

*Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Licenciatura de enfermería
Curso Taller de Producción de Trabajo Final*

***INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN EN EL SERVICIO
DE CLÍNICA MÉDICA- HOSPITAL VICTORINO
TAGARELLI- EUGENIO BUSTOS***

Docente Titular: Lic. Jorge MICHEL

J.T.P: Lic. Ana Inés FERNANDEZ

Bioq. Marcos GIAI

Lic. Estela FRANCO

Autora:

Mariela CORONEL

MENDOZA, diciembre 2022

ADVERTENCIA

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

RESUMEN

Temas: Informe de la investigación sobre el servicio de Gestión Litigiosa

ACTA DE APROBACIÓN

Presidente: Lic Jorge MICHEL

Vocal 1: Lic. Adriana CARRIÓN

Vocal 2: Lic. Jna Juei FERNÁNDEZ

Trabajo Aprobado el: 14 / 12 / 2022

RESUMEN

Tema: "Intento de Autoeliminación en el Servicio de Clínica Médica".

Autores: Coronel, Mariela.

Lugar: Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli.

Introducción: En este estudio se investiga y describen los intentos de suicidios transcurridos en un determinado tiempo, mediante el cual se analizan causas que llevaron a la persona a decidir en su vida, como única solución, el suicidio. El trabajo da a conocer definiciones y conceptos con respecto a la idea suicida, la conducta suicida y el suicidio consumado, además de poder realizar una investigación cuantitativa que permita observar causas de autoeliminación.

Objetivos: Comparar y evaluar la incidencia de factores que predisponen al intento de autoeliminación. Conocer y determinar qué factores inciden en los intentos de autoeliminación.

Determinar el rol de enfermería para abordar a este tipo de paciente cuando es ingresado al ámbito hospitalario.

Métodos: Para dar fiel cumplimiento a los objetivos expuestos, este estudio es de tipo retrospectiva, cuantitativa, permitiendo valorar y observar datos numéricos. Metodológicamente se apoya en la investigación y análisis de Historias Clínicas y libros de registros de los pacientes que ingresan al servicio de Clínica Médica, tomadas al azar.

Resultados: Los datos obtenidos demostraron que variables tuvieron mayor incidencia en los intentos de autoeliminación según el mes y año que se analizó.

Conclusión: Se concluye que en el siguiente estudio se puede valorar y analizar datos estadísticos que permiten poder determinar cuáles son las variables de mayor incidencia en un intento de autoeliminación y de esta manera poder dar soluciones por medio de diferentes actividades como propuestas educativas para evitar un suicidio. Planificar y apuntar a la ayuda y

escucha activa en estas personas donde piensan que su única solución es el suicidio.

Palabras Claves: Suicidio/ intento de autoeliminación/ variables de incidencia/ ayuda y escucha activa.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente doy gracias a Dios por haberme permitido llegar hasta el final de mi tesis, a la universidad por la experiencia maravillosa que viví en los años de cursado y elaboración del trabajo final, a mis docentes que con tanta paciencia me permitieron una y otra vez la posibilidad de retomar mi tesis y llegar hasta acá, con el objetivo de formarme en esta carrera que tanto me apasiona, la enfermería, a mi hermana que me apoyó desde el inicio de mi formación y me enseñó a caminar por la vida, y finalmente a mis hijas, lo más valioso en mí vida, que me acompañaron día y noche, las que me alentaron a seguir sin importar el tiempo transcurrido y los obstáculos del camino. A todos ellos y a los presentes que están leyendo mi trabajo final, muchas gracias.

PREFACIO

Surgen dos motivos por los cuales se realiza el siguiente trabajo, el primero fue la curiosidad de investigar un problema que se presentó en el Hospital Tagarelli durante un tiempo estimado que fue muy relevante y llamativo y segundo el poder planificar soluciones que disminuyan la idea de autoeliminación, fomentar la contención y la escucha activa desde todos los servicios que abordan a estos pacientes.

Muchas veces no se toma en cuenta durante la entrevista hacia el paciente lo que siente o por lo que está pasando emocionalmente, solo nos concentramos en lo orgánico y fisiológico y minimizamos situaciones dejando pasar este problema y cuando queremos abordarlo puede ser ya tarde.

Es por ello que me parece interesante la siguiente frase: *La soledad es un reencuentro consigo mismo y no debe ser motivo de tristeza, sino un momento de reflexión para mirar el mundo con otra perspectiva y salir adelante.*

ÍNDICE GENERAL	pág.
<i>Advertencia</i>	<i>II</i>
<i>Acta de aprobación</i>	<i>III</i>
<i>Resumen</i>	<i>IV</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>VI</i>
<i>Prefacio</i>	<i>VII</i>
CAPÍTULO I. Apartado I: Planteo del problema	1
Descripción del problema.....	2
Formulación del problema.....	4
Objetivo General y Específicos.....	5
Justificación.....	6
Reseña Histórica del concepto de Suicidio.....	8
Marco Teórico. Apartado I: Conducta Suicida.....	10
Tipos de suicidio.....	13
Reseña Histórica de la ley de Salud Mental en la Argentina.....	22
Ley de Salud Mental 26.657.....	24
<i>Apartado II: Factores que influyen ante la presencia de la conducta suicida</i>	<i>25</i>
Patologías que aumentan el riesgo de suicidio (cuadro N°1).....	28
Acciones de enfermería en la atención del paciente con Intento de Suicidio.....	29
Principios de enfermería en Salud Mental.....	33
Características del enfermero que atiende al paciente Suicida.....	34
CAPÍTULO II: Diseño Metodológico	36
Operacionalización de las Variables.....	38
Análisis, Procesamiento y Presentación de datos.....	39

CAPÍTULO III: Resultados, Discusión y Propuesta.....78

Resultados.....79

Discusión.....81

Propuestas.....82

APÉNDICE Y ANEXOS.....84

Bibliografía General.....85

Modelo de Nota a la Jefa de Departamento de Enfermería.....86

Tabla Matriz.....89

Gráfico N° 1.....89

Tabla y Gráfico N°2.....90

Tabla y Gráfico N°3.....91

Tabla y Gráfico N°4.....92

Tabla y Gráfico N°5.....93

Tabla y Gráfico N°6.....94

Tabla y Gráfico N°7.....95

Tabla y Gráfico N°8.....96

Tabla N° 9.....97

Gráfico N° 10.....98

Tabla y Gráfico N°11.....99

Tabla y Gráfico N°12.....100

Tabla y Gráfico N°13.....101

Tabla N° 14.....102

Gráfico N° 15.....103

Tabla y Gráfico N°16.....104

Tabla y Gráfico N°17.....105

Tabla y Gráfico N°18.....106

Tabla y Gráfico N°19.....107

Tabla y Gráfico N°20.....108

Tabla N°21.....109

Gráfico N°22.....110

Tabla y Gráfico N°23.....111

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

pág.

Tabla y Gráfico N°1.....39

Tabla y Gráfico N°2.....40

Tabla y Gráfico N°3.....41

Tabla y Gráfico N°4.....42

Tabla y Gráfico N°5.....43

Tabla y Gráfico N°6.....44

Tabla N°7.....45

Gráfico N°7.....46

Tabla y Gráfico N°8.....47

Tabla y Gráfico N°9.....48

Tabla y Gráfico N°10.....49

Tabla y Gráfico N°11.....50

Tabla y Gráfico N°12.....51

Tabla y Gráfico N°13.....52

Tabla N°14.....53

Gráfico N°14.....54

Tabla y Gráfico N°15.....55

Tabla y Gráfico N°16.....56

Tabla y Gráfico N°17.....57

Tabla y Gráfico N°18.....58

Tabla y Gráfico N°19.....59

Tabla y Gráfico N°20.....60

Tabla N°2161

Gráfico N°21.....62

Tabla y Gráfico N°22.....63

Tabla y Gráfico N°23.....64

Tabla y Gráfico N°24.....65

Tabla y Gráfico N°25.....66

Tabla y Gráfico N°26.....67

Tabla y Gráfico N°27.....68

Tabla N°2869

Gráfico N°28.....70

Tabla y Gráfico N°29.....71

Tabla y Gráfico N°30.....72

Tabla y Gráfico N°31.....73

Tabla y Gráfico N°32.....74

Tabla y Gráfico N°33.....75

Tabla y Gráfico N°34.....76

Tabla y Gráfico N°35.....77

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El presente es un trabajo de grado que se realizó en el marco de la asignatura de Estadística, con el fin de analizar los datos obtenidos en una encuesta realizada en la ciudad de Bogotá, sobre los hábitos de consumo de alimentos saludables.

El objetivo principal de esta investigación es determinar los factores que influyen en el consumo de alimentos saludables en la ciudad de Bogotá. Para ello, se realizó una encuesta a una muestra representativa de la población, donde se preguntó sobre los hábitos de consumo de alimentos saludables, los factores que influyen en el consumo de alimentos saludables y la percepción de la importancia de consumir alimentos saludables.

CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

El presente es un trabajo de grado que se realizó en el marco de la asignatura de Estadística, con el fin de analizar los datos obtenidos en una encuesta realizada en la ciudad de Bogotá, sobre los hábitos de consumo de alimentos saludables.

El objetivo principal de esta investigación es determinar los factores que influyen en el consumo de alimentos saludables en la ciudad de Bogotá. Para ello, se realizó una encuesta a una muestra representativa de la población, donde se preguntó sobre los hábitos de consumo de alimentos saludables, los factores que influyen en el consumo de alimentos saludables y la percepción de la importancia de consumir alimentos saludables.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Se observa en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli de Eugenio Bustos, que el ingreso de pacientes con intentos de autoeliminación ha aumentado y que según lo observado por la autora, las causas o motivos son variables.

El problema a investigar, se lo podrá analizar a partir del programa de salud mental que aborda el hospital donde funciona un equipo interdisciplinario encargado de ayudar a toda persona que necesite de su atención, por lo que, en este marco la autora se pregunta, ¿Qué pasa en el contexto de la persona, que ingresa a la internación, que la conduce a pensar que la única solución es la autoeliminación? ¿Qué está pasando que la incidencia de algunos factores se ven aumentados?

Según el informe realizado por el diario El Sol indica que, las Zonas del Valle de Uco y el sur de la provincia tienen la mayor tasa de suicidios por habitantes en Mendoza(se producen entre 8 y 9 decesos por cada 100.000 habitantes) En el mismo informe, el señor Pedro Piemontesi, hace referencia que: *"En regiones donde el clima es frío, con poca luminosidad diaria y escasa densidad de población, como consecuencia, produce mayor aislamiento y son lugares preponderantes a tener una alta tasa de mortalidad"*¹.

Se creería que el problema se presentaría cuando el paciente que ingresa a la internación colapsa, y dejan de haber camas disponibles para el paciente clínico, si bien el Programa de Salud Mental dispone de dos camas destinadas a estos pacientes, cuando la demanda es mayor no se respeta dicho reglamento. Esto conduciría a que el personal de enfermería se desborde en atención y contención porque no solo ejerce asistencialismo sino que brinda una escucha activa y responsable. Además, esta situación generaría la falta de capacitación del personal de enfermería para abordar al paciente suicida, ya que el mismo, ingresa a un Hospital Público compartiendo habitación con el paciente clínico y considerando, además, que la infraestructura del Hospital no

¹ <https://www.elsol.com.ar/suicidios>

es la adecuada para la estadía del paciente con intento de autoeliminación, ya que, según el Programa de Salud Mental aconseja el aislamiento del paciente para no exponerlo a estímulos externos que afecten su situación de trauma, pueda conservar su intimidad y pueda estar cuidado por un ser querido.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que inciden, según datos estadísticos tomados de Historias Clínicas, de intentos de autoeliminación ocurridos entre los años 2015 a 2018 en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli?

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los datos estadísticos de historias clínicas que reflejen de autoeliminación en el Servicio de Clínica Médica.
- Comparar los intentos de suicidio en los últimos 5 años.
- Determinar qué factores han incidido en los intentos de autoeliminación.
- Comparar a los pacientes con los tratamientos de autoeliminación.
- Describir el nivel de conocimiento en el manejo de pacientes con esta patología.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Comparar y evaluar la incidencia de factores predisponentes a través de Historias Clínicas y registros de pacientes con intentos de autoeliminación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los datos estadísticos de Historias Clínicas con intentos de autoeliminación en el Servicio de Clínica Médica.
- Conocer los factores que inciden en los intentos de autoeliminación.
- Determinar qué factores tienen mayor incidencia en los intentos de autoeliminación.
- Caracterizar a los pacientes que han tenido intentos de autoeliminación.
- Describir el rol de enfermería en el abordaje de pacientes con esta problemática.

JUSTIFICACIÓN

El siguiente trabajo de investigación radica, en determinar los factores que inciden en el intento de autoeliminación en los pacientes que ingresan a la internación de la Clínica Médica de dicha institución. Se pretende investigar y describir un abordaje adecuado a la situación de este tipo de pacientes, que está padeciendo un desorden emocional en su vida.

Además poder reconocer los factores que llevan a la autoeliminación y comparar estadísticamente la incidencia, con intervención de las historias clínicas, de cada uno de ellos entre el primer semestre del año 2018 con el primer semestre del año 2019, que podrá permitir observar una evaluación de que está pasando en el contexto de esa persona para encaminarse a la autoeliminación y así desde enfermería poder abordar con posibles soluciones.

Teniendo en cuenta que según la OMS define la salud como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad"², se abordara desde los datos estadísticos de Historias Clínicas en este trabajo el estado mental de la persona quien se encuentra vulnerable ante un problema donde la única solución que cree tener es terminar con su vida.

Con la implementación de la Ley de Salud Mental, se ha observado un incremento significativo dependiendo de la época del año, de pacientes que ingresan al servicio, como así también las consultas por consultorios externos, esto ha generado un desborde para la institución y el abordaje de enfermería ya que el Hospital Tagarrelli se ven obligado a recepcionar a este tipo de pacientes para su tratamiento e internación.

Para enfermería, formar parte del equipo multidisciplinario en salud mental, significa una responsabilidad en actualizar conocimientos y que los pueda implementar en el abordaje de estos pacientes tanto en la prevención como en la rehabilitación, seguimiento y educación al entorno familiar.

² <https://www.paho.org/arg/index.php?>

Por lo que es de gran importancia dar respuesta al rol de enfermería en el abordaje de pacientes con estas características en un Hospital Público que no brinda el ambiente adecuado para ellos sino que deben incluirse con el paciente que sufre clínicamente, determinar factores de mayor incidencia que conducen a la autoeliminación y porque la no aceptación a la frustración los conduce a la angustia profunda con ideas suicidas, autolesiones y aislamiento.

RESEÑA HISTÓRICA DEL CONCEPTO DE SUICIDIO

La muerte voluntaria siempre fue, en menor o mayor grado, socialmente estigmatizada. Durante el Renacimiento se adoptó una posición comprensiva hacia aquellos que se suicidaban en razón de un sufrimiento físico o psíquico irreversible y progresivo. Es así que justificaban la decisión de Sócrates. En oposición a ellos, Platón y Aristóteles, prefigurando la posición que tendrá la Iglesia Católica condenaron el suicidio porque consideraban la elección del momento de la muerte privativo de los dioses.

Desde fines del siglo XIV reapareció un conflicto de valores cuyos argumentos llegan hasta hoy. En la Edad Media se castigaba el cuerpo de los suicidas e interpretando el gesto autolítico como un insulto a Dios, el Cristianismo le negaba sepultura en camposanto. En 1600, Shakespeare planteó la pregunta fundamental: ser o no ser. Desde Montaigne a Bacon, los humanistas vivieron una primera revolución cultural y empezaron a discutir, aunque aun tímidamente, la prohibición cristiana. En el siglo de las Luces, el debate se deslizó de la moral a la medicina: la locura, siempre invocada como la instigadora de los pasajes al acto, entrando plenamente en escena.

En el siglo pasado, el suicidio romántico prolongó la presencia del tema en la literatura de todos los tiempos mientras, que por su lado, el estado Burgués despenalizó el suicidio pero desaprobándolo: el ciudadano debe conservarse con vida para consagrarla al servicio de la patria.

Emile Durkheim, considerado el primer sociólogo empírico, fue también el primero que señaló la estacionalidad y la contagiosidad del suicidio. Este autor señalaba que la noción misma es difícil de definir porque alude a un fenómeno cuyas causas pueden ser muy diferentes, comparando tasas de suicidios en diversos países, observa que ocurren en función de los diversos grupos sociales y concluye que el suicidio es un hecho social independiente de cada decisión individual. Durkheim aisló diversos factores en juego para influir sobre la tendencia suicida: sexo, estado civil, religión..., y lo que denominó, variable

interviniente, es decir, un factor no comprendido en una estadística en forma directa pero que se puede inferir a través de otros datos.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

CONDUCTA SUICIDA

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

CONDUCTA SUICIDA

Se puede decir que la conducta suicida no es un comportamiento exclusivamente producto de una enfermedad mental, aunque en el contexto de ese trastorno psicopatológico es donde se encuentra la mayor incidencia de muertes por suicidio. Se distinguen dos tipos de crisis, la de origen psicosocial, de acontecimientos negativos cuya progresión, en general, es lenta y la crisis suicida de la persona afectada por una enfermedad mental de progresión rápida ya que la dificultad para darle solución a un problema es mayor.

La ansiedad y el trastorno de angustia son uno de los factores más implicados en el riesgo inminente de suicidio en pacientes afectados por una depresión, mientras que la desesperanza y la anhedonia grave serían factores de mayor peso a largo plazo, es decir, tiene su tiempo de evolución.

Varios autores han descrito múltiples motivaciones o factores que conducen a una tentativa de suicidio y entre las más frecuentes se encuentran:

- Desesperación por no alcanzar determinadas metas u objetivos que se ha impuesto, lo que se vive como un fracaso irremediable
- Una conducta de huida, una suerte de vía de escape ante situaciones estresantes u opresivas
- Una forma de llamar la atención en busca de ayuda ante una situación que el sujeto evalúa como desesperada
- Una forma de presión sobre otras personas para obtener determinados cambios en la actitud de los demás
- Una falta de sentido de la vida, un cansancio de vivir del que solo surgen sentimientos negativos. El hecho de vivir es penoso, doloroso e irresistible, viéndose en el suicidio la única forma de solución
- La soledad y el aislamiento hacen que la vida pierda sentido, ya que no se puede compartir. Esto es frecuente en las personas de edad avanzada.

En personas con trastornos mentales un síndrome pre- suicida no específico de una enfermedad psiquiátrica determinada, incluye:

- Sentimiento creciente de constricción psicodinámica (aplanamiento afectivo) reducción del sentido y los valores de las cosas.
- Retorno de la agresividad contra el sujeto.
- Fantasía del suicidio.

Estos elementos han sido validados y encontrados por otros autores quienes agregan:

- Pérdida de esperanza
- Rumiaciones mentales
- Retraimiento social
- Pobre nivel de actividad

Se ha introducido modificaciones en la evaluación del potencial suicida distinguiendo: a) *riesgo suicida*, como la probabilidad de morir por suicidio en los dos años siguientes. b) la *urgencia suicida*, como la estimación estrictamente clínica de la probabilidad de morir por suicidio en las 48 horas siguientes. c) la *peligrosidad suicida*, que se basa en el método elegido para el suicidio, su letalidad y su accesibilidad. La peligrosidad es máxima, por ejemplo, con las armas de fuego. Estas tres dimensiones permiten definir la naturaleza y los plazos de la intervención a realizar.

Se puede decir que en la conducta parasuicidas la motivación no sería la muerte sino un pedido de ayuda, un grito llamado a aliviar un sufrimiento inexpresable en palabras o que no encuentra interlocutor, o una manera rudimentaria y primitiva de aliviar una tensión interna inexpresable de otra manera, como es el caso de las auto- agresiones por auto-eliminación.

Existen numerosas formas de atentar contra sí mismo, y algunas son potencialmente letales. Es el caso de las conductas de riesgo o las auto-destructivas que han sido designadas como equivalentes suicidas, se habla de un comportamiento en el que no existe la voluntad consciente y expresa de

morir pero su ejecución pone en riesgo la vida, por ejemplo, deportes de riesgo, relaciones sexuales con partenaires desconocidos sin protección, toxicomanías endovenosas sin precaución. También se han englobado en esta definición ciertas conductas como, consumo excesivo de alcohol, tabaco y obesidad. Incumplimiento de tratamientos por parte de pacientes aquejados por enfermedades de cuidado constante como, diabetes, sida, cáncer etc...

En el intento de abarcar todas las formas de conductas cuyo resultado es la autolisis por el individuo se acuña el término, *suicidalidad*, para designar el potencial de todas las fuerzas y funciones psíquicas tendientes a la auto-destrucción.

TIPOS DE SUICIDIOS.

Se entiende por suicidio todo acto u omisión de este realizado voluntariamente con el propósito de dejar de existir, es decir, de quitarse la vida. Generalmente la persona que decide suicidarse tiende a estar pasando por un período de profundo sufrimiento vital en diferentes aspectos importantes de su vida, sin poder hacerle frente y estando en un estado de desesperación en el que la única salida que pueden ver es la muerte. La vivencia de un trauma profundo, el diagnóstico de una enfermedad incurable, el acoso de otras personas o la desesperación y sensación de total ausencia de control sobre la propia vida son algunos de los múltiples aspectos que pueden precipitar en algunas personas el intento de matarse. Si bien mediante este tipo de actos se busca la muerte, en su mayoría las personas que los llevan a cabo no buscan el fallecimiento en sí sino la liberación y el cese del sufrimiento que algo les causa.

A nivel orgánico suele relacionarse la conducta suicida con un bajo nivel de serotonina³ en el sistema nervioso. Existen factores de riesgo importantes tales como la presencia de psicopatología (el trastorno bipolar, seguido de las adicciones, la depresión, la esquizofrenia y el trastorno límite de la

³ Los niveles bajos de serotonina se han relacionado con la depresión. La serotonina es un importante químico y neurotransmisor en el cuerpo. humano <https://www.google.com/search?q=serotonina>.

personalidad son algunos de los más vinculados a intentos de suicidio), el sexo (si bien la ideación es más frecuente en mujeres, los hombres tienden a llevar a cabo el acto suicida en una mayor proporción de casos) y la edad, la impulsividad y la desesperación, la presencia o conocimiento de otros suicidios en el entorno cercano o la existencia de estresores persistentes y a los que no se puede confrontar debido a la inexistencia de suficientes recursos.

Los diferentes tipos de suicidios en función de diversos criterios, se los clasifica de la siguiente manera:

Suicidio según la motivación

Acto que ha impulsado a la persona a provocar su propia muerte. En este aspecto podemos encontrar una gran cantidad de tipos de suicidio, siendo algunos de los principales los siguientes.

1. Suicidio llamada de atención o grito de ayuda

Algunas personas recurren al intento de suicidio como mecanismo para llamar la atención hacia un hecho concreto o pedir ayuda ante hechos que no son capaces de controlar. Puede tener fines manipulativos y no suele quererse el deceso en sí a menos que la situación problema no cambie.

2. Con finalidad de muerte

El objetivo de este tipo de suicidio es lograr la propia muerte. Suele ser planificada cuidadosa y meticulosamente.

3. Como huida

La mayor parte de suicidios tienen como objetivo real el cese del sufrimiento y no la muerte en sí. El deceso es visto como la única alternativa al sufrimiento que causa un elemento concreto de la realidad (por ejemplo el acoso o las deudas), motivo por el cual el sujeto decide disponer de su propia vida. Generalmente se da de forma impulsiva y sin grandes planificaciones previas.

4. Finalista

Este tipo de suicidio suele estar dirigido a conseguir un objetivo determinado diferente a la muerte o a la huida. Tiende a no buscarse la propia muerte sino a fingir o aparentar dicha búsqueda con el fin de conseguir algún tipo de beneficio. Ejemplos de ello son el de grito de ayuda antes mencionado o el de venganza, aunque también puede perseguir beneficios de tipo económico como el hecho de que otros cobren seguros de vida.

5. Por venganza

El suicidio por venganza o de tipo paranoide es un tipo de suicidio el cual se realiza con el propósito de provocar daños a otras personas, con el fin de hacer sentir culpabilidad y/o sufrimiento a alguien concreto.

6. De balance

Se considera como tal el suicidio llevado a cabo por personas que, en ausencia de psicopatología y tras un prolongado periodo de tiempo intentando hacer frente a una situación conflictiva y dolorosa, deciden tras hacer un balance que continuar viviendo no supone ningún tipo de ganancia ni para ellos mismos ni para el entorno. Suele observarse en casos de ancianos y personas con limitaciones serias.

Suicidio según la modalidad o método

Las personas que eligen darse muerte recurren a diferentes medios para ello según la intencionalidad concreta de su acción, de su necesidad de tener el control de la situación, del nivel de sufrimiento que quieren padecer o simplemente de la disponibilidad de medios concretos. Se los clasifica en:

1. Blandas

Se trata de formas de suicidio que en principio no causan traumas evidentes y que tienden a causar adormecimiento y poco dolor. Una de las principales formas de suicidio con métodos blandos es la ingestión de cantidades masivas

de fármacos, como los barbitúricos. La persona suele tener un papel más pasivo en su propia muerte, esperando los efectos de su acción.

Asimismo suponen una mayor probabilidad de arrepentimiento y salvación, y en muchos casos los efectos pueden ser revertidos antes de que causen el fallecimiento.

2. Duras

Dentro de esta clasificación se incorporan métodos que implican una mayor brutalidad, tales como el suicidio mediante el uso de armas (sean blancas o de fuego), electrocutarse, arrojarse al vacío o el ahorcamiento. Tienden a suponer una mayor probabilidad de muerte que las blandas y revestir cierta brutalidad.

En comparación con las formas blandas de suicidio, es mucho más probable que causen algún tipo de sufrimiento. También suelen ser métodos que suponen una actuación directa del individuo a la hora de provocar su propia muerte.

3. Extrañas

Este tipo de suicidios suelen provocar un elevado nivel de sufrimiento antes de producir la muerte, revistiendo cierta crueldad hacia uno mismo. Suelen ser llevadas a cabo en situaciones de psicopatología, especialmente psicótica. Ejemplos de ello serían la ingesta de sustancias corrosivas o cortantes, ahogarse a sí mismo.

4. Enmascaradas

Se trata de muertes que son provocados por la propia persona de una manera tal que pueden confundirse con muertes naturales o con homicidios. Suelen perseguir una intencionalidad concreta, como el cobro de seguros de vida por parte de allegados o inculpar a alguien de la propia muerte.

Según el nivel de regulación e integración social

Una de las clasificaciones realizadas tras varios estudios es la llevada a cabo por Durkheim, quien consideraba el suicidio un acto causado fundamentalmente por elementos sociales. En este sentido se encuentran cuatro posibles clasificaciones, relacionados con el nivel de integración del individuo en la sociedad o la regulación de esta sobre la vida de las personas.

1. Suicidio egoísta

Se entiende como tal al tipo de suicidio que se realiza cuando las vinculaciones sociales del individuo son débiles y el individuo no se siente integrado en la sociedad. No es capaz de sentirse satisfecho debido a la falta de realización como ser social. Se siente desbordado, incapaz y sólo.

2. Altruista

Se trata de la muerte auto infligido que se produce por un exceso de integración grupal, viendo la propia muerte como un sacrificio realizado en beneficio al grupo. Se valora más al grupo que al propio individuo.

3. Anómico

El suicidio anómico es el suicidio que llevan a cabo aquellas personas que tienen una regulación social insuficiente. La sociedad cambiante e inestable hace que no se tengan referentes, modificando los valores del individuo y pudiendo provocar una pérdida de la identidad.

4. Fatalista

Al contrario que el anterior, el suicidio fatalista es visto como aquel llevado a cabo por individuos sometidos a un control y regulación social excesivos, sintiéndose opresión e impotencia que pueden llevar a buscar la muerte como huida de tal situación.

Según la presencia de planificación previa

La autolisis puede clasificarse también según se haya planificado previamente o no.

1. Suicidio accidental

Se trata del tipo de suicidio que se produce por accidente. El sujeto no quería realmente morir, pero su actuación genera una situación que acaba con su vida.

2. Reflexivo, intencional o premeditado

El suicidio premeditado es aquel en el que la persona que lo lleva a cabo ha planificado de antemano tanto la manera como el momento y lugar de su muerte. En algunos casos en que el motivo es la vivencia de hechos traumáticos o en que el sujeto manifestaba una gran ansiedad puede observarse un repentino estado de calma y serenidad previamente al acto, resultado de haber tomado la decisión.

3. Suicidio impulsivo

El suicidio impulsivo es aquel que se lleva a cabo sin premeditación previa. El sujeto puede haber pensado en quitarse la vida anteriormente, pero no lleva a cabo esta acción hasta un momento en que se siente altamente activado y desesperado. Puede ocurrir en situaciones generadoras de alta ansiedad, durante un brote psicótico o durante un episodio maníaco.

Según el resultado

Intentar quitarse la vida puede terminar generando diferentes resultados, según si el intento tiene o no éxito.

1. Autoagresión no suicida

En este caso no estamos ante un verdadero intento de suicidio. El sujeto se autolesiona por diferentes motivos pero sin que dicha acción suponga un riesgo

real para su vida o bien sin que la autolesión pretenda este hecho. En ocasiones puede llegar a provocar la muerte.

2. Intento/Tentativa de suicidio

Se considera intento o tentativa de suicidio todo acto realizado voluntariamente con la intención de conseguir la propia muerte sin que dicha acción tenga éxito en su objetivo.

3. Suicidio consumado

Llamamos suicidio consumado aquel en el que la persona ha actuado con el fin de darse muerte y ha logrado su objetivo.

4. Suicidio frustrado

Se trata del tipo de intento de suicidio que se ha llevado a cabo con el propósito de lograr la muerte, empleando para ello métodos que por norma general provocan el deceso del individuo. Sin embargo la intervención de elementos circunstanciales e imprevisibles, como la aparición de otras personas, la rápida actuación de los servicios médicos, una mala planificación o un uso inexacto de los medios escogidos para darse muerte han impedido que se acabe provocando el fallecimiento.

Según la implicación de otras personas

En ocasiones el suicidio involucra, sea de forma voluntaria o involuntaria, a más de una persona. En este sentido podemos encontrar los siguientes tipos de suicidio.

1. Suicidio colectivo o en masa

Se trata de un tipo de suicidio en el que más de una persona o un colectivo entero elige y pacta propiciar su propia muerte de forma voluntaria. Los motivos para ello pueden ser varios, tales como la huida de un factor aterrador o bien el convencimiento de que tal acto les puede reportar algún tipo de beneficio. Este

tipo de actos suelen ocurrir en contextos de situaciones de guerra o bien en sectas.

2. Ampliado

El suicidio ampliado se basa en la idea de que un individuo decide quitarse la vida pero, además de ello, considera necesaria o incluso compasiva la muerte de otros generalmente vinculados a él. Estas otras personas no han manifestado la intención de querer morir.

El individuo da muerte primero a los demás, los cuales son generalmente familiares cercanos como hijos, pareja o familia, y posteriormente se quita la vida. Este tipo de situaciones suelen darse en entornos familiares en los que la persona que quiere suicidarse considera que quienes dejan atrás van a sufrir en gran medida o no podrán sobrevivir sin ella.

3. Suicidio asistido o eutanasia

La eutanasia o suicidio asistido supone la finalización de la vida de una persona mediante la participación de otra u otras, participación autorizada y demandada por el propio sujeto o bien por su entorno cercano en el caso de lesiones irreversibles que no permitan la toma de una decisión por parte del individuo.

4. Suicidio inducido

Se trata de un acto de autolesión con propósito de muerte que ha sido provocado o facilitado debido a la coacción o la sugestión que otras personas han provocado en el individuo que se suicida. El sujeto puede ser amenazado y obligado a darse muerte, o bien se puede facilitar de forma activa que tenga ganas de morir.

5. Falso suicidio

En este caso no estamos ante un verdadero caso de suicidio. Se trata generalmente de un homicidio o asesinato que se ha realizado de tal manera que parezca que el sujeto en cuestión se haya quitado la vida por sí mismo.

Se ha observado que los ingresos por ideas suicidas a la clínica médica del hospital Victorino Tagarelli tienen como factor predominante la baja autoestima asociada a otros factores de riesgo, ya sean psicológicos o biológicos, que los conduce a la ideación suicida. Estos pacientes generalmente ingresan por el servicio de guardia, quien tiene como protocolo, que ante cualquier ideación suicida con antecedentes en su Historia Clínica, deben ser internados para control y evaluación por el equipo de salud mental que ofrece la internación.

En su mayoría los pacientes que ingresan presentan un llamado de atención o un grito de ayuda ante la situación que están padeciendo. Existen también, aquellos pacientes que ingresan con depresión por la no aceptación de una enfermedad crónica, se habla de un proceso biológico no aceptable que afecta no solo al paciente sino también a su entorno, es por ello que el apoyo de la familia o el responsable legal de la persona es muy importante al momento de comenzar el tratamiento en la internación y prepararlo a futuro para el alta médica y evitar la recaída.

En los adolescentes se observa la idea suicida como su única alternativa al sufrimiento que están padeciendo cuyas causas son multifactoriales, generalmente son impulsivas y han ingresado por guardia sin ser consumido el suicidio, paciente que se lo ha compensado y a pasado a la internación para su evaluación y cuidado, en otros casos se ha premeditado el suicidio, es decir, lo ha logrado planificar , pero no lo ha llevado a cabo, lo ha podido expresar durante la interconsulta con el psiquiatra o el psicólogo en la internación.

A partir de las observaciones realizadas, incluimos al paciente suicida como un ser único que requiere atención de todo un equipo interdisciplinario, para ayudarlo en el camino de su inestabilidad emocional, física y psicológica.

Para la inclusión de este paciente, en el Sistema de Salud, se creó la ley de Salud Mental.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA LEY DE SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA

La ley de salud mental tiene su propia historia, tiene sus idas y vueltas para poder ser instalada en un marco de atención que tenga como base la defensa de los derechos humanos. La ley recorre su historia desde los inicios del estado hasta nuestros días.

En el primer gobierno peronista se refunda el Sistema de Salud Argentino, donde el sujeto era un ciudadano con derechos civiles y políticos individuales, pero había excepciones que eran aquellos que no podían ejercer tales derechos por sus falencias, entonces el Estado a estas personas que fracasaban o no estaban habilitados les otorgó una forma de asistencia en aras del ordenamiento social fundada en una lógica "filatrópica"⁴, brindándole ayuda sin ningún derecho.

Bajo esta idea se crean instituciones propias como asilos, hospitales y entre ellos los primeros hospitales psiquiátricos, y se inaugura el actual hospital Borda y Moyano. Luego se crean las primeras mutuales o sociedades de socorros mutuos, que son el corazón de las obras sociales, las primeras prestaciones de salud creadas por las colectividades migratorias y coincide también con el ideario higienista y los primeros médicos políticos que aportaron ideas sobre el cuidado en salud de la población. En 1929 se crea la Liga de Higiene Argentina Mental quienes manifestaron las primeras críticas sobre los manicomios por hacinamiento y maltrato. En el año 1949 el primer Ministro de Salud del país, el Dr. Ramón Carrillo designó como enfermos mentales a quienes en su momento se los llamaba los alineados con el fin de que fuesen tratados como cualquier otro enfermo. Reorganiza los lugares de internación para que los pacientes estén más cerca de sus familiares y comunidad a fin de evitar que se haga crónico

⁴ Amor por la especie humana y a todo lo que la humanidad respecta, expresada en la ayuda desinteresada a los demás.

Durante ese gobierno se propone establecer un Sistema de Salud Universal, Público y de acceso gratuito.

En el golpe de estado de 1955 se genera una inestabilidad política donde aparecen oposiciones que influyen y se manifiestan en la salud mental. Comenzaba un desfinanciamiento en salud y la descentralización del sistema.

Durante la dictadura de Juan Carlos Onganía, se elaboró el primer Plan Nacional de Salud Mental, se crearon servicios de psicopatologías en los hospitales públicos y centros de salud. En 1957, Mauricio Goldemberg crea el Servicio Comunitario de salud mental en el hospital de Lanús llenándose de ideas políticas y profesionales. En ese período surge la Federación Argentina de Psiquiatras. En el 2001 en el campo de salud mental aparecen nuevos actores, las organizaciones de los derechos humanos y usuarios y las familias, fueron años de debate e intentos, de experiencia y lucha para lograr una transformación. En el año 2007 el informe de vidas arrasadas publica la situación de las personas internadas en las instituciones psiquiátricas del país y dio como conclusión graves violaciones en los derechos humanos.

Aparece la Ley de Salud Mental y su posterior decreto reglamentario, queriendo en el cambio de gobierno de diciembre del 2015 desarticular, ya en el año 2017 fue sostenido por la resistencia. Coherentemente con su historia la posibilidad de sostener las reformas que la ley propone depende de la lucha de quienes quieren la profundización de derechos en este campo y de la defensa de los derechos en general.

LEY DE SALUD MENTAL 26.657

Asegura para todas las personas, el derecho a la protección de la salud mental, el que deberá ser respetado en todos los servicios y efectores de salud del país, tanto público como privado.

La Ley garantiza el Derecho de toda persona a:

1. Ser reconocido como sujeto de derecho y, a que se presuma su capacidad.
2. A no ser discriminado por diagnóstico, padecimiento mental, antecedentes de tratamiento u hospitalización.
3. Recibir información adecuada y comprensible acerca de sus derechos en relación con el sistema de salud mental.
4. Garantiza también, el derecho al consentimiento informado. Brindada a familiares o representantes legales cuando el paciente tiene dificultad para entenderla.
5. Poder tomar decisiones relacionadas con la atención y tratamiento.
6. Conocer y preservar la dignidad, grupos de pertenencia, genealogía e historia personal.
7. Ser acompañado por familiares, allegados o cualquier afecto.
8. Internación, sólo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos y sea lo más breve posible.
9. Internaciones voluntarias.⁵

⁵ Ley de salud mental 26.657 completa con artículos en anexos.

APARTADO II

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Los factores protectores son susceptibles de ejercer un efecto positivo como preventivos del suicidio. No solo contamos los factores individuales como, una buena consciencia de la salud y una adecuada actividad física, sino también ciertos rasgos de la personalidad, como la apertura de espíritu, la confianza en sí mismo, la capacidad para buscar ayuda, los comportamientos adaptativos a cada situación, una buena integración social, la existencia de un adecuado sostén familiar y de amigos, y las expectativas personales y profesionales positivas. La psicología considera que el concepto de resiliencia individual tiene también una gran importancia en el tema.

Los factores de riesgo relacionados con el suicidio, se los valora de acuerdo al potencial suicida de un paciente.

En los factores biológicos se valora la edad, los adultos mayores se suicidan más que los jóvenes, es decir, que la edad avanzada no protege de la muerte por suicidio. Sin embargo, particulares situaciones y factores de riesgo de suicidio en los ancianos:

- El hombre se suicida más que la mujer y esta diferencia se acentúa con la edad. Las mujeres se adaptan mejor a la pérdida de sus seres queridos y a las limitaciones que impone la edad avanzada porque expresan más sus pesares ligados a ellas.
- En los varones la “tanatofobia”⁶ puede inducir al suicidio como una forma de aliviar la ansiedad por medio de la certeza de un pasaje rápido y con poco sufrimiento hacia la muerte.
- La presencia de ciertas enfermedades, como por ejemplo, el cáncer y las patologías cardiovasculares con disnea
- Las demencias tipo Alzheimer, las demencias vasculares y las alcohólicas, sobre todo al principio de su evolución, pueden generar una gran ansiedad y conductas que hacen sospechar el riesgo de suicidio, aunque es raro en estos pacientes, porque con el avance de la enfermedad se lo considera un factor protector contra el riesgo de suicidio.

⁶ <https://www.psicologia-online.com> › Psicología › Psicología clínica

Cuando se habla de adolescencia existe una correlación entre estado depresivo y tentativa de suicidio pero estos dos fenómenos no se superponen exactamente porque no todos los adolescentes deprimidos intentan suicidarse ni todas las tentativas de suicidio se deben a un trastorno depresivo. Es necesario, entonces, detectar otros factores de riesgo como las familias disfuncionales, el abuso sexual en la infancia, inserción social y/o escolar precaria, suicidios de familiares, consumos de sustancias y trastornos psicóticos. A pesar de que los principales atributos de la idea de muerte recién se adquieren alrededor de los 10 años de edad, se ha verificado que no es necesario alcanzarlos plenamente para forjarse ideas de suicidio, por ello los pediatras deben estar muy atentos y no descartar como banales las ideas de muerte aun en niños de corta edad.

Con respecto al sexo, los hombres se suicidan más que las mujeres aunque estas lo intentan más. De los *factores estacionales* se expresa que hay un aumento de suicidios en primavera y otoño lo cual se correlaciona con la variación estacional de la enfermedad depresiva. Los *factores socio familiares*, como el estado civil (viudez, divorcio o separación), la pérdida del trabajo, el aislamiento social y la religión influyen sobre el potencial suicida del paciente deprimido. Las situaciones conflictivas de parejas o familiares, la pérdida de un ser querido, la pérdida del estatus socioeconómico, son acontecimientos que aumentan el riesgo suicida. Los *factores socio-profesionales*, hace referencia a que los habitantes de las zonas rurales tienen un índice de suicidio un poco mayor que los habitantes de zonas de mayor aglomeración demográfica.

Otros factores que se deben considerar son los conocimientos para llevar a cabo el suicidio y la disponibilidad de las herramientas necesarias. Por ello ciertas profesiones, como la sanitaria o la militar, tienen más facilidades para suicidarse.

PATOLOGÍAS QUE AUMENTAN EL RIESGO DE SUICIDIO

Trastorno del estado de ánimo	Es la patología que abarca más suicidas y sujetos efectivamente suicidados. En su mayoría corresponden a un trastorno del humor, que sigue a una depresión mayor. Estos intentos son siempre serios, meditados y planeados, y muchas veces terminan con la vida del paciente.
Trastorno de Ansiedad	Si bien los trastornos depresivos son los mayores exponentes de suicidio, se incluye también, los ataques de pánicos.
Esquizofrenia	Se estima que el 10% de los esquizofrénicos muere por suicidio, siendo los factores de riesgo más exponentes, el sexo masculino, con edad inferior a 30 años, desempleados, con una evolución crónica de la patología con recaídas, depresión anterior, depresión durante el último episodio, alta reciente.
Alcoholismo y abuso de sustancias	Estas conductas se suelen presentar en comorbilidad con la patología depresiva y/o ansiosa y tendrían el papel de agravantes en el trastorno tímico y facilitarían el pasaje al acto mediante su efecto desinhibidor.
Personalidades Patológicas	Se mencionan las personalidades con trastorno antisocial que son las que particularmente, más expuestas están al riesgo de suicidio.

Fuente: Elaboración propia.

ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INTENTO DE SUICIDIO

El suicidio ha sido algo común en nuestra sociedad desde el principio de los tiempos, siempre ha habido gente que al no tener más ganas de vivir ha sufrido ideas suicidas. El intento de suicidio y el suicidio consumado constituyen uno de los mayores problemas de salud pública, tanto por su elevada prevalencia como por la magnitud de las consecuencias para el círculo familiar y social de las personas que lo llevan a cabo como para la sociedad en su conjunto. Además de presentar graves consecuencias psicológicas sobre los familiares de las víctimas, influye también, en los profesionales de salud y en su capacidad de respuesta ante determinada situación.

Según autores, el número total de personas que se suicidan en el mundo, es comparable al número de fallecidos en accidentes viales.

El cuidado es la acción encaminada a hacer algo por alguien, rasgo humano, afectivo de interacción personal y terapéutica que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado.

Es necesario conocer que abordaje se realiza hacia los pacientes con intento de suicidio para poder plantear estrategias de acción que nos permitan los cambios necesarios para la práctica, tomando la concepción de persona no en forma fragmentada, sino como una unidad de mente, cuerpo y espíritu, que necesita de la familia y comunidad para alcanzar la salud e independencia.

Las causas de suicidio son complejas, provocan un costo importante de los servicios de salud ya que se los tiene como pacientes más de una vez.

A lo largo de la historia, la enfermería ha ido evolucionando y se observa que las teorías y modelos conceptuales presentes en esta ciencia han existido desde 1.859 con F. Nightingale, cuando propuso por primera vez sus ideas acerca de la Enfermería, así como ella, todos los profesionales de enfermería tienen sus propias ideas acerca de la práctica de la misma, la cual influye en las decisiones y guía las acciones que se toman.

Jean Watson sostiene en su teoría 10 factores de cuidados para la práctica de enfermería, cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería. Estos factores independientes sirven como fundamento filosófico para la ciencia del cuidado. Ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial-fenomenológico) y con base espiritual donde ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, es racional, transpersonal e intersubjetivo. Watson sostiene que:

- ☐ Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.
- ☐ El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- ☐ El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- ☐ El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.
- ☐ Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- ☐ Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- ☐ La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico

Para ella las metas de la enfermera están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto curación. Reconoce a la persona cuidada como un ser integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

Tomando como base la teoría del cuidado, se dice que el contacto inicial de la enfermera con el paciente suicida es muy importante y a menudo ocurre en un lugar público donde hay gente, y el lugar no es adecuado para la interrogación por ello se describen, a continuación, los cuidados del personal de enfermería para el paciente atendido por intento de suicidio o con riesgo de autolisis:

- Conseguir un sitio adecuado donde se puede mantener una conversación tranquila con razonable privacidad.
- Adoptar medidas de seguridad, es decir, retirar del entorno del paciente todos aquellos objetos que le puedan servir para autolesionarse.
- Explicar al paciente las medidas de precaución tomadas y hacerle comprender que nos preocupamos por él. Debemos reforzar su autoestima como ser humano y no adoptar actitud crítica o moralizadora.
- Considerar en serio todas las amenazas de suicidio del paciente e informar de ellas inmediatamente.
- Si el paciente es de alto riesgo, debemos observarle de forma constante, incluso cuando se encuentra acostado o en el baño.
- Observar con atención la toma de medicación, asegurarnos que la tome.
- Estar atentos por cualquier posible cambio de actitud por parte del paciente, (cambios súbitos de humor, conversaciones sobre la muerte, estar menos comunicativo). El paciente que, estando previamente angustiado si de forma repentina pasa a estar calmado, no implica que se haya curado, puede haber planificado su suicidio y esto habría disminuido su ansiedad.
- Contener al paciente si este intenta suicidarse.
- La prioridad máxima debe ser proteger la vida del paciente y evitar la ejecución del plan suicida.
- Es preciso supervisar la conducta del paciente hasta que su nivel de autocontrol sea adecuado.

Además de los cuidados específicos y generales para el paciente con intento suicida pueden requerirse intervenciones médicas específicas según el método utilizado.

El personal de enfermería precisa tener conocimientos también de sobre la valoración del riesgo suicida como son:

- Circunstancias precipitantes del intento de suicidio. Debemos preguntarnos si las circunstancias que llevaron al paciente a realizar el intento de suicidio son susceptibles de cambios.
- Método utilizado por el paciente a mayor letalidad del método utilizado, mayor gravedad.
- Actitud del paciente después del intento, es mayor la gravedad del paciente que está apesadumbrado porque lo hayan rescatado que la del indeciso o la del que muestra arrepentimiento por la tentativa con crítica clara de la misma.
- Enfermedades psiquiátricas, consumo de alcohol o drogas, intentos anteriores de suicidios aumentan el riesgo.
- Enfermedades físicas: enfermedades terminales y dolor crónico aumentan el riesgo de intentos.
- Rasgos patológicos de personalidad y antecedentes familiares de suicidio aumentan el riesgo del mismo.
- Factores sociales desfavorecedores que incrementan el riesgo como, la soledad, desempleo, pérdidas afectivas.

PRINCIPIOS DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

- No dañar
- Aceptar al paciente como persona única
- Desarrollar una confianza mutua
- Capacidad de valorar su conducta y emociones
- Fomentar la responsabilidad en cuanto a su tratamiento y la importancia de el
- Ayudar en la adaptación de su padecimiento
- Escucha activa

CARACTERÍSTICAS DEL ENFERMERO QUE ATIENDE AL PACIENTE SUICIDA

Los enfermeros de salud mental proporcionan atención y apoyo a las personas con padecimiento mental. Ayudan a estos pacientes tanto en la aceptación y convivencia con su enfermedad como a identificar signos de alarma o saber cuándo la situación es de riesgo para sí o para terceros.

Características profesionales y personales que se necesitan:

- ☐ Sensibilidad, tacto, paciencia y un trato hacia los pacientes sin prejuicios.
- ☐ Habilidades de comunicación para escuchar a los pacientes, tranquilizarlos y obtener información que les ayude a entender sus sentimientos (escucha activa)
- ☐ La posibilidad de establecer una relación cercana y de confianza con los pacientes, familiares o cuidadores.
- ☐ Habilidades de observación para notar cambios en el comportamiento de los pacientes, lo que incluye poder interpretar lenguajes de comunicación no verbal y lenguaje corporal.
- ☐ La capacidad de calmar y convencer a los pacientes, que en ocasiones requiere adoptar un comportamiento firme por parte del enfermero.
- ☐ Habilidades de trabajo en equipo, para trabajar junto a otros profesionales, como médicos, efectores sanitarios y de atención social.
- ☐ Mantenerse al día con los nuevos procedimientos y tratamientos. Capacitarse de forma permanente.
- ☐ Gestionar los servicios públicos de apoyo disponibles para trabajar interdisciplinariamente con el paciente y su entorno.

La descripción del trabajo está enfocado en los pacientes con ideas suicidas que ingresan a la clínica médica del hospital Victorino Tagarelli, hemos descripto las características que presentan de acuerdo al factor de riesgo que estén padeciendo. Mencionamos el perfil del enfermero que trabaja con ellos y cómo debe abordarlos desde la profesión, pero como autora del trabajo

considero importante describir el ingreso del paciente con ideas suicidas a un Servicio de Guardia que seguramente conducirá al seguimiento del mismo en un servicio de Internación, como lo es la clínica , si nos abocamos específicamente en el paciente adulto.(anexos) También valorar al usuario desde la atención primaria en salud porque puede que este paciente solo presente ideaciones suicidas y asista a un efector de atención primaria, en donde el enfermero cumple la función de contener y comprender la situación por la que el paciente está pasando, informar al sistema intrahospitalario para su derivación y atención con el equipo de salud mental que brinde la institución hospitalaria y desde allí tener seguimiento del paciente. Lo mismo se realizaría si el paciente ingresa con lesiones físicas leves que requieran tratamiento.

Por consiguiente se quiere mencionar , para poder describir las características o el perfil del enfermero para con el paciente con ideas suicidas, a la madre de la psiquiatría en enfermería, Hildegard Peplau, quien incorpora el concepto de psicodinámica, que permite al enfermero ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas, a poder identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surjan en cualquier momento de su vida. Considerar que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que cuando ese equilibrio se altera aparece la enfermedad.

En su teoría el enfermero no se centra tanto en la atención biofísica de la enfermedad sino que trata de acercarse a los sentimientos y comportamientos frente a la enfermedad, ellos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería y así definir el perfil del enfermero que trabajó con el paciente suicida. Relación enfermero- paciente.⁷

⁷ [google.com/search?q=peplau+teoria&rlz](https://www.google.com/search?q=peplau+teoria&rlz)

CAPITULO II

Diseño Metodológico

El estudio se realizó a través de Historias Clínicas, pertenecientes al Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli, durante los años 2015 a 2018.

Tipo de Estudio: *CUANTITATIVO*: usa la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico. *DESCRIPTIVO*: mide y recoge información independiente o conjunta de los conceptos y las variables a las que se refieren. *EXPLICATIVO*: porque muestra las variables tal como se observa en el momento de la investigación, de corte *TRANSVERSAL*: porque los datos son recolectados en un momento determinado haciendo un corte en el tiempo, comparativo entre los ingresos del año 2015 al 2018 de intentos de autoeliminación y *RETROSPECTIVO*: porque se analiza el presente pero con datos del pasado.

Área de estudio: Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli de Eugenio Bustos.

Universo y muestra: Comprende una parte de la población de San Carlos que ingresa a la Clínica Médica, la muestra se obtendrá a partir de las Historias Clínicas de cada paciente que ingresó al Servicio de Clínica con intento de autoeliminación y del libro de guardia.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Historias Clínicas, como fuentes secundarias para obtener datos.

Aspecto Legal: Se solicita a la Jefa de Departamento de Enfermería, Luffi Belén, la autorización para acceder a las Historias Clínicas de los pacientes que ingresaron por intentos de autoeliminación entre los años 2015 a 2018, con fines de investigación para realizar el trabajo final de tesis. (Ver nota en anexos)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definición de la Variable: son todos aquellos pacientes que ingresaron al Servicio de Clínica Médica por intentos de autoeliminación.

Variable	Dimensión	Indicador
Pacientes con intentos de autoeliminación	Edad	15-25 años
		25-35 años
		35-45 años
		45-55 años
		55-65 años
		65-75 años
		75-85 años
	Sexo	Femenino Masculino
	Ocupación	Ama de casa Estudiante Albañil Trabajo en viña Desocupado Otros
	Lugar de Procedencia	San Carlos Eugenio Bustos Pareditas Chilecito Tres Esquinas La Consulta Tunuyán
	Diagnóstico	Trastorno de la Personalidad Depresión Poli-adicto Crisis de Angustia Psicosis Trastorno de Alimentación
	Causa o Lesión	Ingesta Medicamentosa Ingesta de sustancias o químicos tóxicos Heridas de armas blancas Autolesiones Ahorcamiento Sin lesión
	Incidencia, año: 2015,2016,2017,2018	Meses del año.

ANÁLISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

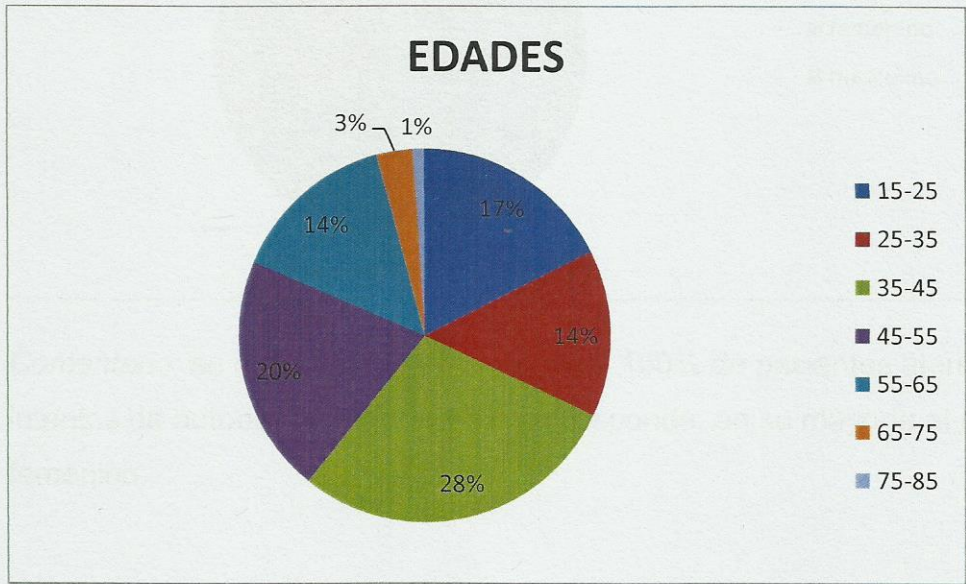
Tabla N° 1- Intentos de autoeliminación.

Definición de la variable: edad de pacientes que ingresaron al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli en el año 2015.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE		
edades	Fa	Fr(%)
15-25	12	17%
25-35	10	14%
35-45	20	28%
45-55	14	20%
55-65	10	14%
65-75	3	3%
75-85	1	1%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N° 1



Comentario: se observa un notable incremento en las edades de 35 a 45 años, representando el 28% de los pacientes atendidos por intentos de autoeliminación.

Tabla N° 2 - Intentos de autoeliminación

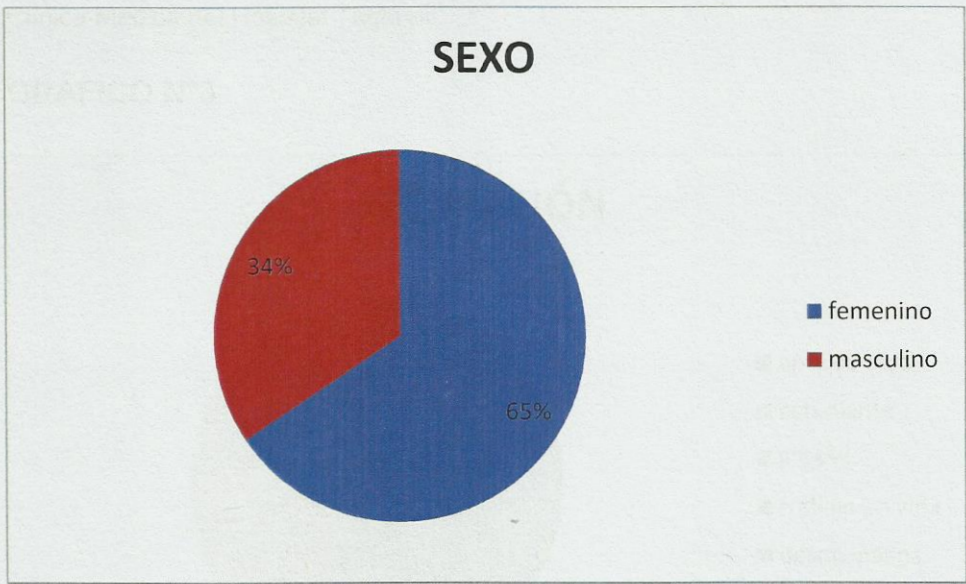
Definición de la variable: sexo de pacientes que ingresaron al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2015.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE

sexo	Fa	Fr(%)
femenino	46	65%
masculino	24	34%
TOTAL	70	100

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°2



Comentario: se observa que de un total de 100% de pacientes atendidos por intentos de autoeliminación, el 65% corresponde, en su mayoría al sexo femenino.

Tabla N°3- Intentos de autoeliminación

Definición de la variable: ocupación laboral del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2015

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
ocupación	Fa	Fr(%)	
ama de casa	20	28%	
estudiante	9	12%	
albañil	2	2%	
trabajo en viña	3	4%	
desocupados	7	10%	
otros	29	41%	
TOTAL	70	100%	

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°3



Comentario: se observa que en un total del 100% de los pacientes con intento de autoeliminación, las ocupaciones más notables representan el 28% en las ama de casa, el 12 % a estudiantes y el 41% a otras ocupaciones que comprenden, carpintero, celadora, administrativas, jubilados, plomero y carnicero.

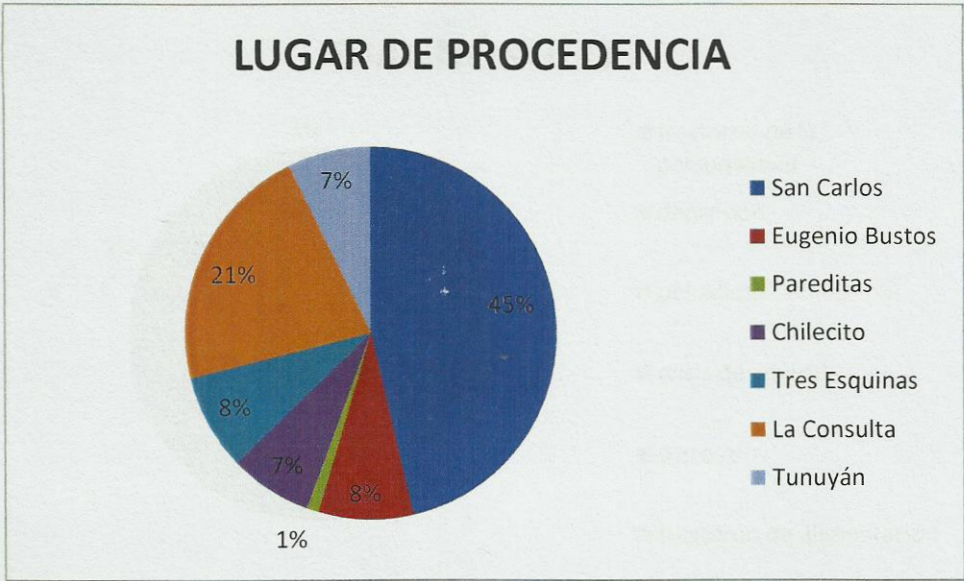
Tabla N °4- Intentos de autoeliminación.

Definición de la variable: lugar de procedencia del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2015

lugar de procedencia	Fa	Fr(%)
San Carlos	32	45%
Eugenio Bustos	6	8%
Pareditas	1	1%
Chilecito	5	7%
Tres Esquinas	6	8%
La Consulta	15	21%
Tunuyán	5	7%
TOTAL	70	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°4



Comentario: se observa que en un total de 100% de pacientes con intento de autoeliminación, el 45% representa a San Carlos (villa) , seguido de La Consulta con el 21%.

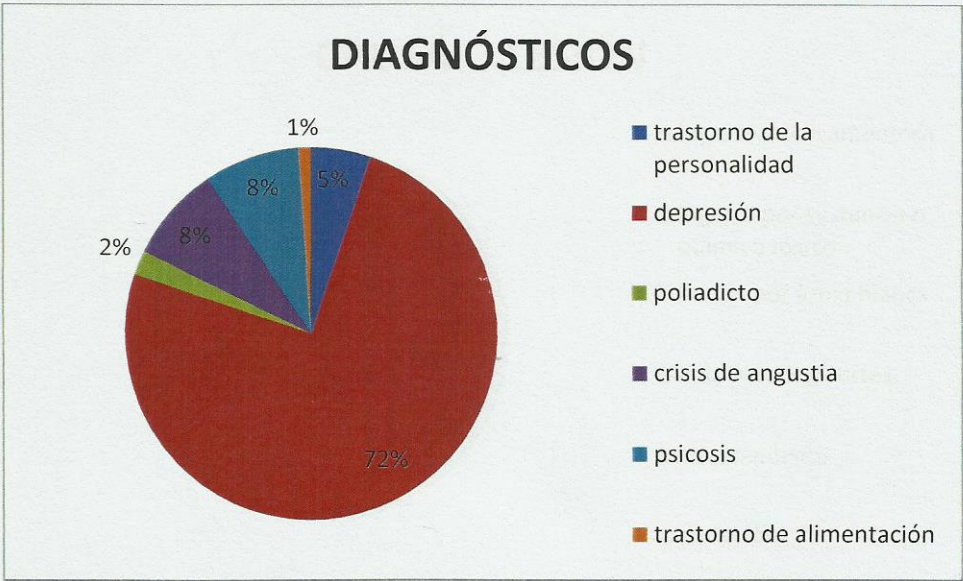
Tabla N°5- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: diagnóstico del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2015.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
diagnósticos	Fa	Fr(%)	
trastorno de la personalidad	4	5%	
depresión	51	72%	
poliadicto	2	2%	
crisis de angustia	6	8%	
psicosis	6	8%	
trastorno de alimentación	1	1%	
TOTAL	70	100%	

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°5



Comentario: se observa que el 72% de los pacientes con intentos de autoeliminación que han ingresado a la clínica médica son diagnosticados por depresión.

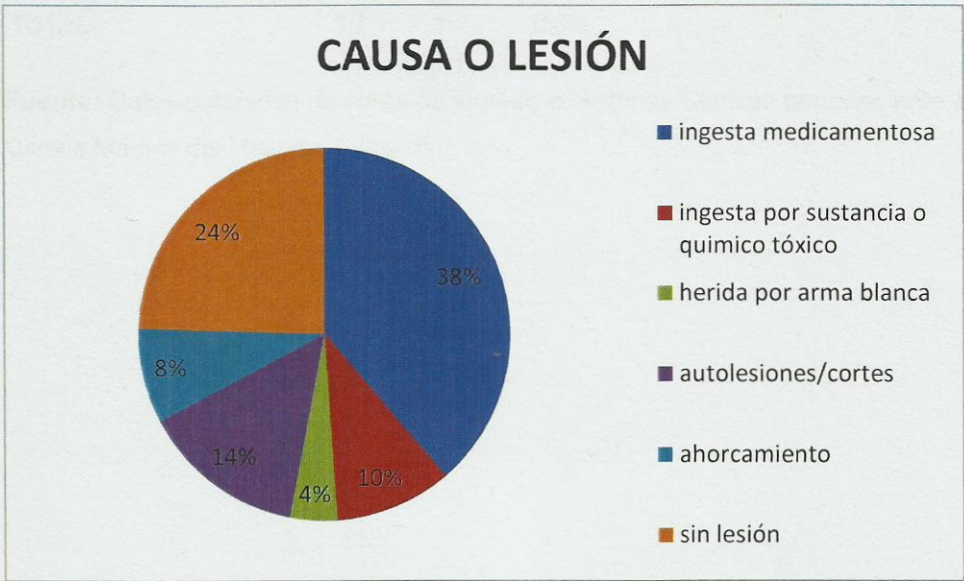
Tabla N°6- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: lesión o causa de intento de suicidio del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2015.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
CAUSA	Fa	Fr(%)	
ingesta medicamentosa		27	38%
ingesta por sustancia o químico tóxico		7	10%
herida por arma blanca		3	4%
autolesiones/cortes		10	14%
ahorcamiento		6	8%
sin lesión		17	24%
TOTAL		70	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°6



Comentario: se observa que los intentos de suicidio más notorios son a causa de la ingesta medicamentosa con un 38% y que en menor porcentaje son por herida de arma blanca con un 4%.

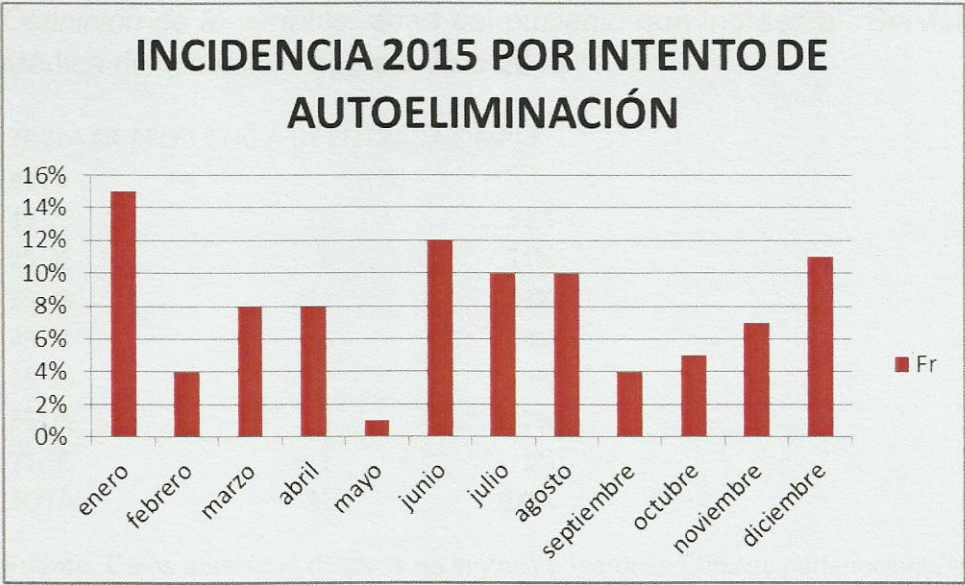
Tabla N°7- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: mes de incidencia relevante, en cuanto al ingreso de pacientes con intentos de autoeliminación, correspondiente al año 2015 en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
mes	Fa	Fr(%)	
enero		11	15%
febrero		3	4%
marzo		6	8%
abril		6	8%
mayo		1	1%
junio		9	12%
julio		7	10%
agosto		7	10%
septiembre		3	4%
octubre		4	5%
noviembre		5	7%
diciembre		8	11%
TOTAL		70	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°7



Comentario: se observa que la mayor incidencia de intento de autoeliminación se da en el mes de Enero con el 15%.

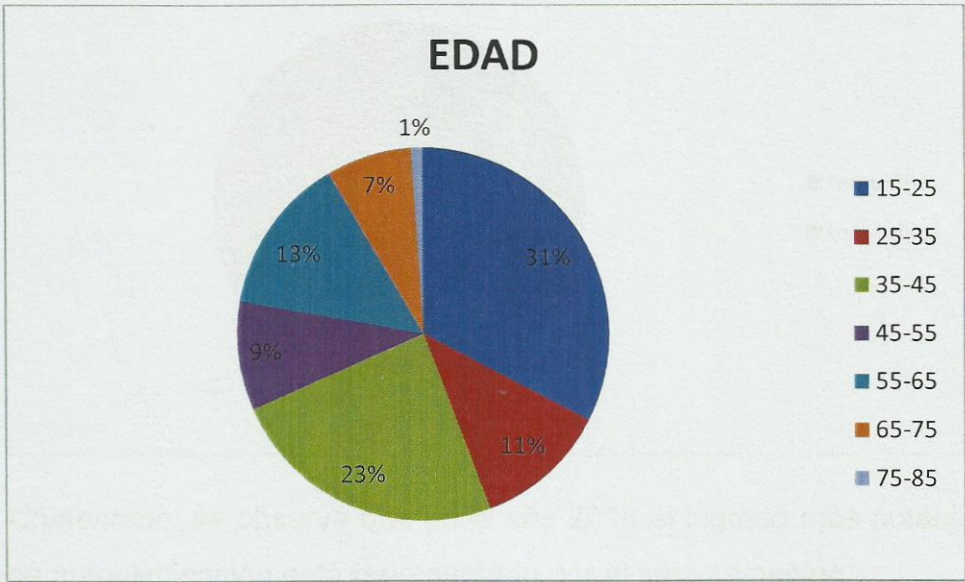
Tabla N°8-Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: edad del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2016

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
edad	Fa	Fr(%)	
15-25	16	31%	
25-35	6	11%	
35-45	12	23%	
45-55	5	9%	
55-65	7	13%	
65-75	4	7%	
75-85	1	1%	
TOTAL	51	100%	

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°8



Comentario: se observa que en el año 2016 las edades con mayor incidencia por intento de autoeliminación que ingresaron a la clínica médica representan el 31%, entre 15 años a 25 años.

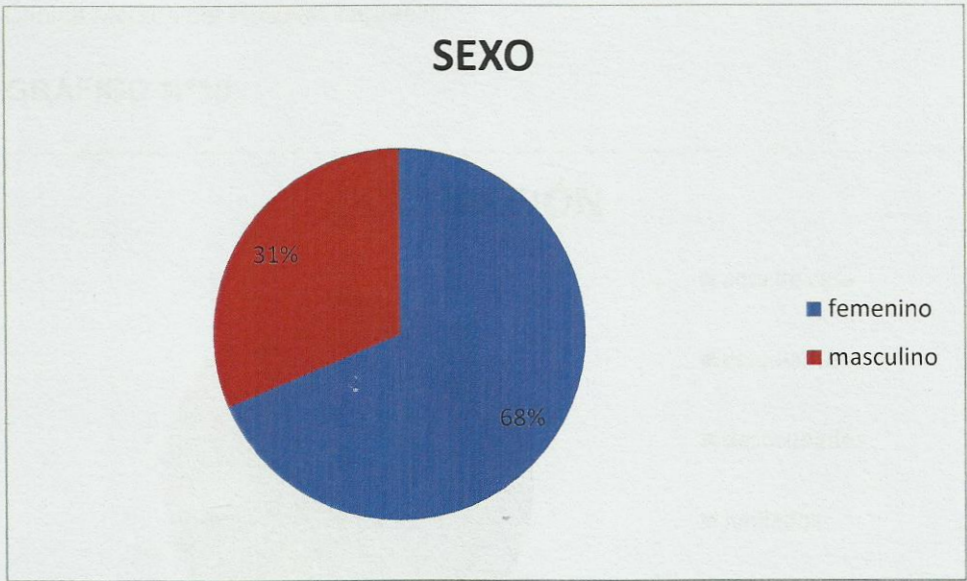
Tabla N°9- Intento de autoeliminación

Definición de la Variable: sexo del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2016

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
sexo	Fa	Fr(%)	
femenino	35	68%	
masculino	16	31%	
TOTAL	51	100%	

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°9



Comentario: se observa que en el año 2016 el ingreso más notable por intento de autoeliminación está representado por el sexo femenino.

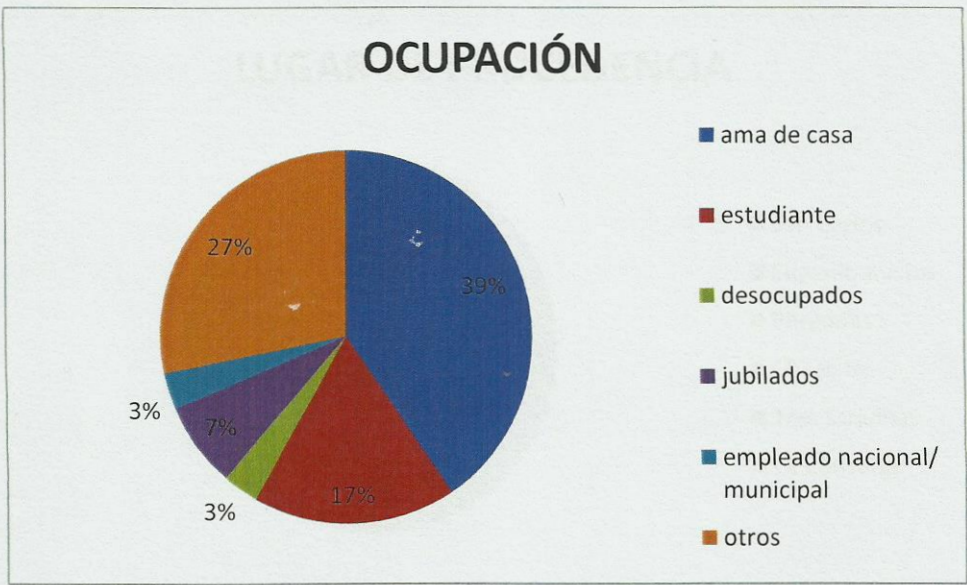
Tabla N°10- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: ocupación laboral del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2016.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
ocupación	Fa		Fr(%)
ama de casa	20		39%
estudiante	9		17%
desocupados	2		3%
jubilados	4		7%
empleado nacional/ municipal	2		3%
otros	14		27%
TOTAL	51		100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°10



Comentario: se observa que del 100% de los pacientes que ingresan a la clínica médica por intento de autoeliminación representan, en un 39%, a las amas de casa.

Tabla N°11- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: lugar de procedencia del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2016.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
lugar de procedencia	Fa	Fr(%)	
San Carlos	21	41%	
Eugenio Bustos	9	17%	
Pareditas	5	9%	
Chilecito	3	5%	
Tres Esquinas	6	11%	
La Consulta	7	13%	
TOTAL	51	100%	

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°11



Comentario: se observa que de los pacientes que ingresaron a la clínica médica por intento de autoeliminación, representan el 41% a San Carlos (villa), seguido por Eugenio Bustos con el 17%.

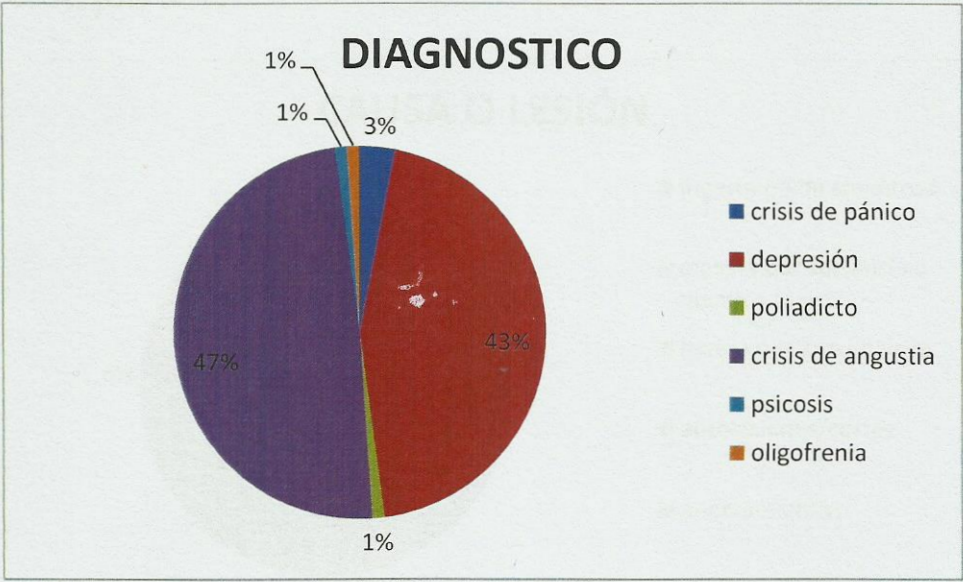
Tabla N° 12- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: diagnóstico del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2016.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
diagnósticos	Fa		Fr(%)
crisis de pánico		2	3%
depresión		22	43%
poliadicto		1	1%
crisis de angustia		24	47%
psicosis		1	1%
oligofrenia		1	1%
TOTAL		51	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N° 12



Comentario: se observa que del 100% de los pacientes que ingresan a la clínica médica son diagnosticados por crisis de angustia, en un 47%, durante el año 2016.

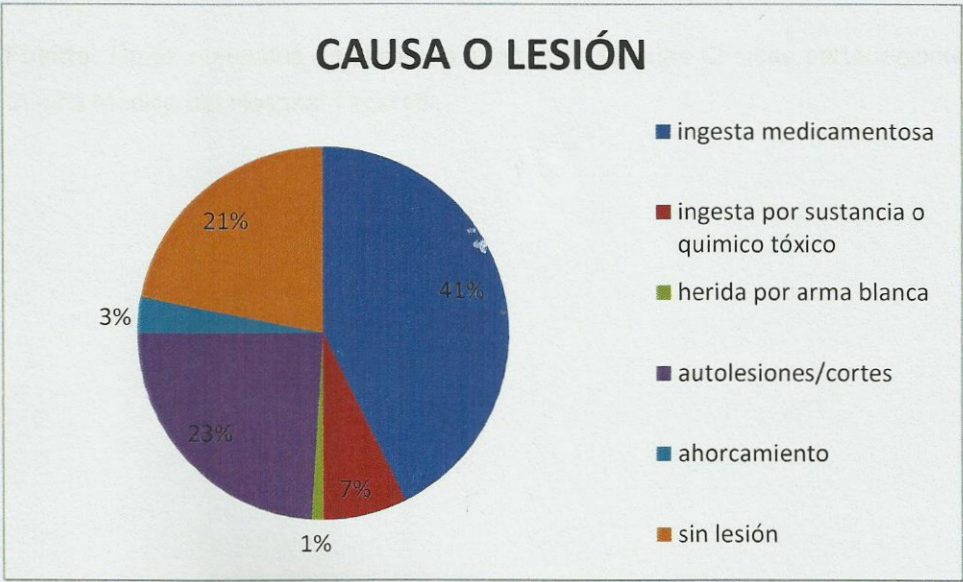
Tabla N° 13- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: causa o lesión de intento de autoeliminación del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2016.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE		
CAUSA	Fa	Fr(%)
ingesta medicamentosa	21	41%
ingesta por sustancia o químico tóxico	4	7%
herida por arma blanca	1	1%
autolesiones/cortes	12	23%
ahorcamiento	2	3%
sin lesión	11	21%
TOTAL	51	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°13



Comentario: se observa que la causa o lesión más notoria de intento de autoeliminación, en un 41%, es por la ingesta medicamentosa.

Tabla N°14-Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: mes de incidencia relevante, en cuanto al ingreso de pacientes con intentos de autoeliminación, correspondiente al año 2016 en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
mes	Fa	Fr(%)	
enero		2	3%
febrero		4	7%
marzo		9	17%
abril		2	3%
mayo		6	11%
junio		5	9%
julio		4	7%
agosto		3	5%
septiembre		3	5%
octubre		5	9%
noviembre		3	5%
diciembre		5	9%
TOTAL		51	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°14



Comentario: se observa que la incidencia mayor por intento de autoeliminación durante el año 2016 fue durante el mes de marzo con el 17%.

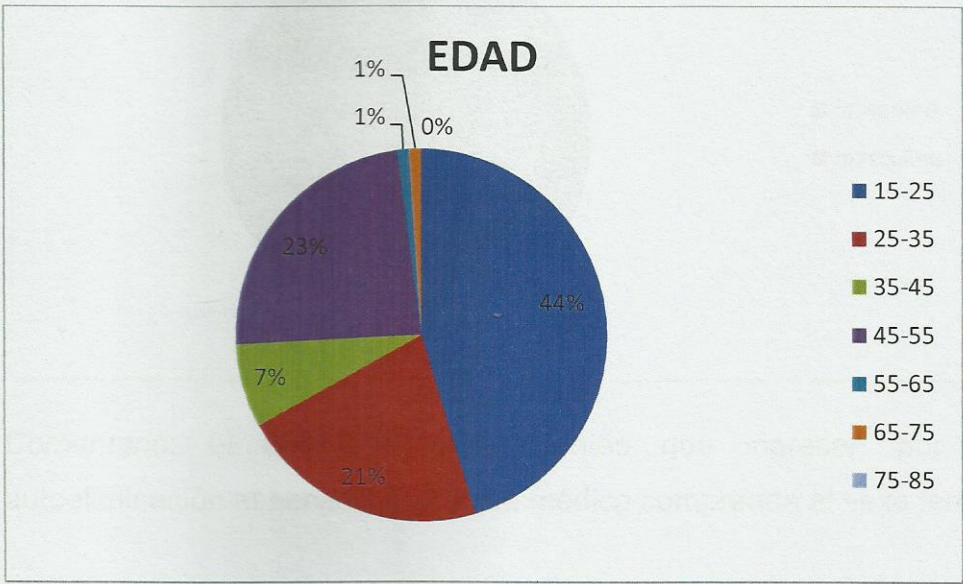
Tabla N° 15- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: edad del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2017.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
edades	Fa	Fr(%)	
15-25		23	44%
25-35		11	21%
35-45		4	7%
45-55		12	23%
55-65		1	1%
65-75		1	1%
75-85		0	0%
TOTAL		52	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N° 15



Comentario: se observa que el 44% de los intentos de autoeliminación representan las edades de 15 a 25 años, seguido del 23% entre las edades de 45 a 55%.

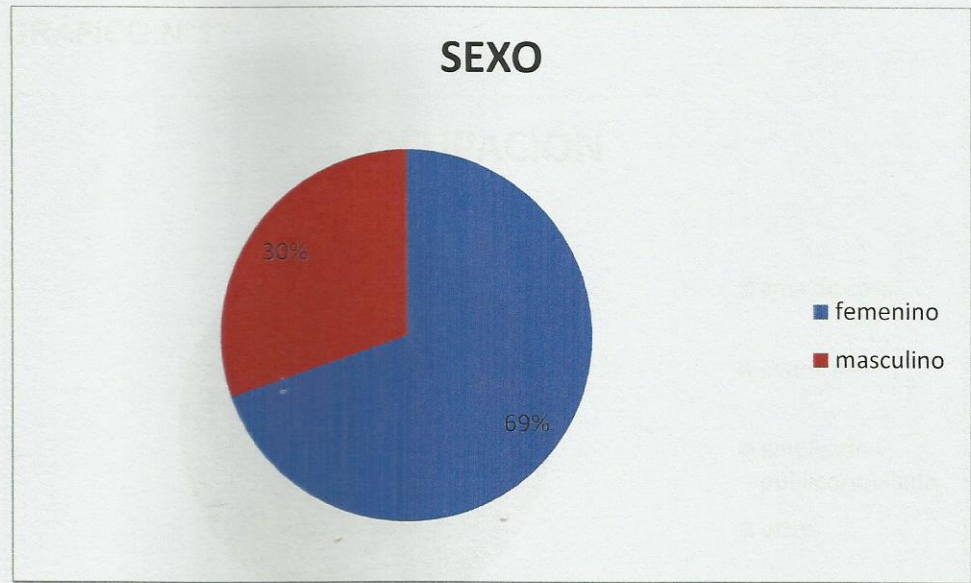
Tabla N° 16-Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: sexo del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2017.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
sexo	Fa	Fr(%)	
femenino		36	69%
masculino		16	30%
TOTAL		52	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°16



Comentario: el 69% de los pacientes que ingresan por intento de autoeliminación al servicio de clínica médica comprende el sexo femenino.

Tabla N°17- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: ocupación laboral del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2017.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
ocupación	Fa	Fr(%)	
ama de casa	10	19	
estudiante	18	34	
empleado público/jubilado	5	9	
otros	19	36	
TOTAL	52	100	

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°17



Comentario: el 36% de los intentos de autoeliminación que ingresan a la clínica médica presentan una situación laboral variada que comprende administrativos, carpintero, albañil, trabajos temporales etc...

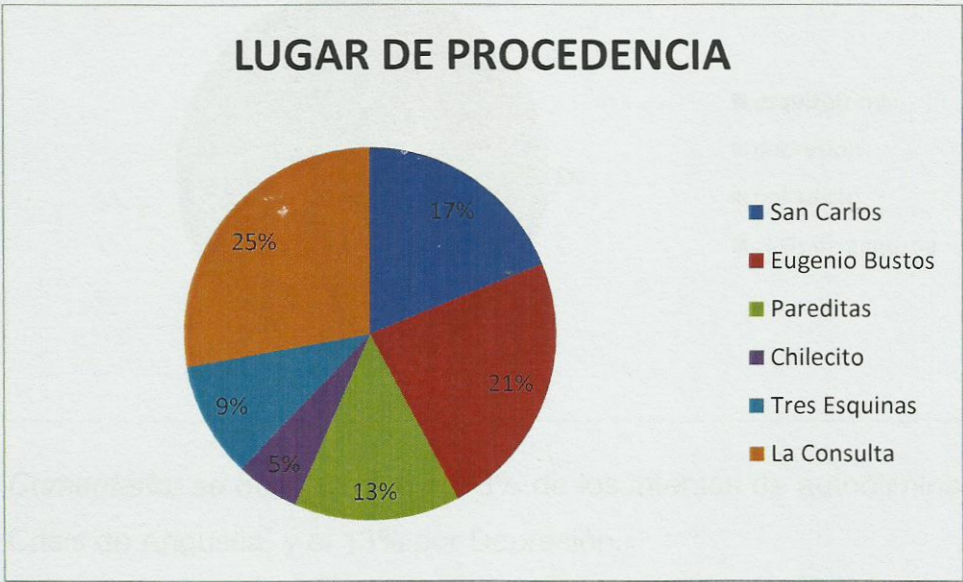
Tabla N°18- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: lugar de procedencia del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2017.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
lugar de procedencia	Fa	Fr(%)	
San Carlos		9	17%
Eugenio Bustos		11	21%
Pareditas		7	13%
Chilecito		3	5%
Tres Esquinas		5	9%
La Consulta		13	25%
Tunuyan		3	5%
San Rafael		1	1%
TOTAL		52	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N° 18



Comentario: el 25% de los intentos de suicidio que ingresan a la clínica médica son oriundos de La Consulta, seguido de Eugenio Bustos con el 21%.

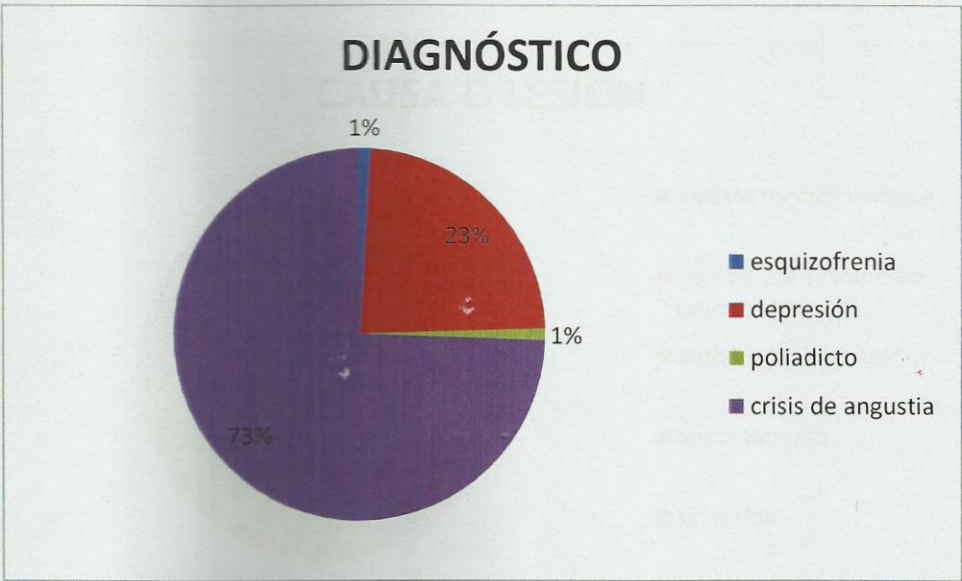
Tabla N°19- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: diagnóstico del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2017.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
diagnósticos	Fa	Fr(%)	
esquizofrenia		1	1%
depresión		12	23%
poliadicto		1	1%
crisis de angustia		38	73%
TOTAL		52	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°19



Comentario: se observa que el 73% de los intentos de autoeliminación son por Crisis de Angustia, y el 13% por Depresión.

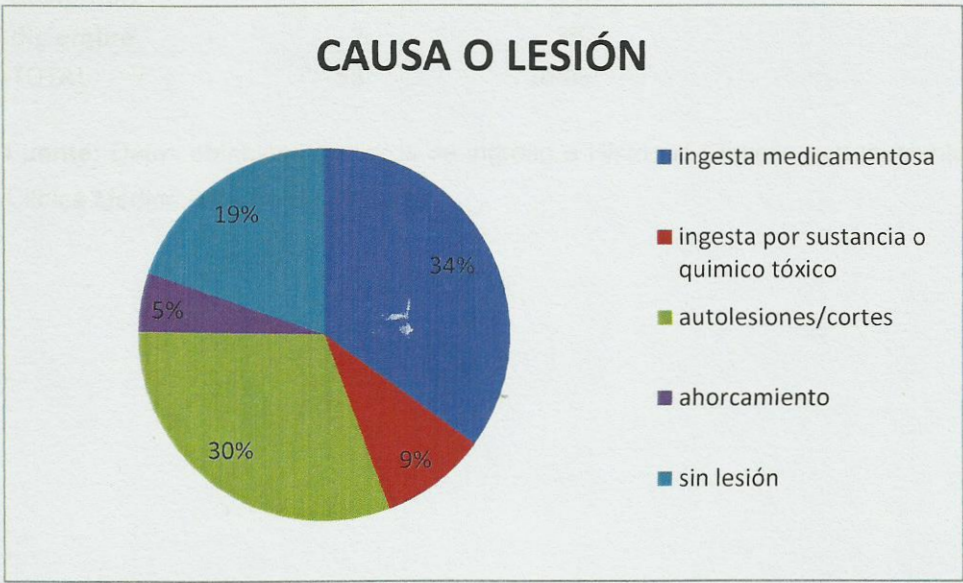
Tabla N°20- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: causa o lesión del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2017.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE		
CAUSA	Fa	Fr(%)
ingesta medicamentosa	18	34%
ingesta por sustancia o quimico tóxico	5	9%
autolesiones/cortes	16	30%
ahorcamiento	3	5%
sin lesión	10	19%
TOTAL	52	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°20



Comentario: se observa que el 34% de los intentos de autoeliminación se dan por ingesta medicamentosa seguido de las autolesiones, de los pacientes que ingresan al servicio de clínica médica.

Tabla N°21- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: mes de incidencia relevante, en cuanto al ingreso de pacientes con intentos de autoeliminación, correspondiente al año 2017 en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
mes	Fa	Fr(%)	
enero		2	3%
febrero		3	5%
marzo		8	15%
abril		5	9%
mayo		9	17%
junio		3	5%
julio		5	9%
agosto		5	9%
septiembre		4	7%
octubre		4	7%
noviembre		2	3%
diciembre		2	3%
TOTAL		52	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N° 21



Comentario: se observa que la mayor incidencia de intentos de autoeliminación durante el año 2017 fue en mayo con el 17%, seguido del mes de marzo con el 15%.

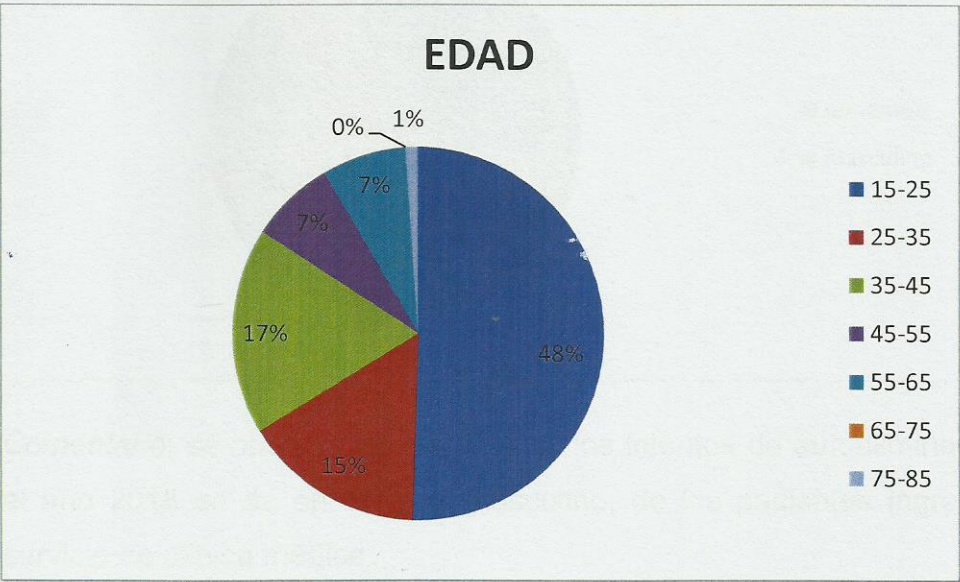
Tabla N°22- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: edad del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2018

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
edad	Fa	Fr(%)	
15-25		19	48%
25-35		6	15%
35-45		7	17%
45-55		3	7%
55-65		3	7%
65-75		0	0%
75-85		1	1%
TOTAL		39	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°22



Comentario: se observa que el 48% de los intentos de autoeliminación que ingresa a la clínica médica durante el año 2018 se dan entre 15 a 25 años, etapa de adolescencia.

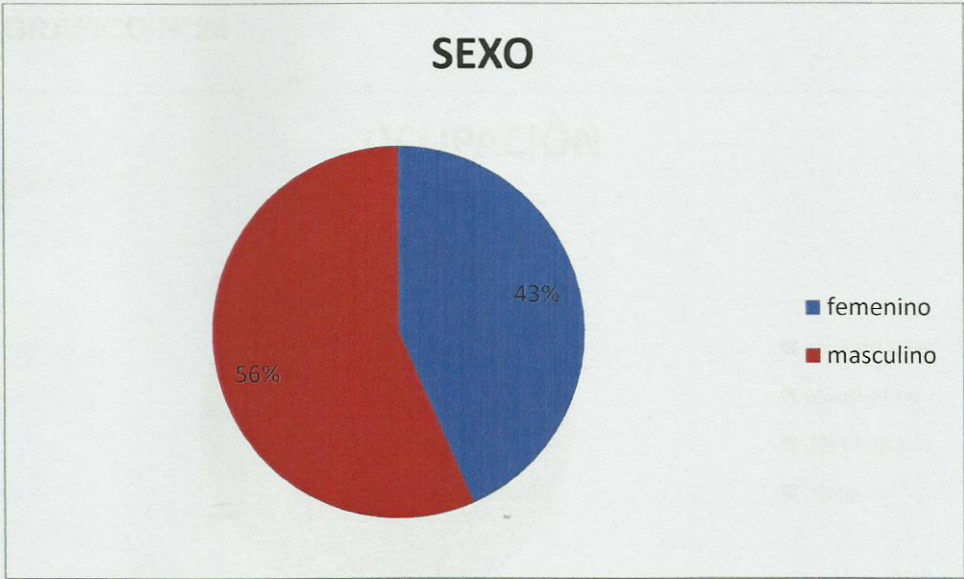
Tabla N°23- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: sexo del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2018.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
sexo	Fa	Fr(%)	
femenino	17	43%	
masculino	22	56%	
TOTAL	39	100%	

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°23



Comentario: se observa que el 56% de los intentos de autoeliminación durante el año 2018 se da en el sexo masculino, de los pacientes ingresados en el servicio de clínica médica.

Tabla N°24- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: ocupación laboral del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2018.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
ocupación	Fa	Fr(%)	
ama de casa		8	20%
estudiante		18	46%
desocupado		8	20%
otros		5	12%
TOTAL		39	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°24



Comentario: se observa que el 46% de los intentos de autoeliminación son estudiantes.

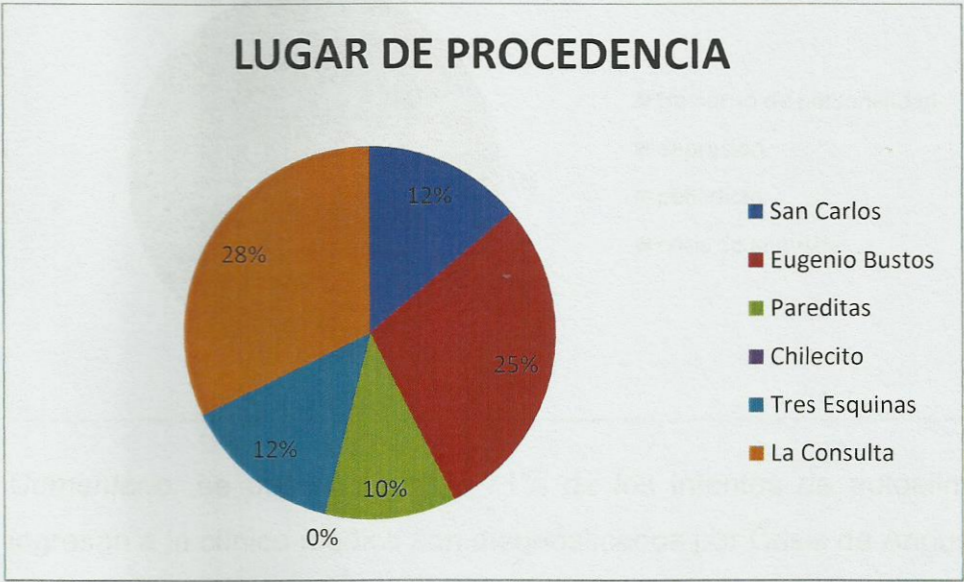
Tabla N°25- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: lugar de procedencia del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2018.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
lugar de procedencia	Fa	Fr(%)	
San Carlos		5	12%
Eugenio Bustos		10	25%
Pareditas		4	10%
Chilecito		0	0%
Tres Esquinas		5	12%
La Consulta		11	28%
Tunuyan		3	7%
Maipú		1	1%
TOTAL		39	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°25



Comentario: se observa que el 28% de los intentos de autoeliminación que ingresan a la clínica médica son oriundos de La Consulta.

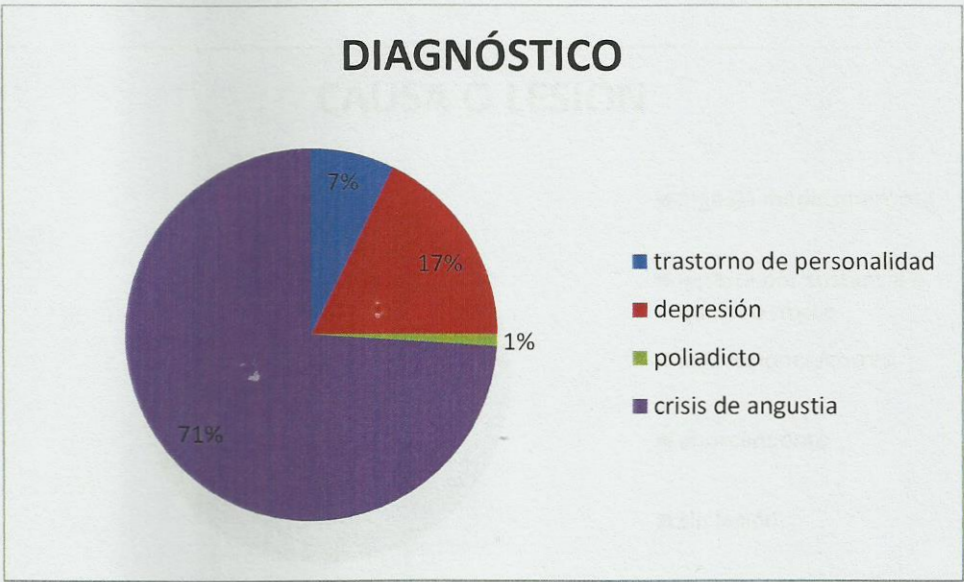
Tabla N° 26- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: diagnóstico del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2018.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
diagnósticos	Fa	Fr(%)	
trastorno de personalidad		3	7%
depresión		7	17%
poliadicto		1	1%
crisis de angustia		28	71%
TOTAL		39	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°26



Comentario: se observa que el 71% de los intentos de autoeliminación que ingresan a la clínica médica son diagnosticados por Crisis de Angustia.

Tabla N° 27- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: causa o lesión del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli. Año 2018.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
CAUSA	Fa	Fr(%)	
ingesta medicamentosa	22	56%	
ingesta por sustancia o químico tóxico	2	5%	
autolesiones/cortes	11	28%	
ahorcamiento	1	1%	
sin lesión	3	7%	
TOTAL	39	100%	

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°27



Comentario: se observa que el 56% de los intentos de autoeliminación que ingresan a la clínica médica son a causa de ingesta medicamentosa.

Tabla N° 28- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: mes de incidencia relevante, en cuanto al ingreso de pacientes con intentos de autoeliminación, correspondiente al año 2018 en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
mes	Fa		Fr(%)
enero	4		10%
febrero	0		0%
marzo	8		20%
abril	4		10%
mayo	4		10%
junio	1		1%
julio	4		10%
agosto	2		5%
septiembre	3		7%
octubre	3		7%
noviembre	4		10%
diciembre	2		5%
TOTAL	39		100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°28



Comentario: se observa que la mayor incidencia de intento de autoeliminación en el año 2018 fue en marzo con el 20 %.

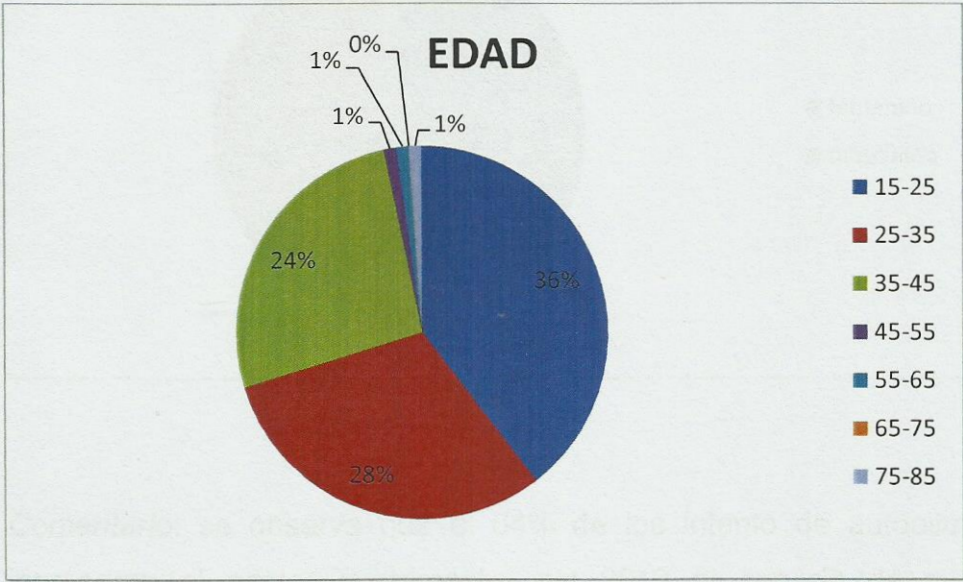
Tabla N° 29- Intento de autoeliminación

Definición de la variable: edad del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli. Primer cuatrimestre del año 2019.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
edades	Fa	Fr(%)	
15-25		9	36%
25-35		7	28%
35-45		6	24%
45-55		1	1%
55-65		1	1%
65-75		0	0%
75-85		1	1%
TOTAL		25	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°29



Comentario: se observa que el 36% de los intentos de suicidio durante el primer cuatrimestre del 2019, se dieron entre las edades de 15 a 25 años.

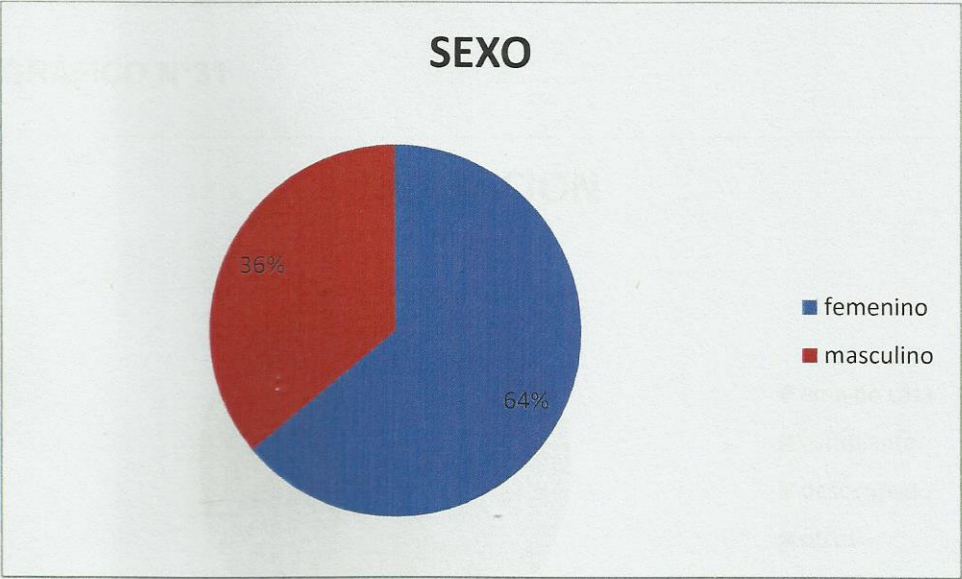
Tabla N°30- Intento de autoeliminación

Definición de la variable: sexo del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli. Primer cuatrimestre del año 2019.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
sexo	Fa	Fr(%)	
femenino		16	64%
masculino		9	36%
TOTAL		25	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°30



Comentario: se observa que el 64% de los intento de autoeliminación que ingresaron el primer cuatrimestre del 2019 al servicio de clínica médica corresponde al sexo femenino.

Tabla N°31- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: ocupación del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli. Primer cuatrimestre del año 2019.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
ocupación	Fa	Fr(%)	
ama de casa		12	48%
estudiante		6	24%
desocupado		4	16%
otros		3	12%
TOTAL		25	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°31



Comentario: se observa que el 48% de los intentos de autoeliminación durante el primer cuatrimestre del año 2019, representa, en ocupación, a las ama de casa.

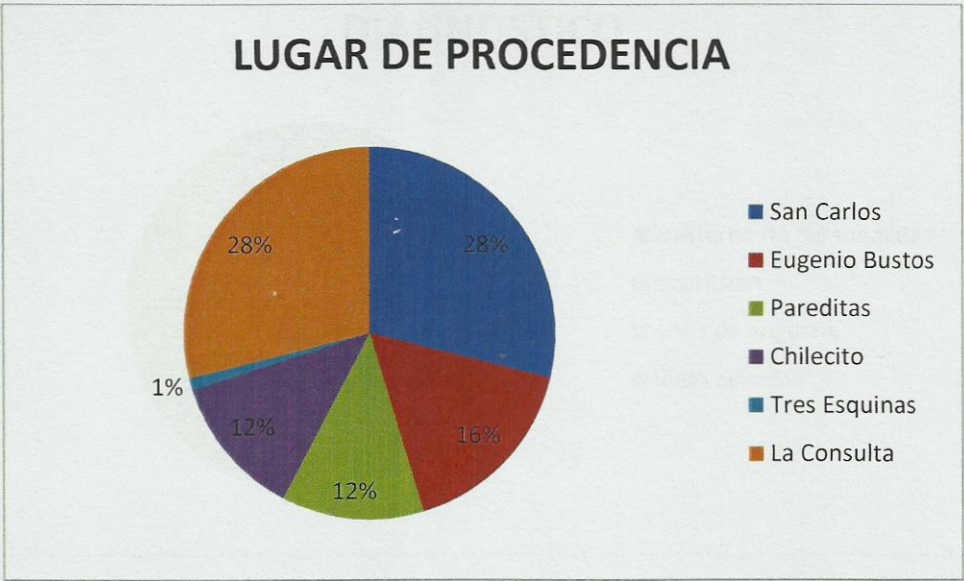
Tabla N°32- Intento de autoeliminación

Definición de la variable: lugar de procedencia del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino. Primer cuatrimestre del 2019.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
lugar de procedencia	Fa	Fr(%)	
San Carlos		7	28%
Eugenio Bustos		4	16%
Pareditas		3	12%
Chilecito		3	12%
Tres Esquinas		1	1%
La Consulta		7	28%
TOTAL		25	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°32



Comentario: se observa que el 28% de los intentos de suicidio durante el primer cuatrimestre del año 2019 son oriundos de San Carlos y La Consulta.

Tabla N°33- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: diagnóstico del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli. Primer cuatrimestre del año 2019.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
diagnósticos	Fa	Fr(%)	
trastorno de personalidad		3	12%
depresión		5	20%
crisis de angustia		15	60%
ideas suicidas		2	8%
TOTAL		25	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°33



Comentario: se observa que el 60% de los intentos de autoeliminación durante el primer cuatrimestre del año 2019, son diagnosticados con crisis de angustia.

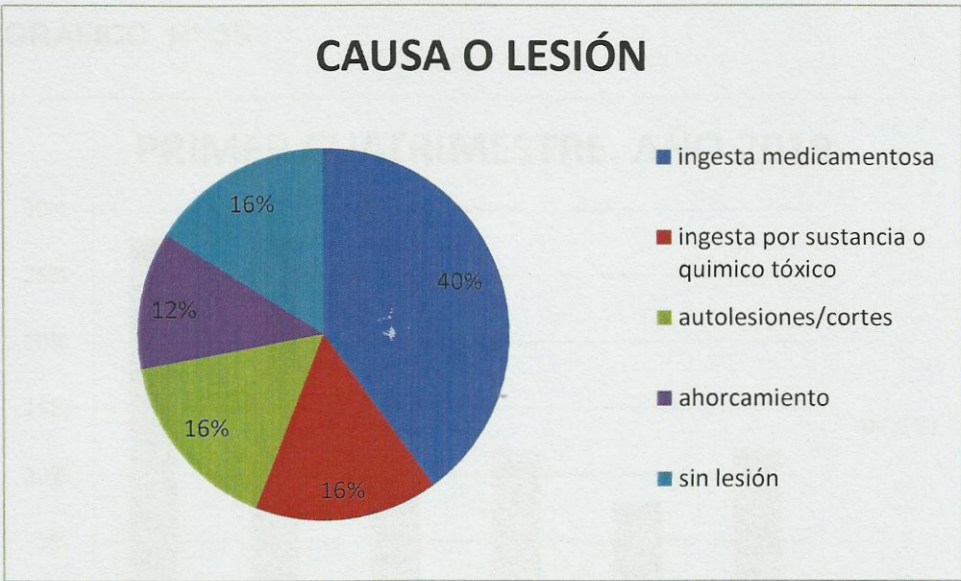
Tabla N° 34- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: causa o lesión del paciente que ingresa al Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli. Primer cuatrimestre dl año 2019.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
CAUSA	Fa	Fr(%)	
ingesta medicamentosa	10	40%	
ingesta por sustancia o quimico tóxico	4	16%	
autolesiones/cortes	4	16%	
ahorcamiento	3	12%	
sin lesión	4	16%	
TOTAL	25	100%	

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N°34



Comentario: se observa que el 40% de los intentos de autoeliminación que ingresaron a la clínica médica durante el primer cuatrimestre, la causa o lesión es por la ingesta medicamentosa.

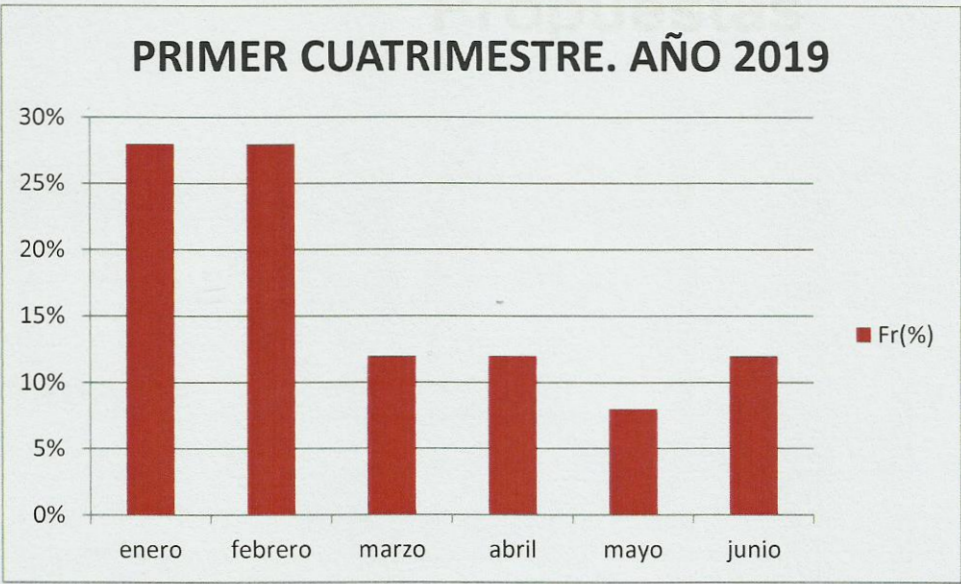
Tabla N° 35- Intento de autoeliminación.

Definición de la variable: mes de incidencia más relevante en cuanto al ingreso de pacientes con intento de autoeliminación, correspondiente al año 2019 en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Victorino Tagarelli.

TABLA DE FRECUENCIA DE ENTRADA SIMPLE			
mes	Fa	Fr(%)	
enero		7	28%
febrero		7	28%
marzo		3	12%
abril		3	12%
mayo		2	8%
junio		3	12%
TOTAL		25	100%

Fuente: Datos obtenidos de libros de ingreso e Historias Clínicas perteneciente al servicio de Clínica Médica del Hospital Tagarelli.

GRÁFICO N° 35



Comentario: se observa que durante el primer cuatrimestre del año 2019 la incidencia mayor por intentos de autoeliminación fue durante los meses de enero y febrero.

CAPÍTULO III

Resultados, Discusión y Propuestas

RESULTADOS

En la presente investigación se tuvo como primer objetivo comparar datos estadísticos de ingresos de pacientes con intento de autoeliminación entre los años 2015 y 2018. Las dimensiones a tener en cuenta por cada año son la edad, sexo, ocupación, lugar de procedencia, diagnóstico, causa o lesión, por lo consiguiente:

Se analiza que en el año 2015 la incidencia de ingreso al servicio de Clínica Médica por intento de autoeliminación fue en el mes de enero con un 15%, seguido del mes de junio con el 12%. En el mismo año se aprecia que los pacientes con edades comprendidas entre los 35 y 45 años son los de mayor ingreso con un 28%, el sexo que más prevalece es el femenino con un 65% y en un total del 100%, el 28% de los ingresos son amas de casa y el 41% representa otras ocupaciones, con respecto al domicilio el 45% son de Villa Cabecera San Carlos y con el 72% de diagnóstico por depresión; la causa de ingreso con más incidencia se da por ingesta medicamentosa, representada con el 38%.

En el año 2016 la incidencia de ingreso al servicio de clínica Médica por intento de autoeliminación fue en el mes de marzo con el 17%. Ese mismo año se aprecia que las personas con edades comprendidas entre los 15 y 25 años son los de mayor ingreso con el 31%, el sexo femenino prevalece con el 68% y en un total del 100% de los pacientes; el 39% son amas de casas, con respecto al domicilio el 41% son de Villa Cabecera San Carlos, seguido del Distrito de Eugenio Bustos con el 17%. El diagnóstico de incidencia son las crisis de angustias representadas con el 47% donde la causa o lesión sigue siendo la ingesta medicamentosa con el 41%.

En el año 2017 la incidencia de ingreso al servicio de Clínica Médica por intento de autoeliminación fue en el mes de mayo con el 17%, seguido del mes de marzo con el 15%. En ese año se analiza que las personas con edades comprendidas entre los 15 y 25 años son las de mayor ingreso con el 25%, el sexo que prevalece sigue siendo el femenino con un alto porcentaje del 69%, la

ocupación está representada con el 36% y corresponde a situaciones laborales variables como, administrativas, carpintería, albañilería entre otras. El lugar de procedencia de mayor ingreso son los oriundos de la ciudad de La Consulta con el 25%, seguido del Distrito de Eugenio Bustos con el 21%, con respecto al diagnóstico el de mayor frecuencia son las crisis de angustias representadas con el 73% seguido de la depresión con el 13%. La causa o lesión de mayor incidencia sigue siendo la ingesta medicamentosa con el 34% seguido de las autolesiones con el 30%.

En el año 2018 la incidencia de ingreso al servicio de Clínica Médica por intento de autoeliminación fue en el mes de marzo con el 20%. En el mismo año las personas que comprenden las edades entre 15 y 25 años son las de mayor ingreso con el 48%, pero en este año se puede apreciar que el sexo que prevalece es el masculino con el 56%, representando el 46% a estudiantes como ocupación; el lugar de procedencia son los oriundos de la ciudad de La Consulta con el 28 %. Las crisis de angustias son los diagnósticos de mayor ingreso con el 71% siendo la causa o lesión de ingreso la ingesta medicamentosa con el 56%.

Para finalizar, se tomará el primer cuatrimestre del año 2019, donde se puede observar que la mayor incidencia de ingreso al servicio de Clínica Médica por intento de autoeliminación fue en el mes de enero y febrero con el 27,5%, el mayor ingreso se da en las personas con edades comprendidas entre los 15 y 25 años de sexo femenino con el 64%, el 48% representa a amas de casas oriundas de la Villa Cabecera San Carlos y de la Ciudad de La Consulta con el 28%. A su momento el diagnóstico de mayor ingreso son las crisis de angustias con el 60% cuya causa o lesión siguen siendo la ingesta medicamentosa con el 40%.

DISCUSIÓN

Los autores que se han tomado para realizar el siguiente trabajo, describen varios motivos que pueden conducir al suicidio y entre ellos, es la forma de llamar la atención en busca de ayuda ante una situación que el sujeto considera como desesperada o también una conducta de huida, una suerte de vía de escape ante situaciones estresantes u opresivas.

El trabajo elaborado ha permitido reconocer que los adolescentes entre 15 y 29 años son la población que más intentos de suicidio ha sufrido, conociendo que la adolescencia es una etapa de la vida donde los cambios, tanto físicos como psíquicos son bruscos y repentinos, cuando el joven manifiesta situaciones de autoeliminación, por lo general es consecuencia de un sufrimiento psíquico y desesperación derivado de múltiples causas como psicológicas, sociales, familiares, económicas entre otras, cuando el joven no logra resolución de situaciones opresivas y cae en un abismo aparece la desmotivación y el pedido de ayuda para aliviar su dolor o sufrimiento; y se puede apreciar que una de las causas del intento de suicidio en esta población son las autolesiones o las ingestas medicamentosas que en un primer intento pueden ser leves pero si no son captadas a tiempo pueden conducir a mayores y llevar a consumir el suicidio.

La contención y el acompañamiento por parte de la persona responsable o a cargo del adolescente es un pilar fundamental para que el joven pueda seguir adelante afrontando determinada situación.

PROPUESTAS

Como mencionamos, la adolescencia es una época de cambios donde los jóvenes comienzan a buscar su autonomía y a formar una identidad distinta a la que tenían en su infancia, se alejan un poco de los padres y buscan aprobación en el círculo de amistad y eso lo puede llevar a tomar decisiones o conductas riesgosas. Los amigos, la familia y la escuela son los ejes del joven y cuando uno de estos ejes se ve afectado, el riesgo de una conducta suicida aumenta.

Por lo tanto, se propone trabajar sobre los ejes que afectan principalmente a un adolescente. En la escuela se pueden brindar charlas informativas sobre las alarma de idea suicida y acabar con los mitos, estigmas y la culpa para facilitar que las personas con ideaciones suicidas pidan ayuda, el enfermero comunitario cumpliría un rol importante en salir a detectar casos en la comunidad, articular con la escuela y las familias, y brindar el apoyo y asesoramiento para que ese joven reciba la atención que necesita. Se considera de suma importancia el rol del docente como observador de actitudes en el adolescente e informar al equipo pedagógico del colegio para fortalecer una red de contención y escucha activa sin juzgar y sin pretender imponer su punto de vista, a partir de ahí conectar con la institución de salud más cercana y la familia del adolescente.

Desde lo Hospitalario, contar con un equipo de Salud Mental para adolescentes, psicóloga, psiquiatra y una asistente terapéutica que acompañe en todo momento a la familia y el joven. De esta manera se puede ir desarrollando un modelo de Salud Pública para prevenir el suicidio:

1 – VIGILANCIA Detectar el problema	2 - IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES Determinar la causa del comportamiento y cómo lo afecta
3 – EJECUCIÓN Cómo abordarlo	4 - DESARROLLAR Y EVALUAR LAS INTERVENCIONES Diseñar, ejecutar y evaluar las intervenciones para determinar lo que funciona

Si el adolescente requiere internación para control, tratamiento y vigilancia, el enfermero que lo reciba en el servicio deberá mantener una postura de empatía para brindar a la familia seguridad y tranquilidad. Por ello se proponen capacitaciones en el equipo de enfermería para abordar pacientes con ideas suicidas, no solo en tratamiento sino también en atención y escucha activa. El enfermero que recibe el intento de suicidio en un servicio de emergencia deberá tratar el problema desde lo asistencial pero no olvidarse de la anamnesis, de preguntar, de poder determinar la causa, para bajar nuestro potencial de adrenalina ante la emergencia y volvernos contenedores y guardar la privacidad del joven y su familia.

Para concluir, se debe perseguir planes nacionales de prevención al suicida, continuar y activar el número telefónico para la ayuda suicida y que detrás haya gente capacitada para detectar y derivar. El trabajo con los medios masivos de comunicación para informar, para activar el “efecto llamada” y así hablar de ello y como mencionamos anteriormente, romper con estigmas y culpas. Desde los municipios fomentar actividades recreativas que ayuden a liberar la mente como el deporte, el baile, el arte. La OMS asegura que el suicidio es un problema de salud pública prevenible si se realizan intervenciones oportunas y con abordaje multifactorial, multisectorial e integral.

BIBLIOTECARIA GENERAL

Alfonso, Juan Carlos. (2005). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2006). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2007). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2008). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2009). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2010). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2011). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2012). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2013). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2014). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

APÉNDICE Y ANEXOS

Alfonso, Juan Carlos. (2015). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2016). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2017). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2018). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2019). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2020). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2021). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2022). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2023). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

Alfonso, Juan Carlos. (2024). *La familia en el siglo XXI*. Bogotá: Editorial del Pacífico.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- *Informe de investigación personal, Lara, Viviana María, Licenciada en enfermería y Docente de la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Córdoba. 2010.
- Guillermo Augusto Ceballos Ospino, Yuli Paola Suarez Colorado. El Suicidio. Primera Edición. Enero 2013.Colombia. Editorial de la Universidad del Magdalena 2013. Disponible en: biblioteca@inumagdalena.edu.com.
- Fernando Quitanar. Comportamiento Suicida: Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. Primera Edición. México. Editorial Pax México, Librería Carlos Cesarman, S.A. 2007.Disponible: editorialpax@editorialpax.com.
- Durkheim, E 2008. El Suicidio. Ediciones Akal S.A. Introducción I, pág.5-7.
- HYMAN, S (1996). Paciente Suicida. Manual de Urgencias Psiquiátricas. Tercera Edición MASSON-Little, Brown S.A. pág. 23-29. España. Barcelona.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Decreto Reglamentario 603/2013. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina.
- Genoveva Granados Gómez, Miguel Sánchez Bujaldón. Enfermería en Salud Mental. Madrid. Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A. pág. 8.5-112.
- Varengo, J (2016). Ideación Suicida en Adolescentes. (Bachelor's thesis).
- Borges, G, Orozco, R, Benjet, C, & Medicina-Mora, M.E (2010). Suicidio y Conductas Suicidas en México: Retrospectivas y Situación Actual. Salud Pública de México, 2010. Vol. 52, pág. 292-304.

MODELO DE NOTA A LA JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

MENDOZA, junio de 2021

Sra. Jefa Departamento de Enfermería

Hospital Dr. Victorino TAGARELLI

Lic. Belén LUFFI

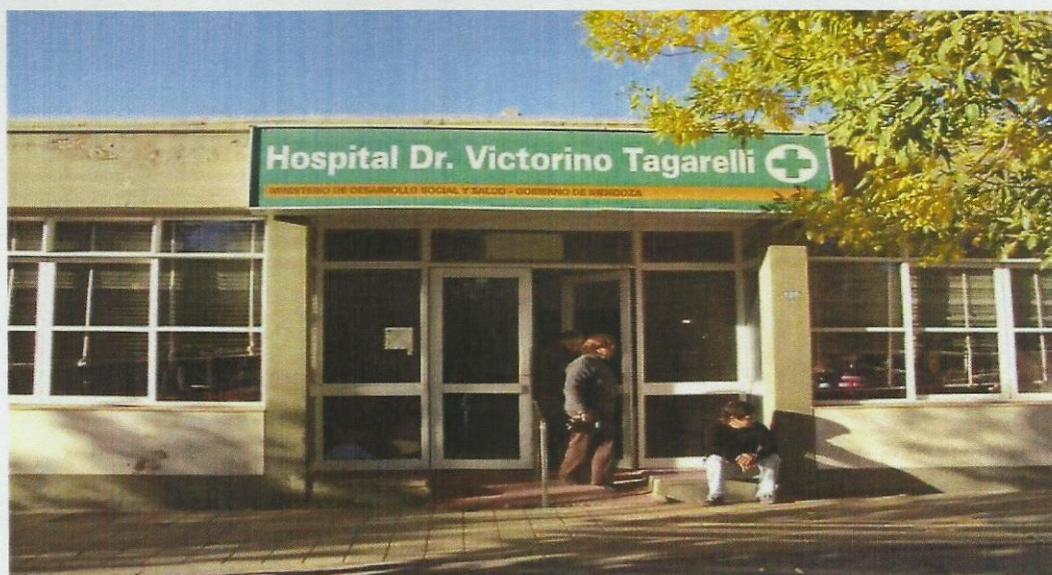
S._____ / _____D.

Me dirijo a usted, y por su intermedio a la Dirección del Hospital, para solicitar autorización de acceso a los libros de Registros de pacientes con Intentos de Suicidio, del Servicio de Guardia; como así también se me permita consultar las Historias Clínicas de los pacientes que ingresan al Servicio de Clínica Médica, el objeto de esta solicitud es que estos datos aportarían información necesaria para la elaboración de mi **Trabajo Final de Tesis**, dado que soy alumna de 5to.año de la Licenciatura en Enfermería – FCM - UNCuyo, los datos obtenidos son únicamente con fines académicos

A la espera de una respuesta favorable. Saludo a usted muy cordialmente.

Mariela CORONEL

Enf. - Servicio de Guardia



NOTA: Hospital Dr. Victorino Tagarelli viejo.



NOTA: Hospital Dr. Victorino Tagarelli nuevo.



NOTA: 10 de septiembre: Día Mundial de Prevención del Suicidio. Lo representa el color naranja.

LÍNEA TELEFÓNICA GRATUITA MENDOZA

MENDOZA GOBIERNO

ORIENTACIÓN EN SALUD MENTAL

(148)

OPCIÓN N° 0

TODOS LOS DÍAS DE 8 A 20 HS

Si hay riesgo de vida LLAMÁ INMEDIATAMENTE AL 911.

El 148 opción 0 (cero) te contacta con una especialista de salud mental para *acompañarte y orientarte en momentos difíciles.*
Podés consultar por vos o para ayudar o otra persona.

- Esta línea no gestiona turnos de salud mental ni emite certificados-

NOTA: Línea gratuita para prevención al suicidio, en Mendoza.

TABLA MATRIZ

servicio de clinica medica- hospital tagarelli- eugenio bustos

ingresos de pacientes con intento de autoeliminación- año 2015

numero	edad	sexo	ocupacion	lugar de proc.	Dx presunt.	Dx definitivo	lesiones	tto	fallecidos	mes de ingreso	derivado/fugado
1	45 f		ama de casa	SC	intento s	depresión	medic.	si		enero	no
2	40 f		ama de casa	sc	intento s	depresión	medic.	si		enero	no
3	35 f		ama de casa	sc	trastorno p	trastorno p	no	si		enero	fugada
4	55 f		ama de casa	sc	angustia	depresión	no	no		enero	no
5	50 m		carpintero	eb	ansiedad	trastorno p	no	si		enero	no
6	65 f		ama de casa	paredita	depresion	depresión	no	si		enero	no
7	40 m		albañil	chilecito	angustia	depresión	medic.	si		enero	no
8	59 f		ama de casa	lc	intento s	depresión	medic.	si		enero	no
9	78 f		ama de casa	tunuyan	intento s	depresión	ingesta carb	si		enero	no
10	19 m		albañil	lc	ingesta sust	poliadicto	no	si		enero	no
11	58 f		ama de casa	eb	intento s	depresión	medic.	si		enero	no
12	29 m		trabajo viña	casa viejas	angustia	depresión	no	si		febrero	no
13	35 m		changanin	sc	intento s	depresión	cortes en brazc	no		febrero	no
14	26 m		desocupado	tunuyan	intento s	trastorno p	her. arma bla	no		febrero	fugado/derivado
15	71 f		ama de casa	sc	ansiedad	depresión	no	si		marzo	no
16	24 m		plomero	lc	intento s	angustia	ingesta alcohol	si		marzo	no
17	28 f		desocupado	vistaflores	psicosis	psicosis	cortes en brazc	si		marzo	si
18	59 f		ama de casa	tres esqu	intento s	angustia	medic.	si		marzo	no
19	38 f		desocupado	eb	idea suicida	s° crisisy angus	no	si		marzo	no
20	70 f		ama de casa	lc	idea suicida	s° depresivo	no	si		marzo	no
21	34 m		changanin	sc	ansiedad	depresión	no	si		abril	no
22	15 m		desocupado	tres esqu	intento s	depresión	medic.	si		abril	si centro infanto juvenil
23	54 m		desocupado	sc	trast psicotic	tras psicotico	no	si		abril	si
24	18 m		desocupado	lc	autismo	psicosis	autolesiones	si		abril	si
25	45 m		desocupado	sc	idea suicida	depresión	medic.	si		abril	no
26	39 f		ama de casa	tres esqu	intento s	depresión	medic.	si		abril	no
27	18 f		estudiante	tunuyan	angustia	depresión	ahorcamient	si		mayo	no

28	56 m	encargado	fin tres esqu	angustia	depresión	medic.	si	junio	no
29	39 f	trabajo	viña sc	intento s	depresión	ingesta herb	si	junio	no
30	16 m	estudiante	lc	intento s	depresión	ingesta químico	si	junio	no
31	39 f	administrativ	lc	crisis pánico	depresión	no	si	junio	no
32	47 f	otros	tres esqu	intento s	depresión	medic.	si	junio	no
33	48 f	ama de casa	chilecito	intento s	psicosis	medic.	si	junio	no
34	39 f	ama de casa	sc	angustia	angustia	medic.	si	junio	no
35	54 f	otros	sc	intento s	depresión	medic.	si	junio	no
36	43 f	otros	sc	intento s	depresión	ahorcamient	si	junio	no
37	48 f	otros	chilecito	alucinaciones	psicosis	autolesiones	si	julio	no
38	48 f	otros	sc	alucinaciones	psicosis	autolesiones	si	julio	si
39	37 f	otros	sc	intento s	depresión	medic.	si	julio	no
40	36 f	estudiante	eb	intento s	depresión	medic.	si	julio	no
41	39 f	ama de casa	eb	idea suicida	depresión	no	si	julio	no
42	58 f	ama de casa	chacon	idea suicida	depresión	medic.	si	julio	no
43	18 f	estudiante	sc	intento s	depresión	ahorcamient	si	julio	si
44	57 f	otros	lc	intento s	depresión	medic.	si	agosto	no
45	29 m	otros	sc	intento s	depresión	ingesta químico	si	agosto	no
46	36 m	otros	chilecito	intento s	depresión	medic.	si	agosto	no
47	47 f	ama de casa	sc	idea suicida	depresión	no	si	agosto	no
48	46 f	otros	lc	idea suicida	depresión	no	si	agosto	no
49	38 m	otros	lc	intento s	depresión	ahorcamient	si	agosto	no
50	60 f	ama de casa	sc	intento s	depresión	medic.	si	agosto	no
51	18 m	estudiante	lc	intento s	depresión	ahorcamient	si	septiembre	no
52	35 f	otros	tunuyan	intento s	depresión	ingesta químico	si	septiembre	no
53	54 f	otros	sc	intento s	depresión	medic.	si	septiembre	no
54	23 f	estudiante	lc	intento s	angustia	cortes en brazo	si	octubre	no
55	38 m	changan	chilecito	intento s	angustia	medic.	si	octubre	no
56	38 f	ama de casa	eb	intento s	depresión	ing.alcoyvene	si	octubre	no
57	19 m	estudiante	sc	intento s	depresión	cortes en brazo	si	octubre	no
58	27 f	otros	tres esqu	intento s	depresión	autolesiones	si	noviembre	no
59	64 f	jubilada	sc	idea suicida	tras.aliment	medic.	si	noviembre	no
60	27 f	ama de casa	SC	intento s	depresión	her. arma bla	si	noviembre	no
61	63 f	otros	SC	intento s	depresión	her. arma bla	si	noviembre	no
62	43 f	otros	SC	intento s	depresión	medic.	si	noviembre	no
63	25 m	carnicero	lc	idea suicida	depresión	no	si	diciembre	no
64	44 m	otros	lc	intento s	depresión	medic y alco	si	diciembre	no
65	18 f	otros	sc	idea suicida	poliadicto	medic.	si	diciembre	si
66	19 m	estudiante	sc	intento s	depresión	ahorcamient	si	diciembre	no
67	54 f	celadora	sc	intento s	depresión	medic.	si	diciembre	no
68	50 m	otros	sc	idea suicida	depresión	no	si	diciembre	no
69	30 f	otros	sc	trastorno p	trastorno p	autolesiones	si	diciembre	si
70	25,00 f	estudiante	sc	intento s	depresión	autolesiones	si	diciembre	no

ingreso de pacientes con intento de autoeliminación-año 2016

1	40 f	ama de casa	sc	intent. S	depresión	medic.	si	enero	no
2	38 f	ama de casa	eb	intent. S	depresión	medic.	si	enero	fugada
3	39 f	otros	calise	idea suicida	depresión	no	si	febrero	no
4	43 f	ama de casa	chilecito	intent. S	crisis p.	autolesiones	si	febrero	si
5	19 m	desocupado	tres esqu.	alucinaciones	psicótico	no	si	febrero	no
6	40 f	ama de casa	sc	intent. S	depresión	medic.	si	febrero	no
7	25 m	chef	lc	intent. S	depresión	medic.	si	marzo	no
8	67 m	jubilado	sc	intent. S	depresión	autolesiones	si	marzo	no
9	23 f	otros	sc	intent. S	angustia	autolesiones	si	marzo	no
10	20 f	ama de casa	eb	intent. S	angustia	her. arma. bl	si	marzo	no
11	36 m	otros	sc	intent. S	depresión	ingest. quim	si	marzo	no
12	16 m	otros	paredita	intent. S	depresión	ahorcamient	si	marzo	no
13	25 m	carpintero	sc	intent. S	depresión	autolesiones	si	marzo	no
14	23 m	militar	eb	intent. S	depresión	ahorcamient	si	marzo	no
15	22 m	desocupado	tres esqu.	idea suicida	oligofrenia	autolesiones	si	marzo	si
16	18 m	estudiante	eb	intent. S	depresión	autolesiones	si	abril	no
17	56 f	ama de casa	sc	idea suicida	depresión	medic.	si	abril	no
18	36 m	municipal	sc	idea suicida	depresión	no	si	mayo	no
19	43 f	ama de casa	tres esqu.	idea suicida	angustia	no	si	mayo	no
20	60 f	ama de casa	eb	idea suicida	angustia	no	si	mayo	no
21	76 f	ama de casa	sc	intent. S	angustia	autolesiones	si	mayo	no
22	16 m	estudiante	sc	intent. S	poliadicto	ingest. quim	si	mayo	si
23	31 f	ama de casa	eb	intent. S	depresión	medic.	si	mayo	no
24	67 f	jubilado	paredita	intent. S	depresión	medic.	si	junio	no
25	49 f	ama de casa	lc	intent. S	depresión	medic.	si	junio	no
26	16 f	estudiante	tres esqu.	intent. S	angustia	medic.	no	junio	no

27	52 f	ama de casa	tres esqu.	intent. S	angustia	medic.	si	junio	no
28	30 f	otros	sc	intent. S	angustia	medic.	no	junio	no
29	15 f	estudiante	lc	idea suicida	angustia	no	si	julio	no
30	21 m	estudiante	sc	intent. S	angustia	medic.	si	julio	no
31	71 f	jubilado	sc	idea suicida	angustia	no	si	julio	no
32	16 f	estudiante	eb	intent. S	angustia	medic.	si	julio	no
33	21 f	estudiante	chilecito	intent. S	angustia	autolesione:	no	agosto	no
34	37 f	ama de casa	sc	intent. S	depresión	medic.	si	agosto	no
35	26 f	azafata	paredita	intent. S	angustia	medic.	no	agosto	no
36	40 f	otros	sc	idea suicida	angustia	no	no	septiembre	no
37	40 f	otros	eb	idea suicida	angustia	no	si	septiembre	fugada
38	56 m	obrero	chilecito	intent. S	angustia	medic.	no	septiembre	no
39	53 f	ama de casa	tres esqu.	intent. S	depresión	autolesione:	si	octubre	no
40	19 f	estudiante	lc	intent. S	angustia	autolesione:	no	octubre	no
41	16 m	estudiante	lc	intent. S	angustia	autolesione:	no	octubre	si
42	55 f	ama de casa	paredita	intent. S	angustia	medic.	no	octubre	no
43	61 f	ama de casa	sc	intent. S	angustia	medyaule	si	octubre	no
44	68 f	jubilado	lc	intent. S	depresión	medic.	si	noviembre	no
45	45 f	ama de casa	sc	idea suicida	depresión	no	si	noviembre	no
46	17 f	otros	sc	intent. S	panico	ingesta sust.	si	noviembre	no
47	62 f	ama de casa	casaviejas	idea suicida	depresión	no	si	diciembre	no
48	29 m	otros	eb	intent. S	angustia	medic.	no	diciembre	no
49	44 f	ama de casa	lc	intent. S	angustia	medic.	si	diciembre	no
50	53 f	ama de casa	sc	intent. S	depresión	medic.	si	diciembre	no
51	59 m	obrero	casaviejas	intent. S	angustia	ingestaquim	no	diciembre	no

ingreso de intentos de suicidio- año 2017

1	45 m	otros	eb	intent.s	angustia	autolesione: no		enero	no
2	55 m	comerciante	paredita	intent.s	angustia	medic. no		enero	no
3	44 f	celadora	lc	intent.s	angustia	medic. si		febrero	no
4	23 f	estudiante	chilecito	intent.s	angustia	medic. si		febrero	no
5	17 f	estudiante	eb	intent.s	angustia	medic. no		febrero	no
6	36 f	empl.public:	paredita	intent.s	angustia	ingesta alcoh: si		marzo	no
7	17 f	estudiante	paredita	intent.s	angustia	medic. si		marzo	no
8	32 m	otros	lc	intent.s	angustia	ahorcamient no		marzo	no
9	23 m	changarin	tunuyan	intent.s	angustia	her.cotantes si		marzo	no
10	25 m	estudiante	eb	idea.s	angustia	no no		marzo	no
11	46 f	ama de casa	paredita	intent.s	depresion	medic. si		marzo	no
12	15 m	estudiante	eb	idea.s	angustia	no si		marzo	no
13	15 f	estudiante	paredita	idea.s	angustia	her.cotantes si		marzo	no
14	23 f	otros	sc	intent.s	angustia	medic. no		abril	no
15	45 f	empl.public:	lc	intent.s	crisis angus.	medic. si		abril	no
16	20 f	ama de casa	lc	idea.s	angustia	no no		abril	no
17	73 m	jubilado	chilecito	intent.s	depresion	ingestaquim no		abril	no
18	22 m	otros	tunuyan	intent.s	policonsumo	ahorcamient si		abril	no
19	31 m	changarin	eb	intent.s	angustia	ingesta alcoh no		mayo	no
20	54 f	ama de casa	tres esqu.	intent.s	depresion	autolesione: si		mayo	no
21	32 m	otros	san rafael	intent.s	esquizofrenia	autolesione: si		mayo	no
22	20 f	ama de casa	lc	idea.s	depresion	no si		mayo	no
23	17 f	estudiante	sc	intent.s	angustia	medic. no		mayo	no
24	18 m	otros	sc	intent.s	depresion	ingestaquim no		mayo	si
25	16 f	estudiante	eb	intent.s	angustia	her.cotantes no		mayo	no
26	18 m	estudiante	lc	intent.s	angustia	ingestasust. no		mayo	no

27	26 f	estudiante	tres esqu.	idea.s	angustia	no	no	mayo	no
28	15 f	otros	tres esqu.	idea.s	angustia	no	no	junio	no
29	54 f	administrativ	eb	intent.s	depresion	medic.	si	junio	no
30	26 f	otros	tres esqu.	idea.s	angustia	no	no	junio	no
31	26 m	maquinista	tres esqu.	intent.s	angustia	medic.	no	julio	no
32	47 f	docente	sc	intent.s	angustia	medic.	no	julio	no
33	15 f	estudiante	eb	intent.s	angustia	autolesiones	no	julio	no
34	16 f	estudiante	lc	intent.s	angustia	autolesiones	no	julio	no
35	25 f	estudiante	tunuyan	intent.s	angustia	ahorcamient	no	julio	no
36	48 m	otros	lc	intent.s	angustia	medic.	si	agosto	no
37	29 m	otros	sc	intent.s	ansiedad	no		agosto	
38	16 f	estudiante	sc	intent.s	angustia	medic.		agosto	
39	47 f	ama de casa	eb	intent.s	depresion	medic.		agosto	
40	25 f	otros	sc	intent.s	depresion	autolesiones		agosto	
41	42 f	ama de casa	lc	intent.s	depresion	autolesiones		septiembre	
42	33 m	otros	sc	intent.s	depresion	medic.		septiembre	
43	17 f	estudiante	eb	intent.s	angustia	autolesiones		septiembre	
44	27 f	otros	lc	intent.s	angustia	autolesiones		septiembre	
45	50 f	ama de casa	paredita	intent.s	angustia	autolesiones		octubre	
46	18 f	estudiante	chilecito	intent.s	angustia	medic.		octubre	
47	15 f	estudiante	paredita	intent.s	angustia	autolesiones		octubre	
48	45 f	ama de casa	sc	idea.s	angustia	no		octubre	
49	17 f	estudiante	lc	intent.s	angustia	autolesiones		noviembre	
50	53 f	ama de casa	lc	idea.s	depresion	no		noviembre	
51	27 f	otros	lc	intent.s	angustia	medic.		diciembre	
52	42 f	ama de casa	eb	intent.s	depresion	autolesiones		diciembre	

ingresos de intento de suicidio año 2019

1	24 m	desocupado	sc	angustia	medic.	enero
2	27 m	albañil	eb	angustia	autolesiones	enero
3	32 m	albañil	paredita	angustia	ahorcamiento	enero
4	18 m	estudiante	tres. Esqu.	angustia	ahorcamiento	enero
5	19 m	estudiante	lc	angustia	medic.	enero
6	21 m	desocupado	lc	idea suicida	no	enero
7	44 f	ama de casa	sc	depresion	ahorcamiento	enero
8	31 f	ama de casa	sc	idea suicida	no	febrero
9	19 f	estudiante	paredita	angustia	autolesiones	febrero
10	42 f	ama de casa	eb	depresion	no	febrero
11	40 f	ama de casa	paredita	trastorno p.	autolesiones	febrero
12	40 f	ama de casa	sc	trastorno p.	no	febrero
13	48 m	desocupado	chilecito	angustia	ingesta alcohol	febrero
14	25 m	albañil	lc	angustia	ingesta alcohol	febrero
15	62 f	ama de casa	lc	depresion	ingesta.carbamato	marzo
16	20 f	estudiante	chilecito	angustia	medic.	marzo
17	34 f	ama de casa	sc	angustia	medic.	marzo
18	19 f	estudiante	lc	angustia	medic.	abril
19	46 f	ama de casa	eb	angustia	medic.	abril
20	37 m	desocupado	lc	angustia	ingesta alcohol	abril
21	43 f	ama de casa	lc	depresion	medic.	mayo
22	76 f	ama de casa	sc	depresion	medic.	mayo
23	26 f	ama de casa	chilecito	angustia	medic.	junio
24	23 f	estudiante	sc	trastorno p.	medic.	junio
25	21 f	ama de casa	eb	angustia	autolesiones	junio