolescentes con intentos suicidas.

A nivel nacional Montevideo capital tiene un bajo índice en cuanto a intentos suicida, lo mismo ocurre en Florida capital. Parecería que ambas capitales poseen instituciones, organizaciones, espacios recreativos, centros educativos, religiosos, etc., generando factores protectores permitiendo un mejor crecimiento y maduración del adolescente.

De los datos del Censo 2011 surge que, para el total del departamento los hogares con jefatura femenina representan el 43% del total, coincidente con un porcentaje similar al del estudio, un 47,7 % de los adolescentes que protagonizaron un IAE está a cargo de su madre, seguido de un 28,6 % de hogares constituidos por el padre y la madre. (Tabla 4)

El 90,4 % de la población de estudio es soltera, solo el 9,6 % mantiene unión libre pero no son independientes, conviven con padres o abuelos. Se visualiza que un 6,6 % de ellos tuvieron hijos a temprana edad, índice bajo que mantiene coherencia con el dato aportado por Censo 2011 en la población del departamento, donde un 4,8 % de los nacimientos fueron en menores de 18 años.

Si analizamos la cobertura médica de la población adolescente estudiada, las 2/3 partes se asistieron en la institución pública con un 66% y el resto en institución privada. Al ser una población con nivel socioeconómico más alto la que se asiste en mutualista, se podría presuponer que contarían con más factores protectores lo cual marcaría la diferencia.

En la tabla 8 se ha encontrado como dato relevante que del total de población el 62% tiene ciclo básico incompleto, y el 19 % primaria completa. Es un grupo con difícil inserción en cuanto a los centros de enseñanza, en las historias clínicas manifestaban concurrir no por deseos de superación, sino porque el adulto a cargo

le insistía. Excepcionalmente se dio un caso en el que había ingresado a terciario con dificultades de aprendizaje (pero con esfuerzo lo lograba).

En cuanto al trabajo solo un 23,8% trabaja, y el restante 76,2 % no lo hace; en la lectura de las historias clínicas se detectó que el 45 % de los adolescentes al momento del intento ni estudiaba ni trabajaba, sosteniendo así que la falta de ocupación de los mismos es un factor de riesgo para IAE, ya que los centros educativos cumplen una función muy importante de contención.

Se da un mayor porcentaje de consumo de tabaco con 47,7%, el 19 % en consumo de diferentes drogas (generalmente poli consumo), y alcohol con 14,3 %, datos que no concuerdan con la práctica diaria. En entrevista con personal de la emergencia se destaca la ingesta de alcohol al ingreso de la mayoría de los IAE dato que no coincide con el análisis de la investigación.

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas por los jóvenes es uno de los problemas de salud emergentes y su solución debería de ser prioridad para muchos países. Nuestra sociedad no escapa a dicha problemática y por ello en los últimos años se mantienen costumbres de beber en lugares públicos. El consumo de alcohol por los jóvenes para cualquier actividad recreativa, la oferta de las mismas en la mayoría de los lugares públicos con buen acceso a los adolescentes, la venta ilícita de la misma con fines de lucro, hace del consumo casi una aceptación de la sociedad como un acto normal.

El consumo de alcohol y otras drogas contribuye a la ideación suicida, al intensificar un estado de ánimo depresivo y reducir el autocontrol. El reconocimiento precoz de los factores de riesgo antes mencionados puede ayudar a prevenir el intento suicida.

A menudo los intentos suicidas van precedidos de cambios en la conducta generalmente repentinos, se detectó en un 17 % del total, los mismos pasaban

desde escasa autoestima, estados depresivos, trastornos del sueño, amenazas directas o indirectas de suicidio o acciones de regalar pertenencias.

La depresión significó un 15% del total dentro de los factores de estrés presentes.

El 13 % la violencia familiar, seguido de soledad, maltrato, consumo de sustancias, abuso, inconformidad de género, etc.

Con relación a los factores de estrés familiares el mayor índice en la falta de soporte familiar con un 40,2 %, la separación de los padres un 24,3 % , violencia familiar, las riñas, etc. Las relaciones familiares comprenden procesos tales como el establecimiento de límites entre los miembros, el desempeño de roles, el aprendizaje de la educación emocional y comunicacional, el apoyo y la tolerancia. Cuando estas relaciones son cálidas, estrechas y cooperativas los miembros se fortalecen y se fomenta la libre evolución personal, en cambio cuando esto no acontece, predomina la tirantez con el malestar que genera la ideación e incluso el intento suicida.

Las interacciones familiares se transmiten de una generación a otra de manera consciente o inconsciente, lo que posibilita a través del aprendizaje que continúen modelos negativos de funcionamiento familiar, que constituyan factores de riesgo familiares esenciales para la conducta suicida. Estos son: desorganización familiar con respecto a marcar normas, sentir la falta de comunicación, hostilidad entre los miembros, riñas permanentes entre parejas, agresión física o psicológica, abandono físico o emocional de parte de uno o ambos padres, presencia frecuente de uno o ambos padres de desesperanza, pesimismo acompañado de conducta pasiva ante su vida y la de su familia, características estas muy comunes dentro de la población estudiada.

Dentro de los factores culturales y sociales la ruptura sentimental ocupa el 52.2 % del total de incidencia, seguido del aislamiento social con un 23.8% y carencia de

amigos con un 19:3%, lo cual habla de un posible estado de soledad.

La soledad alude a vivencias subjetivas de ausencia de interacción social, pues se sienten solos aunque estén rodeados de familiares, vecinos y otras personas, solo porque estos contactos no los satisfacen demasiado. Esta actitud los hace muy vulnerables emocionalmente, pues disminuye su capacidad de expresar sus sentimientos de manera adecuada y eficaz.

Los conflictos con sus seres queridos le impactan de mayor manera y lo hacen de manera muy particular.

En cuanto al objetivo el 38,4 % fueron manipulativos con predominio del sexo femenino, sin objetivo claro un 23 % y terminar con su vida o modificar situación familiar con igual porcentaje.

En los métodos utilizados de los intentos reportados, la mayoría de los casos utilizaron la ingestión de tabletas con un 52,5 % del total, seguido de lesiones autoinflingidas con un 19 %, y en menor cuantía ahorcamiento y precipitación al vacío. En el grupo de adolescentes con intento suicida es frecuente encontrar el método de ingestión de tableta al ser considerado el menos doloroso y que ayuda a alcanzar los objetivos de llamar la atención o manipular diferente situaciones estresantes. El infringirse heridas es un acto deliberado de destruir su cuerpo, a veces para cambiar una manera de sentirse. Aunque últimamente esto ha tomado más relevancia ya que algunos adolescentes se mutilan a sí mismos para correr riesgos, rebelarse, rechazar los valores de sus padres, o solo para ser aceptados. Otros se hieren a sí mismos por desesperación o coraje para llamar la atención, para demostrar desesperación o porque tienen pensamiento suicida.

En cuanto a los antecedentes personales de IAE, el 43% del total si tenía antecedentes y el restante 57% no, siendo el lugar para llevarlo a cabo su propio domicilio 47,6 %.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, amortiguadora de las tensiones de la vida cotidiana, y/o generadora de estrés por sí misma, vemos que en esta muestra está sostenida en su mayoría por madres solas, con un 38 % del total, las mismas trabajan por lo consiguiente permanecen poco tiempo en sus hogares, y estos adolescentes pasan muchas horas solos con muy poca contención.

Se destaca en cuanto a las adicciones familiares en relación al consumo del tabaco con un porcentaje de 47.6% similar al encontrado en los adolescentes y un muy alto porcentaje no registra datos. En cuanto a otros datos de adicciones familiares no se encontraron registros.

Considerando los resultados obtenidos se puede inferir que son múltiples los factores de riesgo que se relacionan con los IAE en adolescentes y variadas son las manifestaciones o signos de alarma que pueden aparecer en ellos, pero todas tienen en común que pueden evitarse si se actúa en conjunto, la sociedad, la familia, los centros educativos.

Cada uno de ellos debe actuar sobre las condiciones e identificar los riesgos, con el fin de controlarlos, disminuirlos brindando soluciones.

CONCLUSIONES

Del análisis de los datos obtenidos se desprende que la mayoría de los adolescentes que incurrieron en IAE están comprendidos entre los 14 a los 16 años, siendo el sexo femenino el más afectado.

Los factores de riesgo identificados previo al intento, que más prevalecieron fueron: depresión, falta de soporte familiar, separación de los padres, violencia familiar, riñas.

La ingesta de psicofármacos y las heridas auto infligidas constituyeron los principales métodos utilizados para cometer el acto. Los factores de estrés familiares que refirieron fueron los conflictos familiares, seguidos de sentimientos de soledad e impotencia, frases como "me gustaría no haber nacido", "me gustaría dormirme y no despertar nunca", deberían ser consideradas como indicio de IAE.

Una amenaza o un intento constituyen una importante comunicación sobre la intensidad de la desesperación que experimenta el usuario. Para responder a estos indicios, es necesario adoptar una intervención enérgica, preguntando directamente al usuario sobre su infelicidad o sentimiento de autodestrucción, este tipo de preguntas directas reducen el riesgo del intento.

Los padres deben estar conscientes de la señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando un suicidio, suele útil preguntarle al joven si está deprimido o pensando en el suicidio. Esto no significa ponerle ideas del mismo en su cabeza sino lo contrario, le indicara que hay alguien que se ocupa de él y que le da la oportunidad de hablar acerca de sus problemas.

La depresión como factor de riesgo estuvo presente en todos los usuarios, y la finalidad del hecho fue manipulativo.

El profesional de enfermería tiene un rol importante en la detección de estos usuarios, ya que son quienes mantienen una relación más cercana con ellos, dedicándose a observar las respuestas humanas en salud-enfermedad. Por ello el personal de enfermería debería estar preparado para realizar valoraciones de intento suicida en persona que se encuentran tanto en un servicio hospitalario, como también en la comunidad.

Es importante ser minucioso para identificar los momentos de debilidad emocional de los usuarios para movilizar todos los recursos necesarios y obtener respuestas adecuadas de los mismos en sus momentos adversos.

Es vital el acompañamiento y la observación permanente por parte de enfermería, con el fin de contener, aliviar y estabilizar emocionalmente al usuario y la familia, y realizar todas aquellas intervenciones que se consideren necesarias.

Capítulo 10. Formas de prevención de suicidio y rol de los otros actores como instituciones educativas, centros de rehabilitación, etc. donde se debe alentar al usuario con los recursos que se tienen en un momento de crisis emocional.

SUGERENCIAS

Es importante seguir profundizando en el conocimiento de la temática con investigaciones de tipo cualitativas.

Se hace necesario implementar estrategias desde edades tempranas con el fin de disminuir estas situaciones que ponen en riesgo la vida.

Se sugiere diseñar un proyecto de intervención para todo el personal de salud de Atención Primaria con el fin de incorporar principios fundamentales de ayuda a las personas que han realizado intento suicida.

Trabajar en programas de prevención en salud en cuanto a suicidios, con los programas educativos, llevando adelante la prevención, intervención y posterior evaluación de los procesos.

Capacitar y formar al personal de Enfermería y recursos de otros sectores como instituciones educativas, centros de recreaciones sin olvidar la comunidad que es el primer recurso con que cuenta una persona en un momento debilidad emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Wong D. Problemas de salud en la infancia intermedia y de la adolescencia, enfermería pediátrica. En: Wong D. Enfermería pediátrica. 4a.ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1998. v. 2. p. 464-7.

- 2- 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://www.fenf.edu.uy/rue/sitio/num9/9_art03_garay_vazquez.pdf [consulta: 20 jul. 2014].

- 3- Vázquez M, García L, Giachetto G, Martínez A, Viola L. Intentos de autoeliminación en niños y adolescentes. [Internet]. 2012. Disponible en: <http://opcionmedica.parentesisweb.com/articulos/intentos-de-autoeliminación-en-niños-y-adolescentes> [consulta: 20 jul. 2014].

- 4- Domínguez Ayllón Y. Adolescencia. [Internet]. 2003. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos13/adosa/adosa.shtml> [consulta: 12 jun. 2014].

- 5- Mansilla Izquierdo F. La conducta suicida y su prevención. [Internet]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/monografias/9/conducta1.shtml> [consulta: 3 dic. 2013].

| | |
|--|-----------|
| ÍNDICE | Página |
| ANEXO 1: SOLICITUD AUTORIZACIÓN HOSPITAL FLORIDA | 1 |
| ANEXO 2: SOLICITUD AUTORIZACIÓN QONAF | 3 |
| ANEXO 3: DATOS SOCIOLINGÜÍSTICOS | 5 |
| ANEXO 4: METAS DEL GOBIERNO | 21 |
| ANEXO 5: ENTREVISTA 1 | 23 |
| ANEXO 6: ANEXOS | 26 |
| ANEXO 7: ENTREVISTA 2 | 28 |
| ANEXO 8: FICHA REGISTRO ICAE | 31 |
| ANEXO 9: COMPROMISO DEPARTAMENTAL ICAE | 33 |
| ANEXO 10: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 37 |

| INDICE | PÁGINA |
|--|---------------|
| ANEXO 1: SOLICITUD AUTORIZACIÓN HOSPITAL FLORIDA | 2 |
| ANEXO 2: SOLICITUD AUTORIZACIÓN COMEF | 5 |
| ANEXO 3: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS | 8 |
| ANEXO 4: METAS DEL GOBIERNO | 21 |
| ANEXO 5: ENTREVISTA 1 | 23 |
| ANEXO 6. ENTREVISTA 2 | 26 |
| ANEXO 7: ENTREVISTA 3 | 28 |
| ANEXO 8: FICHA REGISTRO DE IAE | 31 |
| ANEXO 9: COMISION DEPARTAMENTAL IAE | 33 |
| ANEXO 10: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS | 37 |

ANEXO 1

SR. DIRECTOR DEL HOSPITAL FLORIDA DR. RAÚL AMORÍN CAL.

DR. RICHARD TESSIER.

De nuestra mayor consideración:

Por medio de la presente nota quién suscribe-
-----, CI:----- estudiante de la Facultad de Enfermería
dependiente de la Universidad de la República, en representación de los
miembros del grupo de tesis al cuál pertenezco y cursando el último año de la
licenciatura en Enfermería en el cuál se nos plantea como actividad curricular la
realización de un trabajo de investigación, es que me dirijo a Uds. a los efectos
de solicitar las autorizaciones correspondientes para llevar a cabo una revisión
y recolección de datos de las Historias Clínicas de los usuarios de dicho Centro
hospitalario.

El área a investigar asignada por la Cátedra Niño/a y Adolescente fue Intento
de Autoeliminación (IAE) en adolescentes, a partir de la cual se elaboró un
protocolo de investigación cuyo objetivo primordial apunta a la identificación de
los factores de estrés psicosociales más frecuentes que están presentes en el
IAE de adolescentes con edades comprendidas entre 10 a 19 años.

Con el fin de apoyar también desde la perspectiva de la enfermería profesional
el reconocimiento y detección temprana de éstos factores de estrés de forma

de prevenir estas situaciones y detectar señales que nos permitan profundizar en la influencia que pueden tener o no dichos factores en los IAE. Para lo cual es fundamental tener accesos a los datos e información de las historias clínicas de los usuarios ingresados por ésta problemática.

Por último, editores y asesores de las revistas

Nuestra tarea consistirá en realizar una lectura, interpretación y recolección mediante una planilla de datos que serán manejados en todo momento con el más alto grado de confidencialidad y anonimato que guiar toda investigación científica. Cabe destacar que no es de nuestro interés datos como nombres, direcciones, teléfonos, etc. Sino por el contrario aspectos y parámetros de las valoraciones bio-psicosociales tanto del equipo médico como de enfermería profesional, si los hubiese.

Nuestra propuesta está precisada y detallada en el protocolo que se anexa a ésta carta, en el cuál figura entre otros aspectos:

- Área problema
- Pregunta problema
- Objetivos
- Metodología y tipo de estudio
- Fundamentación
- Marco teórico
- Revisión bibliográfica

Al Como tutor responsable del trabajo de investigación contamos con su guía y apoyo Lic. Sandro Hernández perteneciente a la Cátedra Niño/ a Adolescente quién autoriza el protocolo y redacción de ésta carta.

DR. NESTOR REPETRA

Por último nombres y apellidos de las integrantes:

De nuestra mayor consideración

Por medio de la presente nota quién escribe

_____ (C) _____ estudiante de la Facultad de Enfermería

de _____ República, en representación de los

membros del grupo de tesis al cual pertenecemos y cursando el último año de la

licenciatura en Enfermería en el cual se nos plantea como actividad curricular la

realización de un trabajo de investigación, en que me dirijo a Uds. a los efectos

de solicitar las autorizaciones correspondientes para llevar a cabo una revisión

y recolección de datos de las Historias Clínicas de los usuarios de dicho Centro

hospitalario.

El área a investigar asignada por la Cátedra Niño/ a y Adolescente fue Intento

de Autocliminación (IAE) en adolescentes, a partir de la cual se elaboró un

protocolo de investigación cuyo objetivo primordial apunta a la identificación de

los factores de riesgo relacionados más frecuentes que están presentes en el

IAE de adolescentes con edades comprendidas entre 10 a 14 años.

Con el fin de apoyar también desde la perspectiva de la enfermería profesional

el reconocimiento y dirección conjunta de estas tareas de esta forma

ANEXO 2

SR. DIRECTOR TÉCNICO DE COOPERATIVA MÉDICA DE FLORIDA.

DR. NESTOR PEREIRA

De nuestra mayor consideración:

Por medio de la presente nota quién suscribe-
-----, CI:----- estudiante de la Facultad de Enfermería
dependiente de la Universidad de la República, en representación de los
miembros del grupo de tesis al cuál pertenezco y cursando el último año de la
licenciatura en Enfermería en el cuál se nos plantea como actividad curricular la
realización de un trabajo de investigación, es que me dirijo a Uds. a los efectos
de solicitar las autorizaciones correspondientes para llevar a cabo una revisión
y recolección de datos de las Historias Clínicas de los usuarios de dicho Centro
hospitalario.

El área a investigar asignada por la Cátedra Niño/a y Adolescente fue Intento
de Autoeliminación (IAE) en adolescentes, a partir de la cual se elaboró un
protocolo de investigación cuyo objetivo primordial apunta a la identificación de
los factores de estrés psicosociales más frecuentes que están presentes en el
IAE de adolescentes con edades comprendidas entre 10 a 19 años.

Con el fin de apoyar también desde la perspectiva de la enfermería profesional
el reconocimiento y detección temprana de éstos factores de estrés de forma

de prevenir estas situaciones y detectar señales que nos permitan profundizar en la influencia que pueden tener o no dichos factores en los IAE. Para lo cual es fundamental tener accesos a los datos e información de las historias clínicas de los usuarios ingresados por ésta problemática.

Nuestra tarea consistirá en realizar una lectura, interpretación y recolección mediante una planilla de datos que serán manejados en todo momento con el más alto grado de confidencialidad y anonimato que guiar toda investigación científica. Cabe destacar que no es de nuestro interés datos como nombres, direcciones, teléfonos, etc. Sino por el contrario aspectos y parámetros de las valoraciones bio-psicosociales tanto del equipo médico como de enfermería profesional, si los hubiese.

Nuestra propuesta está precisada y detallada en el protocolo que se anexa a ésta carta, en el cuál figura entre otros aspectos:

- Área problema
- Pregunta problema
- Objetivos
- Metodología y tipo de estudio
- Fundamentación
- Marco teórico
- Revisión bibliográfica

Como tutor responsable del trabajo de investigación contamos con su guía y apoyo Lic. Sandro Hernández perteneciente a la Cátedra Niño/ a y Adolescente quién autoriza el protocolo y redacción de ésta carta.

Por último nombres y apellidos de las integrantes:
 Del total de habitantes un 42.7% son hombres y 57.3% mujeres. El 50.2% de la población del departamento vive en la capital, Ciudad de Florio, lo que representan 13435 personas. La segunda en importancia Sonandí Grande y Cedeño con 6150 y 3402 personas cada una respectivamente. Del total de la población del departamento un 13.6%, 3707 personas, residen en la localidad de Ayay Manabí. El departamento de Florida es, luego de San José, el departamento con mayor tasa relativa de ruralidad dispersa, superando el promedio nacional del 27%.

| | Absolutos |
|-----------------------|-----------|
| Florio | 13435 |
| Sonandí Grande | 6150 |
| Cedeño | 3402 |
| Cedeño | 3210 |
| Ayay Manabí | 3707 |
| San Antonio de Agaña | 1849 |
| San Antonio de Mera | 1252 |
| San Antonio de Guineá | 7807 |

ANEXO 3: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE FLORIDA

La población y sus condiciones de vida

Población Según los datos Censo 2011 en Florida habitan 67047 personas. Del total de residentes un 49.1% son hombres y 50.9% mujeres. El 50,2% de la población del departamento vive en la capital, Ciudad de Florida, lo que representan 33639 personas. La siguen en importancia Sarandí Grande y Casupá con 6130 y 2402 personas cada una respectivamente. Del total de la población del departamento un 13,6%, 9101 personas, residen en la ruralidad dispersa. De acuerdo con estas estimaciones, Florida es, luego de San José, el departamento con mayor peso relativo de ruralidad dispersa, superando ampliamente los valores del total país (5,3%).

| Distribución de la población Florida según localidades | |
|--|-----------|
| | Absolutos |
| Florida | 33639 |
| Sarandí Grande | 6130 |
| Casupá | 2402 |
| Cardal | 1202 |
| Fray Marcos | 2398 |
| Veinticinco de Agosto | 1849 |
| Veinticinco de Mayo | 1852 |
| Alejandro Gallinal | 1357 |

| | |
|-------------------|------|
| Capilla del Sauce | 835 |
| La Cruz | 747 |
| Nico Pérez | 1030 |
| Cerro Chato | 409 |
| Chamizo | 540 |
| Goñi | 246 |
| Mendoza | 730 |
| Mendoza Chico | 810 |
| Reboledo | 342 |
| Valentines | 45 |
| Rural | 9101 |
| Berrondo | 166 |
| Pueblo Ferrer | 3 |
| Independencia | 396 |
| Montecoral | 51 |
| Pintado | 170 |
| Polanco del Yí | 38 |
| Puntas de Maciel | 160 |
| Illescas | 83 |

| | |
|----------------------------|-------|
| Caserío La Fundación | 13 |
| La Macana | 91 |
| Estación Capilla del Sauce | 40 |
| San Gabriel | 172 |
| Total | 67047 |
| Fuente: Censo 2011 | |

Con respecto a la estructura de los hogares, Florida presenta características similares a las del total país. Hay un mayor peso relativo de parejas con hijos y una menor incidencia de hogares extendidos. Los hogares unipersonales, con un solo integrante, representan el 24% del total y las parejas sin hijos el 17%.

| Distribución de los hogares según tipología de hogar | |
|--|---------|
| | Florida |
| Hogar unipersonal | 24,1% |
| Pareja sin hijos | 17,1% |
| Pareja con hijos | 32,7% |
| Hogar mono parental | 10,8% |
| Hogar extendido | 12,9% |

| | |
|---------------------------|------|
| Hogar compuesto | 2,3% |
| Hogar colectivo | ,1% |
| Fuente: Censo 2011 | |

De los datos del Censo 2011 surge que, para el total del departamento los hogares con jefatura femenina representan el 43% del total, valor inferior al relevado a nivel nacional (48.5%). El tamaño medio de los hogares de Florida, al igual que para el total país, es de 2,8 integrantes. Según estimaciones realizadas a partir de datos de la Encuesta Continua de Hogares 2012, el tamaño medio de los hogares aumenta en aquellos que se encuentran en situación de pobreza (4,25), mientras en los hogares no pobres el promedio es de 2,7 integrantes. Los datos coinciden para el departamento y el total país.

El 4,8% de la población del departamento declara tener ascendencia racial afro. Valor inferior al registrado para el total país (8.1%).

| Distribución porcentual de la población de Florida según sexo y franja etaria | | |
|--|---------|---------|
| | Hombres | Mujeres |
| 0 a 13 | 10,6% | 10,0% |
| 14 a 29 | 11,6% | 11,0% |
| 30 a 44 | 9,6% | 9,8% |
| 45 a 64 | 10,7% | 11,2% |

| | | |
|---------------------------|--------------|--------------|
| 65 y más | 6,7% | 8,8% |
| Total | 49,1% | 50,9% |
| Fuente: Censo 2011 | | |

La distribución de la población de Florida según tramos de edad es similar a la registrada en el total país. Si se analiza la distribución por sexo se advierte un mayor peso relativo de las mujeres en la cohorte más alta, 8,8% frente a un 6,7% de varones.

El porcentaje de adultos mayores de 64 años es un punto y medio más alto en Florida al total país, mientras el porcentaje de menores entre 14 y 29 es 1,3 puntos porcentuales inferior al del total país. No se aprecian diferencias sustantivas en las restantes cohortes.

Un análisis por regiones geográficas en el departamento permite afirmar que en las localidades de menos de 5000 habitantes hay una mayor proporción de menores de 14 años y en el interior rural aumenta la proporción de adultos mayores.

Población del departamento de Florida

| Distribución de la población por tramos de edad y tamaño de la localidad | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Mayores a 5 mil habitantes | Menores a 5 mil habitantes |
| 0 a 13 | 20,4 | 20,8 |

| | | |
|--------------------|-------|-------|
| 14 a 29 | 22,8 | 22,2 |
| 30 a 44 | 19,5 | 18,3 |
| 45 a 64 | 21,7 | 21,3 |
| 65 y más | 15,6 | 17,4 |
| Total | 100,0 | 100,0 |
| Fuente: Censo 2011 | | |

El promedio de hijos nacidos vivos recibidos por las mujeres de 50 años y más en Florida (2,04) es mayor al registrado a nivel nacional (2,0). Si se analiza el promedio de hijos recibidos por las mujeres en edad reproductiva comparando de

Si se analiza la estructura de edades según área geográfica la diferencias más significativa es el menor peso relativo de los adultos mayores de 65 años y más en el área rural disperso, en comparación con las otras dos regiones. Otros aspectos secundarios a destacar son: mayor peso mayor de los menores de 0 a 13 y de los adultos de 45 a 64 en la ruralidad y el mayor peso relativo de los adultos mayores de 65 años y más en las pequeñas localidades de Florida en comparación con las de mayores de 5 mil habitantes.

La relación de dependencia demográfica (RDD) en Florida es de 61,1, lo cual expresa que por cada 100 personas de entre 15 y 64 años, hay 61,1 niños y adultos mayores. Si se compara la relación de dependencia demográfica de Florida con la registrada a nivel nacional se aprecia que la RDD es menor (55.9), lo que implica un menor peso relativo de las cohortes en edad de dependencia. Esta diferencia se explica principalmente por un mayor peso de los adultos mayores de 64 años.

En términos de la composición de los grupos etarios, hay en el departamento 36,1 menores de 14 años, y 24,9 mayores de 65 años por cada 100 habitantes de entre 15 y 64 años. A nivel nacional estos valores son de 27.8 y 16.4 cada uno respectivamente.

| Promedio de hijos tenidos por mujeres de 12 años y más | | | | | |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 12 a 13 | 14 a 17 | 18 a 24 | 25 a 29 | 30 a 49 |
| FLORIDA | 0,00 | 0,04 | 0,48 | 1,18 | 2,27 |
| Total país | 0,00 | 0,04 | 0,41 | 1,01 | 2,07 |
| Fuente: Censo 2011 | | | | | |

El promedio de hijos nacidos vivos tenidos por las mujeres de 50 años y más en Florida (2,84) es mayor al registrado a nivel nacional (2,6). Si se analiza el promedio de hijos tenidos por las mujeres en edad reproductiva por tramos de edad se aprecia que es a partir de las cohortes mayores de 17 años donde se muestran diferencias entre Florida y el total país. En Florida las mujeres de 18 a 24 años han tenido en promedio 0,48 hijos, valor superior al relevado en el total país para esa cohorte (0,41), lo que indica un inicio más temprano de la vida reproductiva en estas mujeres. Las diferencias se mantienen en las restantes cohortes.

Pobreza

La pobreza en Florida ha seguido una trayectoria descendiente en los últimos 3 años, sin embargo, contrario a lo ocurrido en el total país, se registró para el departamento un pequeño aumento en el indicador entre el año 2008 y 2009, pasando del 15,1% al 17,6%. Vale señalar que, a pesar de esto, la incidencia de la pobreza en Florida fue, en todos los años, inferior a la registrada en el total país. En el 2012 el 8,2% de los habitantes del departamento residían en hogares bajo línea de pobreza lo que lo ubica como el octavo departamento menos pobre.

Fuente: Comparativo CENSO 2008-2012

Definición de carencias:

Materiales de la vivienda: los materiales predominantes en techos o paredes son materiales de desechos, o en el piso predomina la tierra sin piso ni contrapiso

Hacinamiento: la cantidad de personas del hogar en relación a la cantidad total de habitaciones de la vivienda excluyendo al baño y la cocina es mayor estricto que dos.

Cocina: hogar particular que no disponga de un lugar apropiado para cocinar con pileta y canilla, ya sea que el mismo sea privado o compartido con otros hogares

Agua: no llega por cañería dentro de la vivienda o si en caso de que lo haga el origen no es de OSE o red general ni pozo surgente protegido.

Baño: No hay disponibilidad de baño en el hogar o teniéndolo es compartido con otros hogares o hay baño particular pero la evacuación del servicio sanitario es a través de Entubado hacia arroyo u otro.

Electricidad: no hay ningún medio de alumbrado eléctrico en la vivienda donde habita.

Educación: hogares en los que viven al menos un menor de entre 4 y 17 años (cumplidos al 30 de Abril de 2010) que no asiste a ningún centro educativo, siempre que no haya finalizado la educación secundaria superior.

Calefacción: no hay ninguna fuente de energía para calefaccionar la vivienda.

Refrigerador: no posee refrigerador ni freezer.

Calefón/Calentador: no hay presencia de calefón, termofón, caldereta, o calentador instantáneo de agua.

A continuación se abordan 10 dimensiones vinculadas al bienestar, se establecen umbrales mínimos de satisfacción y se estudia la prevalencia de situaciones de carencia en el departamento de Florida.

El porcentaje de personas en hogares con al menos una carencia social en el departamento de Florida es del 32.2%, valor inferior al relevado a nivel nacional (33,8%). Las dimensiones que presentan niveles más altos de carencia son: la ausencia de artefactos para calentar el agua para bañarse (termofon, calentador), el hacinamiento y las carencias en educación. Se destaca el porcentaje de personas que integran hogares sin agua potable dentro de la vivienda (5,1%), valor superior al del total país (3,8%).

A continuación se muestra el mapa del departamento en regiones según promedio de carencias. La zona más comprometida es la noreste, en especial la región que comprende la localidad de Illesca, con un promedio de 1,18 carencias por hogar, un área integrada por 94 hogares. Otras zonas comprometidas son la norte que integra a la localidad de Planco del Yi, con un promedio de 0,97 carencias y la zona norte, que integra la localidad de Nico Pérez con un promedio de 0.89 carencias.

Fuente: Censo 2011

Situación de especial vulnerabilidad: jóvenes que no estudian ni trabajan

Según datos del Censo 2011 el 19,4% (2714 en valor absoluto) de los jóvenes de Florida entre 15 y 29 años de edad no estudian ni trabajan, valor superior al registrado a nivel nacional (18%). La clasificación incluye las siguientes categorías:

- Jóvenes que no estudian ni trabajan pero buscan empleo
- Jóvenes que no estudian ni trabajan pero son quienes realizan los quehaceres del hogar
- Jóvenes que no estudian ni trabajan y no buscan empleo ni son quienes realizan los quehaceres del hogar

Su distribución por sexo da cuenta de una mayor participación de mujeres (27,3%) que de hombres (12,0%) dentro de los jóvenes que no estudian ni trabajan, lo cual puede estar asociado a un mayor peso de las responsabilidades del hogar sobre la mujer.

Vivienda

Según datos del Censo 2011, en Florida hay 29.437 viviendas, de las cuales 24.046 se encuentran en el área urbana y 5391 en el área rural.

El análisis por condición de tenencia registra un 59,7% de propietarios de la vivienda y el terreno, un 21,3% de ocupantes y un 15,9% de inquilinos. La categoría propietario solamente de la vivienda se relaciona comúnmente con las viviendas ubicadas en los asentamientos, donde las personas sólo son propietarias de la construcción y no del terreno. Al respecto, en Florida 5,2% de los hogares habitan viviendas de las cuales son propietarios de las mismas pero no del terreno.

La situación estructural (calidad de los materiales) y coyuntural (estado de conservación) de las viviendas en el departamento de Florida presentan mejor desempeño que en el total país. El 93,9% de las viviendas presentan una situación estructural mediana o buena. En cuanto a la situación coyuntural, el 65,6% presenta situaciones buenas o medianas, mientras un 34,4% presenta situaciones coyunturales malas.

De acuerdo con los datos del Censo 2011, el 2,2% de los hogares de Florida no tienen baño, valor superior al registrado a nivel nacional (1,8%). El 97,8% de los hogares si tienen baño, de los cuales 2,5% lo utilizan de modo compartido con otros hogares. De los hogares que si tienen baño, 6,0% no tienen cisterna.

Salud

La esperanza de vida al nacer en Florida, de acuerdo con las Proyecciones de Población del Instituto Nacional de Estadística, revisadas a 2005, es de 77,71 años. Para las mujeres este valor se ubica en 81,15, mientras que para los varones es de 74,6 años. La tasa de mortalidad infantil en el departamento para el período 11,07 por mil, siendo mayor en niños (11,48) que en niñas (10,6).

En relación al porcentaje de niños nacidos con bajo peso (menor a 2500grms), en Florida, en el año 2011, de los 758 nacimientos, 35 tuvieron bajo peso, lo que representa el 4,6% del total, valor inferior al relevado para el total nacional (8,3%) (Sistema Integrado de Información del Área Social en base a Ministerio de Salud Pública, 2011)

El 64,4% de los embarazos registrados en Florida en 2011 fueron captados en el primer trimestre, el 90,5% de las embarazadas contaron con seis o más consultas durante el embarazo. En lo que respecta a la edad de la madre al momento del nacimiento, un 4,2% eran menores de 18 años, un 49,5% tenían

entre 18 y 29 años y un 46.4% 30 o más años. Por último, con respecto a los nacimientos, un 40,3% se realizaron en centros públicos y 59,7% en centros privados.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), de acuerdo al Informe Epidemiológico ITS-VIH/SIDA (MSP, 2010), en Florida la Tasa de prevalencia de VIH por 100.000 habitantes en el período 1995-1999 fue de 8,72, bajó a 7,21 en el período 2000-2004 para aumentar a 15,60 en el quinquenio 2005-2010. El valor es inferior al relevado para el total país (23,38 en el 2009).

Con respecto al acceso de la población a servicios de salud, para el año 2012 el 39.7% tiene derechos de asistencia en salud pública, este valor es, en términos relativos, mayor al relevado en el resto del país. El 54,0% en IAMC, el 7,4% en el Hospital Militar o Policial. El 0,5% de la población del departamento no tiene derechos de atención vigente.

Fuente: Encuesta continua de hogares 2012

Porcentaje de asistencia a TCS **Educación**

Los niveles de asistencia a centros de educación formal han aumentado entre el 2006 y el 2012 tanto a nivel nacional como para el departamento de Florida. Los porcentajes de niños de 0 a 3 años que asisten en Florida pasó de representar el 18,9% al 33,7%, mientras que la asistencia en menores de 4 y 5 años, pasó de representar el 84% al 95,9%.

Los niveles de asistencia en menores de 6 a 12 años, tanto a nivel nacional como en el departamento de Florida son cercanos al 100%. Por su parte los niveles de asistencia en menores de 13 a 17 años son inferiores. Para el total país se advierte que un 18,3% no asisten a ningún establecimiento de enseñanza, mientras para Florida el dato se ubica en 19,6%. Los niveles de asistencia en mayores de 18 y más años es de 6,4% para Florida y 8,1% para el total país.

Los niveles educativos de la población de Florida mayor de 24 años muestran diferencias según sexo si se observa la distribución en los niveles superiores, explicado principalmente por el peso de las mujeres en la categoría magisterio o profesorado. Así mismo, los varones muestran porcentajes más altos de primaria y ciclo básico como máximo nivel educativo, mientras las mujeres los superan en bachillerato. De esto se desprende que el nivel educativo de las mujeres del departamento es superior al de los varones.

El 45,4% de la población alcanzó primaria como máximo nivel educativo, mientras el ciclo básico ha sido cursado por el 20,8% del total. Si se lo compara

con el total país, se aprecian valores más altos de primaria y más bajos en niveles superiores, mostrando un peor desempeño que la media nacional, coincidiendo esto con lo que pasa en todos los departamentos con excepción de Montevideo, Canelones y Maldonado, que cuentan con niveles educativos más altos, que por sus tamaños absolutos impactan en los promedios nacionales.

Por último en lo que refiere a educación formal, los habitantes de Florida mayores de 24 años tienen en promedio 8,3 años de educación, valor inferior al relevado para el total país (9,1). El 98,4% de la población mayor de 15 años sabe leer y escribir.

Fuente: Encuesta continua de hogares 2012

Porcentaje de hogares con acceso a TICS

El acceso a TICs por parte de los hogares muestra valores similares en Florida y el total país en la tenencia de celulares. El porcentaje de hogares con computadoras del Plan Ceibal es algo más alto en el departamento, sin embargo se aprecian diferencias en la tenencia de PC, laptops y acceso a internet. Para estos recursos los valores en el departamento de Florida son inferiores a los relevados a nivel nacional.

Fuente: Censo 2011

Trabajo

La tasa de actividad en Florida entre el 2006 y el 2012 aumentó en 3 puntos porcentuales. En el 2012 la tasa de actividad se ubicó en 67,4%, valor superior al registrado a nivel nacional (63,8%). La tasa de empleo fue de 61,2%, mientras el desempleo 5,4%. Las tasas económicas muestran asimetrías de género en el departamento, aspecto común a nivel nacional. En Florida la tasa de desempleo femenina es de 7,56% mientras la masculina se ubica en 3,67%, para el total país el desempleo femenino se ubica en 7,87% y el masculino 4,64%.

También en el vínculo con el mercado de trabajo se aprecian diferencias por tramos de edad. Los jóvenes son quienes presentan las tasas de desempleo más altas, de 13,3% a nivel nacional y 10,9% para Florida. Las tasas de actividad y empleo en los jóvenes no muestran diferencias significativas entre Florida y el total país. Sí se aprecian niveles de actividad más altos en Florida

en comparación con el total país en las cohortes de 65 años y más. Esto puede estar asociado a niveles altos de actividad en el sector agropecuario, caracterizado por una población más envejecida que la de otros sectores como la industria y los servicios.

La evolución favorable de los indicadores de actividad, empleo y desempleo, tanto a nivel nacional como departamental se han visto acompañados por mejoras en la cobertura de la seguridad social. En el 2012 el 71,8% de los trabajadores de Florida aportaban a la seguridad social, a pesar de esto los niveles de cobertura son inferiores a los relevados a nivel nacional. Esto puede asociarse al alto peso que tiene la actividad agropecuaria en el departamento, sector caracterizado por niveles más bajos de aportes, si bien ha registrado una evolución positiva en el último quinquenio.

El 30% de los trabajadores de Florida muestran algún tipo de restricción. La principal restricción es por no aporte y afecta aproximadamente al 22,6%, un 1,9% se encuentra subempleado, mientras un 5,6% se integra en empleos en los que se encuentra subempleo y además no aporta.

Fuente: Encuesta continua de hogares 2012

ANEXO 4: METAS DEL GOBIERNO

En el año 2009 a instancias del Programa Nacional Salud Mental del MSP se conformó una Comisión con un delegado del MSP, un delegado del Ministerio de Educación y Cultura, un delegado del Ministerio del Interior y un asesor legal del MSP. El Plan Nacional de Prevención de Suicidio Uruguay (PNPS) se constituyó en el año 2010 en uno de los Planes Quinquenales prioritarios del Departamento de Programación Estratégica en Salud (DPES), Área de Promoción de la Salud y Prevención del MSP.

En ese contexto, las autoridades se proponen como meta reducir la mortalidad por suicidio en un 10% para el período 2011-2020.

El personal médico de las instituciones de salud estará obligado a llevar un registro de las personas que intenten quitarse la vida, en el marco de un plan que busca revertir la tasa de suicidios en el país, la más alta de Sudamérica.

En cuanto a objetivos más específicos, se plantean, entre otros, el diseño de un manual para la organización de la atención a los Intentos de Autoeliminación (IAE), ampliar la cobertura de las prestaciones de Salud Mental a las personas con IAE -incluyendo al grupo familiar y al entorno inmediato-, crear un marco regulatorio para la atención en los IAE y familiares en todos los niveles de atención del SNIS.

También se propone asesorar en Programas de Capacitación con especial énfasis en el conocimiento de los factores de riesgo y señales de alarma, promoviendo agentes multiplicadores, para mejorar la prevención y promoción en los siguientes sectores: educativo formal e informal que incluya contenidos tales como fortalecimiento de la autoestima, manejo adecuado de los conflictos,

desarrollo de habilidades para la vida, agentes socio-comunitarios, medios masivos de comunicación, policías y Bomberos, y adultos mayores en Programas del BPS.

INICIADA EN TRABAJO SOCIAL ROSELYN CABREJA
EN PSICOLOGIA INFANTE LOURDES LOBANDO EN
REPRESENTACION DEL PATRONATO DE PSICIA TRIA DEL HOSPIAL
FLORIDA DR. RAUL AMORIN CAI

¿Cuál es el objetivo del trabajo de esta institución en cuanto a adolescentes con DAE?

El equipo interdisciplinario de Atención Social, Psicoeducación infantil, dependiendo de la edad. Adolescentes desde 14 años hasta el inicio de la vida adulta.

¿Cómo se trabaja en esta institución cuando ingresa un DAE en nuestro consultorio?

El paciente presentándose en un DAE que ingresa a nuestra puerta de emergencia de este hospital desde su ingreso a este y atendido por la guardia de guardia. Atendido en su atención por equipo multidisciplinario de forma integral. Se da el alta con fecha de próxima consulta de control además de seguimiento telefónico del mismo.

¿Dónde se atiende a los niños?

De igual manera, se atiende en primera instancia en una oficina rural, el médico tratante, todo atendido inmediatamente a puerta de emergencia para su ingreso.

¿A qué sala del hospital son ingresados? ¿Existe sala de psicología?

Cuando su edad es menor a 14 años o sala de pediatría y mayores de 14 a medicina general. No existe sala de psicología en este centro. Se está en proceso de construcción.

¿Cuáles son las causas que desencadenan con mayor frecuencia DAE en adolescentes?

El consumo de drogas está incrementando mucho, patologías psiquiátricas, familiar, disfuncionalidad familiar, etc. La multimorbilidad, la adolescencia es una época bastante complicada de vivir, por lo que muchos adolescentes se equivocan.

¿Cuál es el método utilizado con estos adolescentes?

ANEXO 5:

ENTREVISTA 1:

REALIZADA A LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL ROSSANA CABRERA Y DRA. EN PSICOLOGÍA INFANTIL LOURDES LOMANDO EN REPRESENTACIÓN DEL PATRONATO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL FLORIDA DR. RAUL AMORIN CAL.

- ¿Como está conformado el equipo de trabajo de esta institución en cuanto a adolescentes con IAE?

Psiquiatra infantil, Asistente Social, Psicóloga infantil, dependiendo de la edad. Adolescente hasta 14 años luego equipo de adulto.

-¿Cómo se trabaja en esta institución cuando ingresa un IAE en usuario adolescente?

El protocolo preestablecido es: todo IAE que ingresa a puerta de emergencia de este hospital debe ser ingresado a sala y valorado por la psiquiatra de guardia. Atendido en su internación por equipo multidisciplinario de forma integral, se da el alta con fecha coordinada de próxima consulta de control además de seguimiento telefónico del mismo.

- ¿Si el usuario es del interior?

De igual manera, si es atendido en primera instancia en una policlínica rural, el médico tratante debe enviarlo inmediatamente a puerta de emergencia para su ingreso.

-¿A que sala del hospital son ingresados? ¿Existe sala de psiquiatría?

Cuando su edad es menor a 14 años a sala de pediatría y mayores de 14 a medicina general. No existe sala de psiquiatría en este centro, se está en proyecto de construcción.

-¿Cuales son las causas que desencadenan con mayor frecuencia IAE en adolescentes?

El consumo de drogas está teniendo mucha incidencia, patologías psiquiátricas anteriores, disfuncionalidad familiar, etc. Es multicausal, la adolescencia es una etapa bastante complicada de transitar, por lo que muchos problemas se agudizan.

- ¿Cual es el método utilizado con mayor frecuencia?

Lo más usado es la ingesta de psicofármacos que de pronto ellos mismos están en tratamiento o de lo contrario existen en la casa porque algún familiar consume.

-¿La familia se involucra luego del hecho, acompaña en la evolución del usuario?

No siempre, depende de cómo esté conformado el núcleo familiar, de la problemática del adolescente, de la reincidencia, hay familias (padres, madres, abuelos) que llegan a puntos de stress muy altos teniendo adolescentes depresivos o consumidores de sustancias, se cansan o abiertamente te manifiestan "NO PODEMOS CON ELLOS". Hay casos en los que las AS, deben coordinar ingresos a diferentes instituciones a veces INAU, instituciones religiosas que intentan al menos apoyar en la medida de sus posibilidades.

-¿El haber protagonizado un IAE, lo hace vulnerable a un próximo?

No siempre, depende de si existe una patología psiquiátrica o si es un hecho aislado por no saber o poder enfrentar un hecho negativo en su vida.

-¿Se realizan estadísticas o se hace un relevamiento con respecto a los IAE?

A partir de octubre 2013 tras un decreto del MSP, se debe llevar a cabo un control de estos usuarios, existe una planilla prediseñada para tal fin. Aún no tenemos un promedio anual, ni demás se cerrará cuando culmine el período anual.

-¿Hay alguna institución como apoyo, respaldo a jóvenes con IAE?

Específica no, está formada la Comisión de Prevención del Suicidio que se conformó hace poco tiempo y funciona en la DIGESA Florida, con reuniones una vez al mes y conformada por integrantes de deferentes instituciones de la ciudad. Como no hay casos de suicidios de adolescentes no se los aborda en particular, generalmente a nivel departamental la franja etaria que más incidencia tiene es en mayores de 60 años.

-¿Existe alguna zona geográfica del departamento que tenga mayor cantidad o sea más vulnerable?

La zona este de nuestro departamento es la que más casos de suicidios tiene, como mencionamos anteriormente en esa franja etaria.

-¿Porque creen que se dan más casos a esa edad?

Aún no se ha determinado pero presumimos que son la mayoría personas solas, que pasan de ser activos a pasivos y los lleva a sentirse solos sin

proyectos, desesperanzados. Hemos comenzado un trabajo en conjunto con el Dr. Claudio Rabotti (Médico Forense) quien a iniciativa propia tiene un relevamiento de suicidios en el departamento de 5 años a la fecha. No te podemos dar datos al respecto porque aun no lo hemos terminado, pero del mismo pensamos tener una perspectiva mucho más clara que la que hoy tenemos a medida que avancemos en nuestro trabajo.

-¿En cuanto a adolescentes?

No tenemos casos de suicidios en franja etaria de tu trabajo, los adolescentes que protagonizan IAE no utilizan métodos tan contundentes o sea generalmente son manipulativos, llamados de atención, pero aclaremos no sabemos nunca cuando puede ir más allá de la línea un IAE.

-Gracias por recibirme y por responder mis inquietudes.

Cabe mencionar que no se cuenta con Licenciado en Enfermería en el área, solo un Auxiliar de Enfermería que cubre un solo turno, cuando el sector funciona 12 horas. No hay administrativos.

-¿En qué sector del Hospital son ingresados pacientes que carecen de sala de Psiquiatría?

Sala de niños hasta 14 años o menores a esa edad en salas gerenciales. Cuando son ingresados por IAE y a su vez tienen otras patologías psiquiátricas (están muy descompensados) pueden ser derivados a una Clínica privada que trabaja en convenio con COMEF en Montevideo.

-¿Cuál sería el método más utilizado y más predominante?

La ingesta de psicofármacos. El femenino es el que predomina.

-¿Cómo actúan a nivel?

En la casa siguen los hábitos de su propio tratamiento.

-¿La familia participa, acompaña el tratamiento?

Al ser menores de edad no solo lo hace sino que tiene la obligación de hacerlo. Como se decía en el comienzo es una población, muy reducida pero a la vez con una dinámica familiar más sólida o más comprometida que la de A&S.

-¿Existen estadísticas con respecto a estos casos?

ANEXO 6.

ENTREVISTA 2:

REALIZADA A LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL DE COMEF LORENA PRUENCE ENCARGADA DEL ÁREA DE SALUD MENTAL.

-¿En primer lugar agradecemos recibimos, estamos trabajando en IAE en adolescentes entre 10 a 19 años, que incidencia tiene en la institución?

Muy poca, casi te diría que no tenemos casos de IAE en esas edades. A diferencia con usuarios de ASSE el nivel socioeconómico es totalmente diferente, por dicha razón tenemos muy pocos casos.

-¿Cuál es el protocolo que maneja la institución del usuario con diagnóstico de IAE que es ingresado a emergencia del Sanatorio y/o Policlínica rural?

Luego de ser atendido en urgencias, es ingresado a sala, de la misma manera si es atendido en el interior deberá siempre ser derivado a emergencias para su valoración por psiquiatra de guardia e ingreso a sala. Todo IAE es ingresado independientemente de su grado. En internación es valorado de manera integral por el equipo multidisciplinario y posterior seguimiento durante 6 meses. Ese sería el protocolo de IAE.

-¿En que sector del Sanatorio son ingresados sabiendo que carece de sala de Psiquiatría?

Sala de niños hasta 14 años o mayores a esa edad en salas generales. Cuando son ingresados por IAE y a su vez tienen otras patologías psiquiátricas (están muy descompensados) pueden ser derivados a una Clínica privada que trabaja en convenio con COMEF en Montevideo.

-¿Cuál sería el método más utilizado y sexo predominante?

La ingesta de psicofármacos. El femenino es el que predomina.

-¿Como acceden a ellos?

En la casa alguien los tiene o de su propio tratamiento.

-¿La familia participa, acompaña el tratamiento?

Al ser menores de edad no solo lo hace sino que tiene la obligación de hacerlo. Como te decía en el comienzo es una población, muy reducida pero a la vez con una dinámica familiar más sólida o más comprometida que la de ASSE.

-¿Existen estadísticas con respecto a estos casos?

Se comenzó a trabajar a partir de octubre 2013 cuando el Ministerio implementa la obligatoriedad del mismo, se realiza llenado planillas específicas las que deben ser enviadas al ministerio mensualmente. Las mismas informan no solo del hecho en sí, sino del seguimiento posterior durante 6 meses obligatoriamente. Hasta la fecha no te puedo dar cifras exactas porque aun no se cerró el período pero te reitero en tu franja a estudio es muy poco.

-¿Con que institución, ONG, o similar cuenta Florida para apoyar usuarios que protagonizaron un IAE?

No contamos más que con el equipo multidisciplinario de la institución, si estamos integrando la Comisión de Prevención de Suicidio que funciona en la DIGESA Florida. Grupo que tiene muy poco tiempo de formación y aún no se tiene una intervención definida. Todo lo que es organizarse lleva tiempo y cuando además se hace en horarios muy acotados, en forma honoraria y una vez al mes, más aun. Apostamos todos a llevar adelante una tarea muy importante donde intervengan todos los actores sociales e institucionales del departamento, para que luego de tener un relevamiento de la situación plantear estrategias de intervención.

-¿Por qué cree Ud. que Enfermería no participa en la institución específicamente en el área de salud mental, ni en la Comisión de Prevención de Suicidio?

Supongo que al no existir un área específica de salud mental no puede haber un Licenciado a tal fin, son atendidos por el supervisor del sector ingresado. Y en cuanto a la participación en la Comisión debe ser por participar uno o dos por institución, además tengo entendido ASSE tampoco tiene Licenciado de Enfermería en el Patronato del Psicópata.

-¿Mito o realidad: la difusión en los medios de estos casos y las redes sociales tienen mayor incidencia en los mismos?

Sostengo que es un mito, cuando hay un comentario en las redes sociales y/o se difunde un caso de suicidio en la prensa, y aparece un caso de IAE en lo personal yo no los relaciono, siempre detrás hay una depresión importante que no tiene relevancia en la decisión.

-¿Que evaluación o metas hacemos de este tiempo que llevan trabajando?

Hay buen por nosotros, se nota pero la verdad se ven logros, como por ejemplo jornadas realizadas en zonas estratégicas de Florida con los que el

ANEXO 7:

ENTREVISTA 3:

REALIZADA A SECRETARIA DE COMISIÓN PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

-¿Por quienes está conformado el grupo y a partir de qué fecha está funcionando aquí en Florida?

Se plantea la formación del grupo en junio de este año y la primera reunión formal se realizó el día 14 de julio (luego les entrego el orden del día de esa reunión). Está conformado por un equipo multidisciplinario e interinstitucional de nuestra ciudad, que realmente creemos se pueden involucrar en esta problemática como así también poder ayudar a lo que realmente estamos abocados la prevención del suicidio.

Te cuento quienes la conforman: en lo personal soy administrativa en DIGESA y a su vez en la Comisión soy la secretaria, quien cita a reuniones, elabora las actas y demás, el Dr. Luis Delgado como director de Salud de Florida, Andrea Castro Agente Comunitaria perteneciente a Jefatura, el Dr. Claudio Rabotti como médico forense de Jefatura de Policía de Florida, AS Lorena Prudence, Lucia Alzatti, Magela López, Marta Negrin (representan COMEF) LIC PSI Lourdes Lomando, AS Rossana Cabrera, Dra. Nora García (por Hospital Florida) por BPS Zoraida Arbelo, MEC, INJU, MIDES y Escuelas Disfrutables de Florida. Ese sería más- menos el equipo, no siempre completo en las reuniones pero siempre en comunicación.

-¿Cuándo y donde se reúnen?

En el local de DIGESA Florida, los segundos lunes de cada mes, hora 11.

-¿Como se organizan, tienen planificado que temas van a tratar con anterioridad?

Generalmente se realiza una media hora previa en la que se plantean diferentes temas relacionados al tema, problemáticas que se fueron dando o soluciones a temas anteriores, se reciben oyentes como en el caso de Uds., si la asamblea lo acepta previamente. Luego el orden del día, que también les voy a entregar luego los que tenemos a la fecha de las tres reuniones que hemos realizado.

-¿Que evaluación podes hacernos de este tiempo que llevan trabajando?

Muy bueno por supuesto, es poco pero la verdad se ven logros, como por ejemplo jornadas realizadas en zonas estratégicas de Florida en las que el

suicidio tiene mayor incidencia como lo es la zona este, Casupá específicamente. Allí como tratamos en la reunión de hoy se llevó a cabo el Taller "Prevención del Suicidio, un compromiso con la vida" en la Feria Social de Casupá, si bien como lo manifestó la Dra. Nora García estuvo un poco desordenada la misma, las pocas personas que se quedaron a escuchar la propuesta fueron estratégicas (policía comunitaria, adolescentes alumnos del liceo, pacientes de policlínica de psiquiatría del Hospital, público en general, etc.) Si bien la expectativa era mayor igualmente fue positiva, esperamos sea el comienzo de un trabajo importante. El planteo de hoy en la reunión de una propuesta de trabajar en red con el BPS, para detectar personas de la tercera edad que viven solas en esa zona y que son los protagonistas de la tasa de suicidio más alta del departamento es el comienzo. Esperamos colaboración del personal del BPS, para censar esos usuarios y poder abordarlos. La soledad, el no tener familia en su entorno cercano los hace vulnerables y creemos que la falta de contención y actividades recreativas en ellos es un factor de riesgo fundamental.

-¿El tercer punto de la reunión de hoy fue programar actividades para el día Internacional de la Salud Mental, que nos podes adelantar al respecto?

Nada más que lo que se trató, se programó nueva reunión extraordinaria para confirmar actividades como pueden ser, caminata por el centro de la ciudad repartiendo folletería, con pancartas alusivas, etc., en la feria del día sábado donde concurre tanta gente también, todo llega, ir a los medios de comunicación realizar exposición del tema, en una palabra concientizar a la población y a su vez informar con que herramientas cuenta Florida para el abordaje del tema, por que pasa que hay gente que no sabe dónde ir, donde plantear los problemas, a veces no quieren ir al Patronato del Hospital, dicen les da vergüenza, sepan que venir a la DIGESA, es un recurso, pasar por el MIDES, o cualquiera de los organismos con los que estamos trabajando también, en cada uno de ellos van a encontrar quien los guíe y/o contenga.

-¿Nos hablarías un poquito del trabajo del Dr. Rabotti quien no asistió hoy a la reunión por lo que se pospuso una vez más el análisis del suicidio en Florida?

El Dr. Rabotti tiene un trabajo personal de recopilación de datos de suicidio en Florida de cinco años a la fecha. Están llevando a cabo un trabajo muy interesante con las Lic Cabrera y Lomando consistente en un análisis del mismo utilizando las planillas que usamos para los IAE cuando ingresan y que son los datos que volcamos al ministerio luego. El mismo estaba programado para presentarse hoy pero por razones de trabajo el Dr. no pudo concurrir y queda pendiente para próximas reuniones.

-¿Nos podrías proporcionar la planilla específica de IAE?

Si se las doy, está muy bien. Además si les interesa les entrego datos estadísticos presentados aquí de suicidios en Uruguay hasta el 2012, y avances en el Plan de Prevención del Suicidio a nivel Nacional.

-¿Según el trabajo del Dr. que franja etaria es la que tiene mayor porcentaje de suicidios?

Los mayores de 60 años, he ahí el interés del abordaje de esa población, y más aún en la zona de Casupá donde se da el porcentaje más alto.

-¿Los adolescentes y jóvenes?

No tenemos incidencia de suicidios por suerte, si en IAE.

-¿Con respecto a lo ya planteado en reuniones anteriores, cuáles serían las señales de advertencia de una persona potencial protagonista de suicidio o IAE?

Sentirse desesperado, desbordado por un problema, sin esperanza, desinterés por tareas habituales, apartarse de familiares, amigos, amenazar con hacerse daño a si mismo o suicidarse. Hablar de la muerte con frecuencia, no poder dormir o hacerlo demasiado, sentirse una carga en la familia, etc.

Cuando las personas tienen un cambio en su comportamiento habitual y/o se observan muchas de estas señales de advertencia o algunas de ellas con mucha intensidad.

-¿Qué hacer?

Primero facilitemos la comunicación y expresión, brindar contención. Si tiene familia, amigos hablar con ellos para que lo ayuden a consultar, que concurra al centro de salud y realizar consulta con especialista.

-¿Que no se debe hacer?

Ignorarlo, juzgarlo, dejar de tomarlo en serio, mantenerlo en secreto. Con estas herramientas muchos suicidios podrían prevenirse si todos ayudamos a salvar vidas.

-Gracias por recibimos y por toda la información recibida.

ANEXO 8



DIGESA/DEPES/CV/APROPYEN/PNSM

Ficha de Registro de Intentos de Autoeliminación (IAE)

Fecha de Consulta ____/____/____ Fecha de IAE ____/____/____

Nombre _____ Sexo Edad CI

Tel. _____ Celular _____

Departamento de residencia _____ Localidad Urbano
 Rural
 Especifique _____

Dirección _____

Persona de referencia (Nombre) _____ Teléfono de contacto _____

Vive con Familia/pareja Amigo/compañero
 Solo Institución
 Otros _____

Atención Emergencia Móvil SI NO

Servicio de puerta Sanatorio Interior Sanatorio Mdeo.
 Hospital Interior Hospital Mdeo.
 Hospital/sanatorio psiquiátrico

Cobertura de Salud (Indique Institución) ASSE Mutualista Seguro Privado
 Sanidad Policial Sanidad Militar
 Policlínica Municipal

Método utilizado para el IAE:
 Ahorcamiento Arma de fuego
 Ingesta de sustancias tóxicas Fármacos
 Inmersión Precipitación
 Otros métodos (especifique) _____

Posee IAE previos: SI NO NO SABE

Especifique N° de IAE anteriores: _____

ANEXO 5: CUESTIONARIO DEPARTAMENTAL IAE

| SERVICIO O EQUIPO DE SALUD MENTAL | | | |
|--|---|--|---|
| Fecha | ____/____/____ | Concurso | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Firma | _____ | Adscripción | _____ |
| Especialidad | _____ | | |
| Otros datos a completar por el profesional de salud mental | | | |
| FACTORES DE RIESGO | | | |
| IAE previos | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Especifique: 1 | <input type="checkbox"/> Dos o más <input type="checkbox"/> |
| Trastornos mentales: | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Alcohólicismo | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> |
| Uso P sustancias | <input type="checkbox"/> | Otros | _____ |
| Enfermedades físicas crónicas v/o graves | <input type="checkbox"/> | Especifique | _____ |
| Aislamiento social | <input type="checkbox"/> | | |
| Situación laboral | Desocupado <input type="checkbox"/> | Jubilado | <input type="checkbox"/> |
| Eventos vitales estresantes | Duelo <input type="checkbox"/> | Otras pérdidas | <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> |
| Historia familiar de suicidio | <input type="checkbox"/> | | |
| Otros | _____ | | |
| FACTORES DE PROTECCIÓN | | | |
| Apoyo familiar | <input type="checkbox"/> | | |
| Buena integración social | <input type="checkbox"/> | | |
| Habilidad en la resolución de conflictos | <input type="checkbox"/> | | |
| Otros | _____ | | |

Marta Negri dmnegri@cebsal.com.ar 099891470

Nora García nnogarcia@cebsal.com.ar 099832215

Rosario Cabrera rcabrera17@gmail.com 099534213

ANEXO 9: COMISION DEPARTAMENTAL IAE



JOSÉ ARTIGAS
UNIÓN DE LOS PUEBLOS LIBRES
BICENTENARIO.UY



| INTEGRACIÓN | COMISION DPTAL. | IAE |
|-----------------|--|-----------|
| Andrea Castro | andycastro75@hotmail.com | 098859055 |
| Claudio Rabotti | Clarabo2012@gmail.com | 099615382 |
| Lorena Fruence | lorepru@hotmail.com | 099235235 |
| Lucía Alzatti | merylu16@hotmail.com | 099310889 |
| Magela López | mlopezcossio@gmail.com | 099932983 |
| Lourdes | lourdespsi@gmail.com | 099338069 |
| Lomando Olano | | |
| Marta Negrin | mnegrin@adient.com.uy | 099691470 |
| Nora García | noragarcia@adinet.com.uy | 099352223 |
| Crucci | | |
| Rossana Cabrera | rocabrera17@gmail.com | 099559612 |

- MEC - BPS - Zoraida Arbelo -MIDES (INJU Inmayores) -Equipos de Escuela Disfrutables de Primaria



JOSÉ ARTIGAS
UNIÓN DE LOS PUEBLOS LIBRES
BICENTENARIO.UY



Florida, 18 de agosto de 2014.-

Florida, 10 de julio de 2014.-

Orden del Día

Reunión del 16/08/2014

Orden del Día

- Hora Previa **Reunión del 14/07/2014**
- Presentación de datos sobre análisis de suicidios en Florida, informe realizado por Dr. Rabotti, Lic. Cabrera y Lic. Lomando (Según lo acordado en reunión del pasado 14 de julio).
- Análisis de estadísticas realizadas a nivel nacional en la
- Hora Previa del Día Nacional de Prevención del Suicidio, el
- Analizar datos de suicidios consumados, proporcionados por Dr. Rabotti, usando variables de la Ficha de IAE.
- Analizar datos IAE de ASSE/COMEF período Dic./2013 a May./2014, en Ficha IAE, Gráficos.
- Preparación Día Nacional de Prevención de Suicidios, el 17/07 en Florida.



JOSÉ ARTIGAS
UNIÓN DE LOS PUEBLOS LIBRES
BICENTENARIO.UY



Florida, 18 de agosto de 2014.-

Orden del Día

Reunión del 18/08/2014

- Hora Previa
- Presentación de datos sobre análisis de suicidios en Florida, informe realizado por Dr. Rabotti, Lic. Cabrera y Lic. Lomando (Según lo acordado en reunión del pasado 14 de julio).
- Análisis de presentaciones realizadas a nivel nacional en la celebración del Día Nacional de Previsión del Suicidio, así como del documento aportado por la Lic. Espath.

ANEXO 18

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS



EDAD:

| | |
|--------------|--|
| 10 a 17 años | |
| 18 a 19 años | |
| 20 a 29 años | |

Florida, 8 DE SETIEMBRE DE 2014.-

SEXO:

| | |
|-----------|--|
| FEMENINO | |
| MASCULINO | |

Orden del Día

PROCEDENCIA:

Reunión del 8/09/2014

| | |
|------------------|--|
| FLORIDA CAPITAL | |
| FLORIDA INTERIOR | |

FECHA:

- Media hora previa: presentación de temas, inquietudes o sugerencia por los presentes.
- Evaluación del Taller "Prevención de Suicidio, un compromiso con la vida" realizado en la Feria Social de Casupá
- Coordinación de Actividades para el día Internacional de la Salud Mental. (10/10)
- Avance en el trabajo sobre análisis de suicidios en Florida, informe realizado por Dr. Rabotti, Lic. Cabrera y Lic. Lomando.

ESTADO:

| | |
|-------------|--|
| CASADO | |
| SEPARADO | |
| VUOLTO | |
| UNION LIBRE | |

Nº DE HIJOS INCL. ADOLESCENTE

| | |
|---------|--|
| NINGUNO | |
| 1 a 2 | |
| 3 a más | |

ANEXO 10:

INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

DATOS DEL PACIENTE

NACIMIENTO:

CI:

FECHA INTENTO:

EDAD:

| | |
|--------------|--|
| 10 a 13 años | |
| 14 a 16 años | |
| 17 a 19 años | |

SEXO

| | |
|-----------|--|
| FEMENINO | |
| MASCULINO | |

PROCEDENCIA

| | |
|------------------|--|
| FLORIDA CAPITAL | |
| FLORIDA INTERIOR | |

RESPONSABLE DEL ADOLESCENTE

| | |
|-----------|--|
| PADRE | |
| MADRE | |
| TUTOR | |
| VIVE SOLO | |

ESTADO CIVIL

| | |
|-------------|--|
| SOLTERO | |
| CASADO | |
| DIVORCIADO | |
| VIUDO | |
| UNION LIBRE | |

N° DE HIJOS DEL ADOLESCENTE

| | |
|---------|--|
| NINGUNO | |
| 1 a 2 | |
| 3 o más | |

INSTITUCIÓN

| | |
|-------|--|
| ASSE | |
| COMEF | |

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

| | | | |
|-----------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| PRIMARIA | CICLO BÁSICO | BACHILLERATO | UNIVERSIDAD |
| INCOMPLETA | INCOMPLETO | INCOMPLETO | INCOMPLETA |
| COMPLETA | COMPLETO | COMPLETO | COMPLETA |

SITUACION LABORAL

| | |
|------------|--|
| TRABAJA | |
| NO TRABAJA | |

ADICCIONES

| | |
|---------|--|
| ALCOHOL | |
| DROGAS | |
| TABACO | |
| NINGUNA | |

FACTORES DE ESTRÉS**PERSONALES**

| | |
|--|--|
| MALTRATO | |
| VIOLENCIA FAMILIAR | |
| ABUSO SEXUAL | |
| TRASTORNOS DE LA CONDUCTA | |
| SOLEDAD | |
| BAJA AUTOESTIMA | |
| FALTA DE PROYECTOS DE VIDA | |
| SITUACION ECONOMICA DESFAVORABLE | |
| DEPRESIÓN | |
| DIVORCIO | |
| INCONFORMISMO DE GENERO | |
| CONSUMO DE DROGAS | |
| DIFICULTAD PARA ASUMIR ROLES DE ADULTO | |
| FRACASO ESCOLARIDAD | |
| HIJO ADOPTIVO | |
| ANTECEDENTES POLICIALES PERSONALES | |

FAMILIARES

| | |
|-------------------------------------|--|
| PERDIDA DE PERSONA REFERENTE | |
| MUERTE DE FAMILIAR POR SUICIDIO | |
| FALTA DE SOPORTE FAMILIAR | |
| RIÑAS FAMILIARES | |
| PADRES CON TRASTORNOS MENTALES | |
| VIOLENCIA FAMILIAR(física y sexual) | |
| POBRE COMUNICACIÓN FAMILIAR | |
| HACINAMIENTO FAMILIAR | |
| SEPARACION DE LOS PADRES | |
| ANTECEDENTES POLICIALES FAMILIARES | |

FACTORES CULTURALES Y SOCIALES

| | |
|-------------------------|--|
| RUPTURA SENTIMENTAL | |
| BULLING | |
| INMIGRANTES | |
| CARENCIA DE AMIGOS | |
| AISLAMIENTO SOCIAL | |
| INCONFORMIDAD DE GENERO | |
| BAJA AUTOESTIMA | |

FINALIDAD DEL HECHO

| | |
|------------------------------|--|
| TERMINAR CON LA VIDA | |
| ASUSTAR A OTROS | |
| EVITAR SITUACIÓN NEGATIVA | |
| MANIPULATIVO | |
| MODIFICAR SITUACIÓN FAMILIAR | |
| SIN OBJETIVO CLARO | |
| NO EVALUADO | |

METODO UTILIZADO

| | |
|-------------------------------------|--|
| AHORCAMIENTO | |
| LESIONES AUTOINFLINGIDAS | |
| PSICOFÁRMACOS | |
| ARMA DE FUEGO | |
| ARMA BLANCA | |
| INMERSIÓN | |
| CAÍDA AL PRECIPICIO | |
| PRECIPITACIÓN DEBAJO DE UN VEHÍCULO | |
| OTROS... | |

ANTECEDENTES PERSONALES DE IAE.

| | |
|----|--|
| SI | |
| NO | |

LUGAR DEL IAE

| | |
|------------------|--|
| INTERNADO | |
| DOMICILIO | |
| CENTRO EDUCATIVO | |
| LUGAR PUBLICO | |
| OTROS... | |

DATOS DEL NUCLEO FAMILIAR

NUCLEO FAMILIAR

| | |
|----------|--|
| PADRE | |
| MADRE | |
| HERMANOS | |
| ABUELOS | |
| TÍOS | |
| OTROS... | |

SITUACION LABORAL DE LOS PADRES

MADRE

| | |
|------------|--|
| TRABAJA | |
| NO TRABAJA | |

PADRE

| | |
|------------|--|
| TRABAJA | |
| NO TRABAJA | |

ADICCIONES FAMILIARES

| | |
|-----------|--|
| ALCOHOL | |
| DROGAS | |
| TABACO | |
| SIN DATOS | |

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IAE

| | |
|-----------|--|
| PADRE | |
| MADRE | |
| HERMANOS | |
| ABUELOS | |
| SIN DATOS | |