



**DEPARTAMENTO DE PROGRAMACIÓN ESTRATÉGICA  
ÁREA CICLOS DE VIDA  
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE ADOLESCENCIA Y JUVENTUD**

**SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 10 A 24 años, URUGUAY, 2009.**

## SUICIDIO EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE 10 A 24 AÑOS EN URUGUAY, 2009

### PRIMER INFORME SOBRE LA REVISIÓN DE CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN

15 de marzo de 2012

**RESPONSABLE COORDINACION:** Dra. Susana Grunbaum Programa Nacional de Adolescencia y Juventud

**RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN** Dra. Silvia Graña.

**COLABORADORAS:** Lic Psic. Denisse Dogmanas , Est Psic. Gimena Paroli. Programa Nacional de Salud Mental-MSP, Est. de Psic. Virginia Altier, Pte. de Medicina Ana Serra, Ciclos de vida-M.S.P  
Dra. Adriana Misa. Epidemióloga Asesora del Departamento de Programación Estratégica (DPES)

### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud estima que a nivel mundial ocurren alrededor de un millón de suicidios cada año, cantidad mayor que la correspondiente a todas las muertes debidas a guerras y homicidios. Las muertes por suicidio representan casi la mitad (49,1%) de todas las muertes violentas, y son responsables por más años de vida perdidos que todas las otras causas de muerte, a excepción de las cardiovasculares y el cáncer(1) Esto cobra mayor peso si consideramos la población joven en los que los años de vida perdidos por estas causas pasa al primer lugar. Uruguay presenta la tasa de mortalidad por suicidio más elevada del continente junto con Cuba, observándose a partir del año 1989 un aumento constante y sistemático de la misma, lo que constituye un problema mayor para la salud pública. El número de suicidios registrados en nuestro país supera los 500 casos anuales. La tasa de suicidios desde el año 2004 al 2009 es relativamente constante, con valores que se sitúan en los 17 suicidios cada 100.000 habitantes por año. En adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, el período 2004-2009, el promedio anual fue de 88 suicidios, registrándose un descenso en el 2006 (71 suicidios), y un incremento en el año 2007 cuya cifra anual alcanzó los 106 casos.(2) Los jóvenes son una de las poblaciones que presenta la tasa más alta de suicidio. Según el estudio realizado en el MSP por el programa Adolescencia junto con Economía de la Salud en el año 2009 en la franja de 15 a 19 años, la primera causa de muerte externa lo constituyó el suicidio (3)

El suicidio ha existido siempre en la sociedad aunque la comprensión de este acto y de las variables que influyen en él ha cambiado con el tiempo, generando nuevas actitudes en los profesionales. Durkheim señala que el suicidio puede comprenderse en términos de la fuerza o debilidad de una sociedad para contener el comportamiento individual de las personas. Hasta 1970, los suicidios en niños y adolescentes menores eran considerados como hechos poco frecuentes y muchas veces quedaban catalogados como accidentes, intoxicaciones con medicamentos u otros diagnósticos(4) Las investigaciones muestran que la decisión de quitarse la vida podría evitarse si se detectasen los grupos de riesgo y se realizasen intervenciones de asistencia y contención oportunas, ya que muchas de las personas que se suicidan presentan trastornos mentales y no reciben tratamientos. Numerosos estudios efectuados en distintos países han demostrado que la mayoría de las personas que se suicidaron habían sido atendidas por un médico en el mes que antecedió a su muerte (OMS, 2010). Y otros estudios evidencian que un gran porcentaje de las personas que cometieron

suicidio habían tenido contacto con un médico en el último año previo. Una revisión sistemática del año 2005 encuentra que más de un 83 % de los suicidios habían tenido contacto con un médico de atención primaria dentro del año de su muerte y más de un 66% dentro del mes (ref.5) Según afirma la OMS (2010) muchas veces el paciente no expresa sus intenciones suicidas, o el médico no sabe o no pudo identificarla. En general, no existe buena formación en esto y así se pierden muchas oportunidades para ayudar a los pacientes suicidas en potencia y para salvar muchas vidas (OMS, 2010) Se hace entonces necesario como elemento básico para la prevención y para realizar recomendaciones, conocer el perfil de los adolescentes y jóvenes que se suicidaron, así como la forma en que previamente han usado el sistema de atención en salud.

Este estudio propone entonces, caracterizar a los jóvenes y adolescentes que cometieron suicidio en Uruguay el año 2009 y evaluar el proceso de atención de salud recibido en el sistema de salud en el año previo a cometer suicidio. Se pretende que el estudio aporte conocimiento científico que permita el diseño de programas y proyectos para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes de nuestro país

## **II- PRÓPOSITO**

Contribuir a disminuir la morbimortalidad por suicidio en adolescentes y jóvenes en Uruguay.

## **III- OBJETIVO GENERAL**

Conocer las características socio-demográficas y clínicas de adolescentes y jóvenes que cometieron suicidio en Uruguay en el año 2009.

## **IV- OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir a la población de adolescentes y jóvenes que se suicidaron en el año 2009 según: sexo, edad, nivel de instrucción, ocupación, residencia habitual, fecha de defunción, lugar donde ocurre la muerte, causa directa de la muerte, causas que contribuyen a la misma, prestador de salud al que pertenece.
2. Recabar los motivos de consulta en el último año
3. Conocer la presencia de enfermedades crónicas, trastornos psiquiátricos, o psicológicos, violencia doméstica, violencia entre pares, abuso sexual, consumo de sustancias.
4. Identificar la existencia de referencia a profesional de salud mental así como de consultas efectivizada con el mismo.
5. Conocer si recibían tratamiento medicamentoso con psicofármacos.
6. Relevar antecedentes de IAE previos y conocer en esos casos el tratamiento instituido, la existencia de consulta con psiquiatra en el episodio, el seguimiento realizado, y la temporalidad del IAE con respecto al suicidio.
7. Conocer antecedentes familiares de: trastornos psiquiátricos. IAE, suicidio.

## **V- DISEÑO METODOLOGICO**

**1- Tipo de estudio:** *descriptivo transversal*

**2- Población de estudio:** *adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, que cometieron suicidio en el Uruguay en 2009.*

### **3- Variables de estudio**

*a) socio demográfico (edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, departamento de residencia habitual)*

*b) Caracterización del suicidio (mes de defunción, lugar de ocurrencia del suicidio, método utilizado, causas contribuyentes a la muerte)*

*c) Historial de salud. Prestador de salud, motivos de consulta en el último año, enfermedades crónicas, trastornos psiquiátricos, abuso sexual, consumo de sustancias, IAE previo, referencia a profesional de la salud mental, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares de IAE, antecedentes familiares de suicidio.*

*d) Caracterización de episodio de IAE previos (ubicación del intento, mecanismo, atención en la urgencia con psiquiatra, tratamiento efectivamente cumplido, tiempo transcurrido entre el episodio y la consulta de control.*

*La operacionalización de las variables se presenta en el anexo 1.*

### **4- Plan de recolección de datos**

*Se uso una fuente secundaria. Método: revisión de registros. Técnica: revisión de certificados de defunción y de historia clínica con recolección de los datos de interés.*

*En el Ministerio de Salud Pública, División Estadísticas Vitales se obtuvo el número de muertes por suicidio registradas en todo el país en el año 2009. Se solicitó y obtuvo el aval de la Comisión de Ética del Ministerio de Salud Pública.*

*Se solicitó a la Dirección del SINADI que clasificaran según registro en el sistema RUCAF, a cada fallecido según su prestador de salud.*

*Se solicitó a la Dirección de Informática de ASSE el envío de las consultas que se hubieran registrado en el sistema SGA antes del fallecimiento para pesquisar lugares de atención.*

*Se solicitó al prestador de salud correspondiente, el envío de fotocopia de la Historia Clínica del joven o adolescente al MSP. En una segunda etapa considerando que la respuesta de envío no fue buena, se contactaron los integrantes de los Comités Regionales de Mortalidad Infantil, solicitándoles colaboración en la búsqueda de las historias clínicas de los casos registrados.*

*Instrumento: se diseñó un formulario para la recolección de los datos.*

## **VI- TABULACION Y ANALISIS DE LOS DATOS**

*Los datos procesados, se presentan en tablas simples y de doble entrada para la distribución de los casos por edad, sexo, departamento, nivel de instrucción ocupación, causa de muerte, causa que contribuyeron a la misma.*

## **VII- CONSIDERACIONES ÉTICAS**

*Se presentó para su aprobación al Comité de Ética del MSP y a la Dirección General de la Salud, quienes autorizaron y brindaron el apoyo necesario para la ejecución de esta investigación.*

***En esta primera fase se presentan los resultados de la revisión de los certificados de defunción.***

## **VIII- RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN**

*Se recibieron 95 certificados de defunción por suicidio del grupo de 10 a 24 años correspondientes al año 2009.*

*Se descartaron 6 casos por repetición y error en el año de defunción. Otros diez que habían muerto por herida de arma de fuego, pero que se descartaron como lesión autoinflingida, por la región anatómica en la que impactó el proyectil.*

*Por lo tanto los siguientes resultados se basan en 79 casos.*

*De los 79 casos estudiados, el 83,5 % pertenecían al sexo masculino y 16,5% al sexo femenino (tabla1, gráfico2) Si analizamos los diferentes grupos de edad, se observa que, salvo en el caso del grupo de 10 a 14 años, en el que constatamos un sólo suicidio y era del sexo femenino, en las otras dos franjas etarias predomina el sexo masculino. Siendo la razón hombre-mujer de 5 a 1 para los de 20 a 24, y de 7 a 1 en el grupo de 15 a 19.*

*El 68,3% de los adolescentes y jóvenes que se suicidaron, se encuentran dentro del grupo de 20 a 24 años y el 30,4 % correspondían al grupo de 15 a 19, siendo el 1,3 % los adolescentes de 10 a 14 años.(tabla1, gráfico1)*

*En cuanto a la distribución por Departamento de residencia habitual, el 31,8% son de Montevideo, siguiendo en frecuencia Maldonado, Tacuarembó y Canelones (tabla3).*

*La tasa de mortalidad por suicidio en Montevideo es de 8.3 cada 100.000 adolescentes y jóvenes y en el interior es de 10.9 (tabla4)*

*La tasa de mortalidad por suicidio según Departamento de residencia muestra tasas elevadas para algunos departamentos como Tacuarembó, Cerro Largo, Lavalleja y Maldonado.*

*En el 81% de los casos, el mecanismo utilizado fue el ahorcamiento. El 15% utilizó arma de fuego. En el 2,5% el mecanismo fue la ingesta de psicofármacos y el 1,5% asfixia por sumersión.(tabla 6, gráfico3)*

*En el grupo de mujeres, el 84% utilizó el ahorcamiento como método de suicidio. En 23,5% utilizaron armas de fuego y en el 15% el método utilizado fue la ingesta de psicofármacos (tabla 7)*

## CONCLUSIONES

La investigación realizada, puso en evidencia las dificultades de acceso a la información en tiempo real que se tiene institucionalmente.

El registro en los certificados de defunción es deficiente. No se registran, variables de importancia en este tipo de estudios, que ayudan a conocer el perfil socio epidemiológico de los fallecidos.

Con respecto a las características identificadas en esta investigación, la conducta suicida en esta franja etaria predomina en el sexo masculino, aumentando el número de casos con la edad

No se encontraron diferencias, en el mecanismo elegido según el sexo, que fue en ambos casos el ahorcamiento. Esto difiere de lo citado en la literatura consultada que señala que en general las mujeres utilizan los mecanismos menos cruentos.

El hecho de que la tasa de mortalidad sea mayor en el interior y en algunos Departamentos, en especial, señala la necesidad de seguir profundizando, tratando de lograr información que oriente y focalice las acciones de prevención,

## BIBLIOGRAFÍA

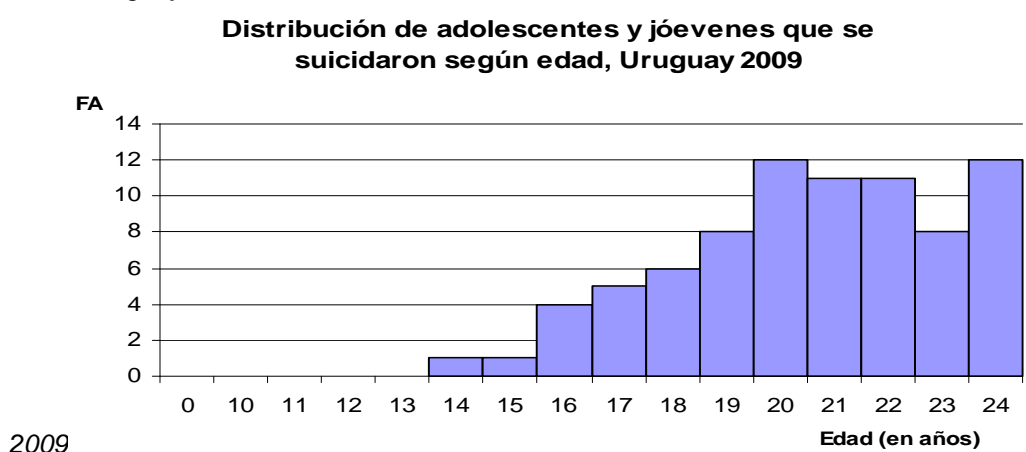
1. Bertolete JM. (2009). *Prevención y control de la conducta suicida*. En Rodríguez, J. (Ed.) *Salud mental en la comunidad* Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2009, p.285-297.
2. Ministerio de Salud Pública. *Unidad de información poblacional*, Montevideo, Uruguay, 2009
3. *Programa Nacional de Adolescencia, Economía de la Salud del Ministerio de Salud Pública del Uruguay ver nombre estudio*, Montevideo, 2009
4. Durkheim E. *Suicide: A Study in Sociology*. Glencoe, Ill: Free Press 1897; última edición 1957.
5. Man J, Apter A, Bertolete J. *Suicide Prevention Strategies*, *American Medical Association*, V294, October, 2005, 2064-2074.

## TABLAS Y GRÁFICOS

**Tabla 1-** Distribución de la población de adolescentes y jóvenes que se suicidaron según edad y sexo. Uruguay, año 2009

| <b>Edad (en años)</b> | <b>Sexo</b>      |                 | <b>Total</b> |
|-----------------------|------------------|-----------------|--------------|
|                       | <i>Masculino</i> | <i>Femenino</i> |              |
| 10 - 14               | 0                | 1               | 1            |
| 15 - 19               | 21               | 3               | 24           |
| 20 - 24               | 45               | 9               | 54           |
| <b>Total</b>          | <b>66</b>        | <b>13</b>       | <b>79</b>    |

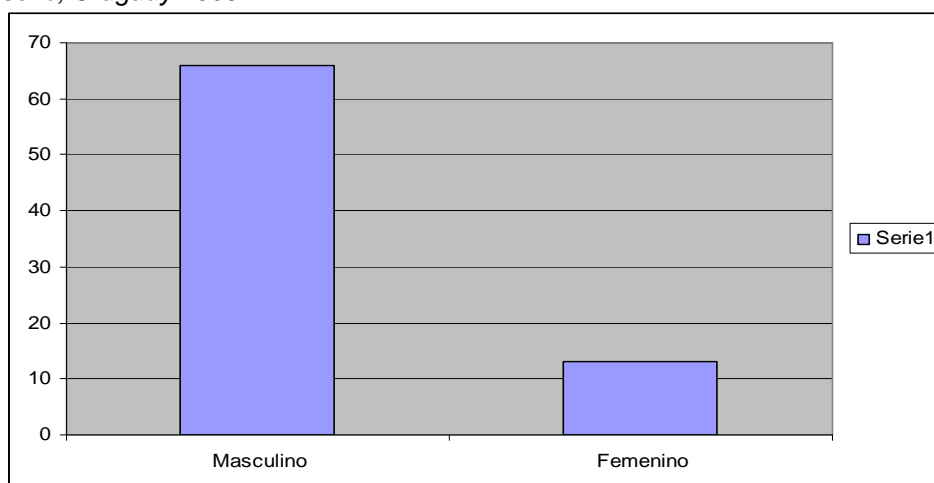
**Grafico 1º-** Distribución de la población de adolescentes y jóvenes que se suicidaron, según edad. Uruguay,



**Tabla 2-** Distribución de la población de adolescentes y jóvenes que se suicidaron, según edad. Uruguay, 2009.

| Edad (en años) | FA        | %          |
|----------------|-----------|------------|
| 10             | 0         | 0          |
| 11             | 0         | 0          |
| 12             | 0         | 0          |
| 13             | 0         | 0          |
| 14             | 1         | 1.3        |
| 15             | 1         | 1.3        |
| 16             | 4         | 5.2        |
| 17             | 5         | 6.3        |
| 18             | 6         | 7.5        |
| 19             | 8         | 10.2       |
| 20             | 12        | 15.1       |
| 21             | 11        | 13.9       |
| 22             | 11        | 13.9       |
| 23             | 8         | 10.2       |
| 24             | 12        | 15.1       |
| <b>TOTAL</b>   | <b>79</b> | <b>100</b> |

**Gráfico2** -Distribución de la población de adolescentes y jóvenes que se suicidaron según sexo, Uruguay 2009



**Tabla3**- Distribución de la población de adolescentes y jóvenes que se suicidaron, según departamento de residencia habitual. Uruguay, año 2009.

| Departamento de residencia | FA        | %          |
|----------------------------|-----------|------------|
| Montevideo                 | 25        | 31.6       |
| Maldonado                  | 7         | 8.8        |
| Tacuarembó                 | 7         | 8.8        |
| Canelones                  | 6         | 7.6        |
| Cerro Largo                | 5         | 6.3        |
| Artigas                    | 4         | 5.0        |
| Salto                      | 4         | 5.0        |
| San José                   | 3         | 3.8        |
| Flores                     | 3         | 3.8        |
| Florida                    | 3         | 3.8        |
| Lavalleja                  | 3         | 3.8        |
| Río Negro                  | 2         | 2.5        |
| Rivera                     | 2         | 2.5        |
| Paysandú....               | 2         | 2.5        |
| Colonia                    | 1         | 1.3        |
| Rocha                      | 1         | 1.3        |
| Treinta y tres             | 1         | 1.3        |
| Soriano                    | 0         | 0          |
| Durazno                    | 0         | 0          |
| <b>Total</b>               | <b>79</b> | <b>100</b> |



**Tabla 4- Número de fallecidos y tasa de mortalidad por suicidio en la población de 10 a 24 años, Uruguay, 2009.**

| <b>URUGUAY</b> | <b>POBLACIÓN DE AMBOS SEXOS DE 10 A 24 AÑOS</b> | <b>Nº DE ADOLESCENTES Y JÓVENES FALLECIDOS POR SUICIDIO</b> | <b>TASA /100.000 ADOLESCENTES Y JÓVENES FALLECIDOS POR SUICIDIO</b> |
|----------------|---|---|---|
| MONTEVIDEO     | 299.883   | 25  | 8.3   |
| INTERIOR       | 492728  | 54  | 10.9  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>792611</b>                                   | <b>79</b>   | <b>9.97</b>   |

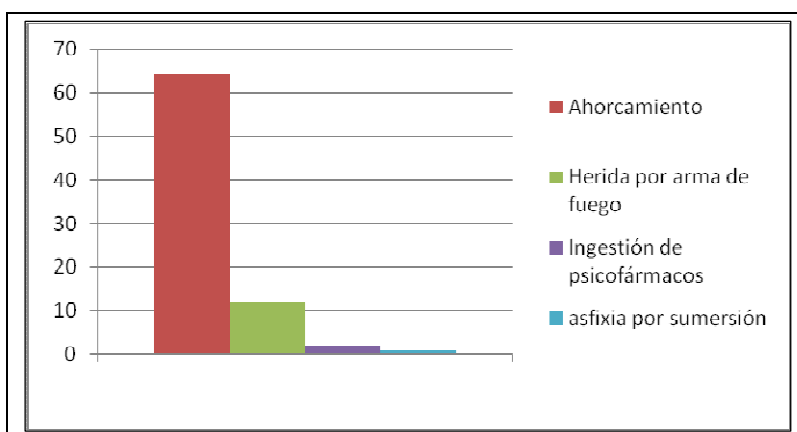
**Tabla 5- Tasa de mortalidad por suicidio en el grupo de 10 a 24 años, según Departamento de residencia, Uruguay, 2009**

| <b>Departamento de residencia</b> | <b>Nº de adolescentes y jóvenes</b> | <b>Nº de Adolescentes y Jóvenes que se suicidaron</b> | <b>Tasa/100.000 de mortalidad por suicidio</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| Montevideo                        | 299.883                             | 25  | 8,3  |
| Maldonado                         | 36.732                              | 7   | 19,1   |
| Tacuarembó                        | 21.018                              | 7   | 33,3   |
| Canelones                         | 125.085                             | 6   | 4,8  |
| Cerro Largo                       | 22.433                              | 5   | 22,3   |
| Artigas                           | 22.357                              | 4   | 17,9   |
| Salto                             | 35.096                              | 4   | 11,4   |
| San José                          | 26.036                              | 3   | 11,5   |
| Flores                            | 5.885                               | 3   | 51   |
| Florida                           | 17.084                              | 3   | 17,6   |
| Lavalleja                         | 14.391                              | 3   | 20,8   |
| Río Negro                         | 14.269                              | 2   | 14   |
| Rivera                            | 29.082                              | 2   | 6,9  |
| Paysandú....                      | 30.044                              | 2   | 6,7  |
| Colonia                           | 27.745                              | 1   | 3,6  |
| Rocha                             | 16.211                              | 1   | 6,2  |
| Treinta y tres                    | 11.683                              | 1   | 8,6  |
| Soriano                           | 21.599                              | 0   | 0  |
| Durazno                           | 15.978                              | 0   | 0  |
| <b>Total</b>                      | <b>792.611</b>                      | <b>79</b>   | <b>10,0</b>                                    |

**Tabla 6-** Distribución de la población de adolescentes y jóvenes de ambos sexos que se suicidaron, según mecanismo utilizado. Uruguay, año 2009.

| <b>Mecanismo</b>           | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|----------------------------|-----------|------------|
| Ahorcamiento               | 64        | 81         |
| Herida por arma de fuego   | 12        | 15         |
| Ingestión de psicofármacos | 2         | 2.5        |
| asfixia por sumersión      | 1         | 1.5        |
| <b>Total</b>               | <b>79</b> | <b>100</b> |

**Gráfico 3-** Distribución de la población de adolescentes y jóvenes de ambos sexos que se suicidaron, según mecanismo utilizado. Uruguay, año 2009.



**Tabla7-** Distribución de la población de adolescentes y jóvenes de ambos sexos que se suicidaron según mecanismo utilizado.

| <b>Mecanismo utilizado</b> | <b>Sexo</b>      |            |                 |            | <b>Total</b> |            |
|----------------------------|------------------|------------|-----------------|------------|--------------|------------|
|                            | <b>Masculino</b> |            | <b>Femenino</b> |            |              |            |
|                            | <b>Nº</b>        | <b>%</b>   | <b>Nº</b>       | <b>%</b>   | <b>Nº</b>    | <b>%</b>   |
| Ahorcamiento               | 56               | 85         | 8               | 62         | 64           | 81         |
| Arma de fuego              | 9                | 14         | 3               | 23         | 12           | 15         |
| Ahogamiento                | 1                | 1          | 0               | 0          | 1            | 3          |
| Ingesta fármacos           | 0                | 0          | 2               | 15         | 2            | 1          |
| <b>Total</b>               | <b>66</b>        | <b>100</b> | <b>13</b>       | <b>100</b> | <b>79</b>    | <b>100</b> |

**Tabla 8-** Distribución de la población de adolescentes y jóvenes que se suicidaron según registro del dato de ocupación.

| <b>Ocupación</b> | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-----------|------------|
| Sin dato         | 19        | 24         |
| Con dato         | 60        | 76         |
| <b>Total</b>     | <b>79</b> | <b>100</b> |

**Tabla9-** Distribución de la población con registro del dato, según el tipo de ocupación. Uruguay, año 2009

| <b>Ocupación</b> | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-----------|------------|
| desocupado       | 18        | 30         |
| empleado         | 15        | 25         |
| Estudiante       | 8         | 13.7       |
| jornalero        | 5         | 8.3        |
| changas          | 5         | 8.3        |
| Peón rural       | 2         | 3.3        |
| labores          | 2         | 3.3        |
| pensionista      | 2         | 3.3        |
| comerciante      | 1         | 1.6        |
| albañil          | 1         | 1.6        |
| doméstica        | 1         | 1.6        |
| <b>Sin dato</b>  | <b>19</b> | <b>24</b>  |
| <b>Total</b>     | <b>79</b> | <b>100</b> |

**Tabla10-** Distribución de la población de adolescentes y jóvenes que se suicidaron, según mes de defunción. Uruguay, año 2009.

| <b>Mes</b>   | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|--------------|-----------|------------|
| Enero        | 9         | 11.3       |
| Febrero      | 7         | 8.9        |
| Marzo        | 7         | 8.9        |
| Abril        | 6         | 7.6        |
| Mayo         | 6         | 7.6        |
| Junio        | 1         | 1.3        |
| Julio        | 8         | 10.        |
| Agosto       | 5         | 6.3        |
| Setiembre    | 6         | 7.6        |
| Octubre      | 11        | 14         |
| Noviembre    | 6         | 7.6        |
| Diciembre    | 7         | 8.9        |
| <b>Total</b> | <b>79</b> | <b>100</b> |

**INVESTIGACIÓN DE SUICIDIO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES EN  
URUGUAY, 2009**

**SEGUNDA FASE**

**INFORME DE REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS**

**17 de julio 2013**

*En el marco de la investigación de suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay 2009 se presentó la primera fase en marzo de 2012*

*Esta primera fase estuvo enfocada en la revisión de los certificados de defunción y tenía como objetivo general describir las variables sociodemográficas que surgieran de los mismos para conocer algunas de las características de estos adolescentes y jóvenes.*

*El siguiente informe corresponde a la segunda fase, basado en la revisión de las historias clínicas de estos adolescentes y jóvenes que se suicidaron.*

*Se plantea además de conocer algunas características del perfil de estos casos , obtener información sobre la forma en que, previamente al suicidio, habían utilizado los servicios de salud.*

*El objetivo es identificar elementos que permitan orientar las recomendaciones para la prevención del suicidio.*

*Las variables de estudio fueron : motivos de consulta en el último año, enfermedades crónicas, trastornos psiquiátricos, abuso sexual, consumo de sustancias, IAE previo, referencia a profesional de la salud mental, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, antecedentes familiares de IAE, antecedentes familiares de suicidio.*

*Caracterización de episodio de IAE previos (ubicación del intento en el tiempo), mecanismo, atención en la urgencia con psiquiatra, tratamiento efectivamente cumplido, tiempo transcurrido entre el episodio y la consulta de control*

*Para esto se llevó a cabo un estudio descriptivo utilizando como fuente de datos la revisión de las HC de los 79 adolescentes y jóvenes que se suicidaron durante el año 2009.*

*Se solicitó a las instituciones públicas y privadas de todo el país dichas historias clínicas. Se contó con la colaboración de los Directores Departamentales y los referentes departamentales del Comité de Mortalidad Infantil , para la búsqueda y envío al Programa de Adolescencia y Juventud del MSP de las historias.*

*En 28 casos la institución informa que no se encontraron historias clínicas abiertas que coincidan con los datos filiatorios enviados.*

*En 3 casos del hospital del departamento de San José no se puede asegurar la inexistencia de historia clínica abierta ya que el archivo se inundó perdiéndose la mayoría de las historias archivadas.*

En 22 de los casos no se obtuvo el envío al Ministerio de las historias clínicas solicitadas.

Por lo tanto el presente informe se base en 26 HC enviadas por los prestadores del sector público y privado de todo el país.

## RESULTADOS

De las 26 historias revisadas se identificaron 15 (57,6%) en las que los adolescentes y jóvenes tienen consultas en los diferentes servicios, en el último año, antes del suicidio. En las 11 restantes (42,4%) no hay registro de consulta en el último año.(tabla1)

El 23 % de los que consultaron lo hicieron al menos en 3 oportunidades en el último año. (tabla2)

En cuanto al lugar donde realizaron la última consulta antes del suicidio (tabla3): El 40% lo hicieron en un servicio de psiquiatría, el 33,4% en emergencia y el 26,6% en diferentes policlínicas.

En las 26 historias estudiadas se contabilizaron en total 57 consultas realizadas en el último año. Con respecto a los motivos de ese total de consultas, el 49% corresponden a trastornos de la esfera psíquica como ansiedad, depresión, crisis de pánico, crisis de hetero y autoagresión . El 16% son consultas por IAE. El 7% de las consultas correspondieron a episodios agudos de consumo abusivo de sustancias psicoactivas : benzodiacepinas, pasta base , alcohol, marihuana, solventes. La mayoría de las veces estos episodios se caracterizan por policonsumo. Otro 7 % (4 casos) correspondió a lesiones de entidad (dos casos corresponden a lesiones severas por agresión en vía pública con TEC<sup>1</sup> con pérdida de conocimiento y traumatismo facial y otros dos casos por accidente de tránsito (accidente en moto posterior a ingesta abusiva de alcohol y caída en bicicleta con TEC pérdida de conocimiento ). El 21% restante de las consultas corresponden a otros motivos (tabla 4)

El 35 % de los adolescentes cuya historia se revisó eran portadores de enfermedad crónica no psiquiátrica como: epilepsia, alergia, asma, dermatosis, bocio, discapacidad por retraso mental. tumor óseo con dolor crónico. En el 19 % se constataba en la historia la no presencia de patología crónica, pero se destaca que en un 46% no existía este dato (tabla5)

Del total de adolescentes el 50% tenían trastornos psiquiátricos diagnosticados mientras que un 8% no lo tiene y un 42% no se consigna el dato en la historia clínica. (tabla 6)

En cuanto al consumo de sustancias el 46 % presenta consumo de sustancias como alcohol, marihuana, pasta base, solventes, psicofármacos, tabaco y en un caso (4%) se explicita el no consumo. Se destaca que el 50 % no presenta el dato en la historia. (tabla 7)

Como ya se mencionó hay registro en las historias de consumos habituales y episodios de abuso, que han sido motivo de consulta en emergencia, en 4 casos.

En cuanto a intentos de autoeliminación previo al suicidio, 8 adolescentes y jóvenes de las 26 historias revisadas tuvieron dichos episodios, lo que corresponde a 31%. En 2 historias se consignaba la inexistencia de IAE previo al suicidio. (tabla8). En 16 historias (62%) no existe el dato

---

1 TEC :traumatismo encefalocraneano.

*De los 8 que tuvieron IAE registrados, uno tuvo 4 intentos, el primero lo realizó a los 11 años. Otro tuvo 3 intentos y otros dos presentan 2 intentos cada uno. Los otros 4 adolescentes y jóvenes presentaron un intento antes del suicidio. Todos los que presentaron IAE fueron referenciados a Psiquiatra y consta la consulta realizada.*

*En cuanto a antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, de IAE y de suicidio, no está el dato en ninguna de las historias revisadas, salvo en tres casos donde consta antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos “padre bipolar”, trastornos del humor y suicidio.*

*En cuanto al dato de violencia sólo en tres historias está constatado correspondiendo a Bullying, violencia doméstica y abuso sexual. En el resto no existe el dato.*

*En 7 de los 26 existe el dato de uso de psicofármacos aunque el registro es deficiente en cuanto a especificación de dosis y frecuencia, siendo difícil identificar los cambios en la indicación (comienzo y fin de una medicación), así como si estaban tomando medicación y cual era al momento de la última consulta, El 73% de las historias no tienen el dato*

*Por último se relevó una variable que denominamos “situaciones vitales adversas”.*

*La definimos como los incidentes que sufre el individuo a nivel personal o de su entorno que, por perjudiciales podrían favorecer la determinación de cometer suicidio, sobre todo teniendo en cuenta que de la revisión surge la concurrencia de varios de estas situaciones en una sola persona, lo que aumentaría la vulnerabilidad.*

*En 20 de las 26 historias revisadas surgían situaciones o condiciones de vida desfavorables por las que había estado o estaba transitando el adolescente o joven, previo al suicidio. (tabla9)*

*Estas situaciones generalmente afectaban los tres niveles, personal, familiar y del entorno de la cotidianidad del adolescente o joven. (cuadro1)*

*En 6 historias por la falta de datos registrados no puede descartarse su presencia.*

## CONCLUSIONES

*Luego de la revisión de las historias clínicas podemos concluir que más de la mitad de los adolescentes y jóvenes que se suicidaron en el año 2009 habían consultado en un servicio de salud en el último año.*

*La cuarta parte de ellos habían consultado al menos en tres oportunidades. Uno de cada tres consultó en el servicio de emergencia.*

*Los motivos de consulta en su mayoría correspondían a trastornos de la esfera psíquica, como ansiedad, angustia, crisis de pánico, lesiones de hetero y autoagresión.*

*Pero también consultaron por síntomas físicos y dentro de ellos el más frecuente el dolor.*

*La mitad de estos adolescentes y jóvenes tenían diagnóstico de trastorno psiquiátrico Mientras que 35% era portador una enfermedad crónica.*

*Casi la mitad de ellos tenían consumos de sustancias psicoactivas*

*El 31% habían tenido intentos previos. No pudiéndose pesquisar por falta de datos en la historia el tiempo transcurrido entre los episodios de intentos previos y la comisión del suicidio.*

*En un 77 % presentaron situaciones adversas personales o de su entorno que pudieron haber contribuido en la decisión de suicidio.*

## RECOMENDACIONES

*Más de la mitad de los adolescentes y jóvenes realizaron consultas en diferentes servicios y más de una vez en el último año, siendo una oportunidad para realizar un diagnóstico oportuno y realizar la intervención necesaria con el objetivo de prevenirlo*

*Se debería pesquisar síntomas de desesperanza, ideación y planeación suicida en todos los adolescentes, siendo la Historia Clínica del SIA, la herramienta ideal en el control anual de salud para preguntarlo*

*Considerar muy especialmente a los adolescentes con enfermedades crónicas y a quienes sufren eventos adversos en la esfera personal y sociofamiliar.*

*Es indispensable el registro de los IAE a fin de poder dar seguimiento a los casos que asegure la continuidad de la atención*

*Contar con protocolo de intervención que se registre en HC en los diferentes servicios facilitaría la identificación de los casos para poderle dar seguimiento.*

*Por último es necesario extremar el cuidado en el registro en la historia clínica de datos que permitan evaluar el riesgo, como antecedentes familiares de IAE, variable esta que quiso relevarse y no se encontró registro al respecto.*



**TABLAS**

**Tabla 1-** Distribución de adolescentes y jóvenes que se suicidaron, según consulta en el último año antes del suicidio. Uruguay, 2009.

| <b>CONSULTAS</b> | <b>FA</b> | <b>FR%</b> |
|------------------|-----------|------------|
| SI               | 15        | 57,6       |
| NO               | 11        | 42,4       |
| <b>TOTAL</b>     | <b>26</b> | <b>100</b> |

**Tabla 2-** Distribución de adolescentes y jóvenes, según nº de consultas anuales en el último año Uruguay, 2009.

| <b>Nº DE CONSULTAS/ÚLTIMO AÑO</b> | <b>FA</b> | <b>FR %</b> |
|-----------------------------------|-----------|-------------|
| 0                                 | 11        | 42,4        |
| 1                                 | 1         | 3,8         |
| 2                                 | 3         | 11,5        |
| 3                                 | 6         | 23          |
| 4                                 | 2         | 7,6         |
| 6                                 | 1         | 3,8         |
| 7                                 | 1         | 3,8         |
| 11                                | 1         | 3,8         |
| <b>Total</b>                      | <b>26</b> | <b>100</b>  |

**Tabla3-** Distribución de adolescentes y jóvenes con consulta en el último año según lugar de última consulta. Uruguay, 2009.

| <b>LUGAR DE LA ÚLTIMA CONSULTA</b> | <b>FA</b> | <b>FR %</b> |
|------------------------------------|-----------|-------------|
| <i>Policlínica de psiquiatría</i>  | 6         | 40          |
| <i>Servicio de emergencia</i>      | 5         | 33,4        |
| <i>Otra Policlínica</i>            | 4         | 26,6        |
| <b>Total</b>                       | <b>15</b> | <b>100</b>  |

**Tabla4-** Distribución de consultas realizadas en el último año según motivo de consulta. Uruguay, 2009.

| <b>MOTIVO DE CONSULTA</b>   | <b>Nº CONSULTAS REALIZADAS EN EL ÚLTIMO AÑO</b> | <b>FR %</b> |
|---|---|-------------|
| <i>Trastornos de la esfera psíquica: ansiedad depresión crisis de pánico insomnio, lesiones por hetero o autoagresion</i> | 28  | 49          |
| <i>IAE</i>  | 9   | 16          |
| <i>Episodio agudo de consumo abusivo de sustancias psicoactivas</i>   | 4   | 7           |
| <i>Lesiones severas por accidente de tránsito o agresión en vía pública</i>   | 4   | 7           |
| <i>Otros</i>  | 12  | 21          |
| <b>Total</b>  | <b>57</b>                                       | <b>100</b>  |

**Tabla 5-** Distribución de adolescentes y jóvenes con HC, según enfermedad crónica no psiquiátrica.

| ENFERMEDAD CRÓNICA NO PSQUIATRICA | FA | FR % |
|-----------------------------------|----|------|
| si                                | 9  | 35   |
| no                                | 5  | 19   |
| No consignando                    | 12 | 46   |
| Total                             | 26 | 100  |

**Tabla6-** Distribución de adolescentes y jóvenes con HC según padecimiento de trastornos psiquiátricos, Uruguay 2009

| TRASTORNO PSQUIATRICO | FA | FR% |
|-----------------------|----|-----|
| si                    | 13 | 50  |
| No                    | 2  | 8   |
| No consignado         | 11 | 42  |
| Total                 | 26 | 100 |

**Tabla7-** Distribución de adolescentes y jóvenes con HC, según consumo de sustancias psicoactivas, Uruguay,2009

| CONSUMO       | FA | FR % |
|---------------|----|------|
| si            | 12 | 46   |
| no            | 1  | 4    |
| No consignado | 13 | 50   |
| Total         | 26 | 100  |

**Tabla 8-** Distribución de adolescentes y jóvenes con HC, según IAE previo al suicidio.  
Uruguay, 2009

| <i>IAE</i>   | <i>FA</i> | <i>FR%</i> |
|--------------|-----------|------------|
| <i>si</i>    | 8         | 31         |
| <i>no</i>    | 18        | 69         |
| <b>Total</b> | <b>26</b> | <b>100</b> |

**Tabla 9-** Distribución de adolescentes y jóvenes con HC, según situaciones vitales adversas consignadas en historia clínica. Uruguay, 2009

| <i>Situaciones vitales desfavorables</i> | <i>FA</i> | <i>FR %</i> |
|--|-----------|-------------|
| <i>si</i>                                | 20        | 77          |
| <i>No consignado en hc</i>               | 6         | 23          |
| <b>Total</b>                             | <b>26</b> | <b>100</b>  |

**Cuadro 1-** Incidentes concurrentes que podrían favorecer la determinación de suicidio

| <i>Tipo de situaciones vitales consignadas en<br/>Historias Clínicas</i>   |
|--|
| <i>suicidio del primo+, operación materna+ procesamiento x lesiones</i>  |
| <i>Accidente laboral</i>   |
| <i>Privación de libertad</i>   |
| <i>Abandono materno+ Violencia familiar+ discusiones con tío y abuelo frecuentes+<br/>Desescolarización.</i>           |
| <i>Problemas fliares no especificados, sale en moto alcoholizado, luego de<br/>discusión.(conductas de riesgo)</i>     |
| <i>privado de libertad sale con transitoria +padre violento</i>  |
| <i>Familia disfuncional.</i>   |
| <i>Vive en Hogar de Inau desde 3 años antes+ Fuga</i>  |
| <i>No adaptación a separación parental+ stress por nacimiento de hermano+ uso de<br/>benzodíacepinas por depresión</i> |
| <i>Abuso sexual en niñez+ policonsumo+ prostitución<br/><br/>+ privación de libertad</i>                               |
| <i>Relación de pareja conflictiva, uso de benzodiazepinas</i>  |
| <i>Discapacidad, vive solo</i>   |
| <i>Trabajadora sexual, tres embarazos, tres abortos, uno reciente</i>  |
| <i>TEC severo por accidente en moto luego de ingesta de alcohol</i>  |
| <i>Residencia durante dos años en INAU.</i>  |
| <i>Duelo por muerte familiar + stress laboral</i>  |
| <i>Enfermedad materna +no referente adulto+ inhala solvente</i>  |
| <i>Situación de calle+ antec de rapiña y hurto+ consumo</i>  |

## **ANEXO TÉCNICO**

### **VARIABLES DE ESTUDIO**

#### **Sexo**

*Definición conceptual: es la condición de la persona referente al género humano al cual pertenece.*

*Definición operacional: se consignará el dato de acuerdo a lo registrado en el Certificado de defunción,*

*Tipo y escala: Variable cualitativa nominal dicotómica.*

*Conjunto de valores: Masculino, femenino.*

#### **Edad**

*Definición conceptual: es el tiempo transcurrido, en años desde la fecha de nacimiento hasta el momento del fallecimiento.*

*Definición operativa: Se consignará el dato de acuerdo a lo que este registrado en el certificado de defunción, y de no estarlo se calculará a partir de la fecha de nacimiento.*

*Tipo y escala: Variable cuantitativa continua*

*Conjunto de valores: de 10 a 24 años*

#### **Nivel de Instrucción**

*Definición conceptual: mayor nivel de la educación al que accedió antes del fallecimiento.*

*Definición operativa: Se consignará el dato de acuerdo a lo registrado en Certificado de defunción*

*Tipo y escala: Variable cualitativa*

*Conjunto de valores: Primaria, Enseñanza media, Nivel terciario, sin dato.*

#### **Ocupación**

*Definición conceptual: se refiere a la actividad que desempeñaba la persona al momento del fallecimiento*

*Definición operativa : se consignará de acuerdo a lo registrado en el certificado de defunción*

*Tipo y escala: variable cualitativa, nominal Policotómica*

*Conjunto de valores: estudiante, ama de casa, changas, empleado, desempleado, cualquier otra consignada, sin dato.*

#### **Departamento de Residencia habitual**

*Definición conceptual: se refiere al departamento donde residía la persona habitualmente.*

*Definición operativa: se consignará de acuerdo a lo registrado en Certificado de defunción.*

*Tipo y escala: Variable cualitativa, nominal policotómica.*

*Conjunto de valores: Artigas, Salto, Paysandú, Río Negro, Soriano, Colonia, San José, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Treinta y Tres, Tacuarembó, Rivera, Cerro Largo, Rocha, Maldonado, Canelones, Montevideo. sin dato*

### **Mes de defunción**

*Definición conceptual: se refiere al mes del año en que la persona cometió suicidio.*

*Definición operativa: se consignará de acuerdo a lo registrado en Certificado de defunción.*

*Tipo y escala: Variable cualitativa, nominal policotómica.*

*Conjunto de valores: Enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre, diciembre,.*

### **Lugar dónde ocurre la muerte**

*Definición conceptual: se refiere al lugar donde ocurrió la muerte.*

*Definición operativa: se consignará de acuerdo a lo registrado en certificado de defunción*

*Tipo y escala: variable cualitativa, nominal policotómica*

*Conjunto de valores: establecimiento de salud, domicilio, cualquier lugar no domicilio, sin dato*

### **Causa directa de muerte**

*Definición conceptual: se refiere a que tipo de lesión autoinflingida causó el daño que llevo a la muerte*

*Definición operativa: se consignará de acuerdo a lo registrado en certificado de defunción.*

*Tipo y escala: Variable cualitativa, nominal policotómica.*

*Conjunto de valores: ahorcamiento, asfixia por sumersión, herida por arma de fuego, envenenamiento, ingestión de psicofármacos, otros, sin dato.*

### **Causa directa de muerte**

*Definición conceptual: se refiere a que tipo de lesión autoinflingida causó el daño que llevo a la muerte*

*Definición operativa: se consignará de acuerdo a lo registrado en certificado de defunción.*

*Tipo y escala: Variable cualitativa, nominal policotómica.*

*Conjunto de valores: ahorcamiento, asfixia por sumersión, herida por arma de fuego, envenenamiento, ingestión de psicofármacos, otros, sin dato.*

### **Causas que contribuyen a la muerte**

*Definición conceptual: se refiere a enfermedades, problemas de salud, o condiciones y hábitos de vida del fallecido que pudiesen haber contribuido para que se produzca el daño autoinflingido.*

*Definición operacional: se consignará de acuerdo a lo registrado en certificado de defunción.*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal policotómica*

*Conjunto de valores: todas las que se hallaran registradas en el certificado de defunción.*

## **2- A RECOLECTAR DE LA HISTORIA CLÍNICA**

### **Prestador de salud al que pertenece**

*Definición conceptual: institución de atención médica a la que perteneció.*

*Definición operacional: según figura en el certificado de defunción ,en el RUCAF o SGA*

*Tipo y escala: Variable cualitativa, nominal policotómica*

*Conjunto de valores: todos los prestadores que estén consignados como tal.*

### **Motivos de consulta**

*Definición conceptual: se refiere a los motivos por los cuales consultó en el último año*

*Definición operacional: todos aquellos consignados en la Historia clínica*

*Tipo y escala: variable cualitativa, nominal policotómica.*

*Conjunto de valores: todos los que estén consignados.*

### **Enfermedades crónicas**

*Definición conceptual: trastorno orgánico funcional que obliga a cambios en el estilo de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de la vida de ese individuo.*

*Definición operacional : todos aquellos consignados en la historia clínica*

*Tipo y escala: variable cualitativa, nominal policotómica.*

*Conjunto de valores : todas las registradas en la historia*

### **Trastornos psiquiátricos**

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

*Definición operacional: todas las que estén consignadas en la historia clínica*

*Tipo y escala: variable cualitativa, ordinal policotómica.*

*Conjunto de valores: todos los consignados*



### **Abuso sexual**

*Definición conceptual: cualquier clase de contacto sexual, que el sujeto no haya consentido, siendo sometido, mediante violencia o desde una posición de poder y usado como un objeto de estimulación sexual.*

*Definición operacional: lo que consigne la historia*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal dicotómica*

*Conjunto de valores: sí no, sin dato.*

### **Consumo de sustancias**

*Definición conceptual: Referencia de que la persona hubiese consumido tabaco, alcohol, sicofármacos, marihuana u otra droga ilegal durante alguna etapa de su vida o actual al momento de la consulta y que el consumo fuese experimental, ocasional o problemático.*

*Definición operacional: lo que consigne la historia*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal policotómica*

*Conjunto de valores: experimental, ocasional, habitual no actual, habitual y actual al momento de la consulta ,episodios de intoxicación,*

### **Intento de Autoeliminación previo**

*Definición conceptual: Toda aquella lesión autoinflingida con intención de causarse la muerte con relación temporal previa al suicidio.*

*Definición operacional: lo que consigne la historia*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal, dicotómica*

*Conjunto de valores: sí, no.*

### **Referencia a profesional de la salud**

*Definición conceptual : pase o derivación desde el profesional actuante en la atención primera ,a psiquiatra o psicólogo*

*Definición operacional: lo que consigne la historia*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal, dicotómica*

*Conjunto de valores: sí, no*

### **Antecedentes Familiares de trastornos psiquiátricos**

*Definición conceptual: toda alteración de la vivencia o de la conducta, o trastorno psiquiátrico que haya sido diagnosticado a un familiar directo del sujeto que se suicido*

*Definición operacional: lo que consigne la historia*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal, dicotómica*

*Conjunto de valores: si, no*

### **Antecedentes Familiares de IAE**

*Definición conceptual: toda aquella lesión autoinflingida con intención de causarse la muerte , en un familiar del individuo que cometió suicidio.*

*Definición operacional: lo que consigne la historia*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal, dicotómica*

*Conjunto de valores: si, no*

### **Antecedentes Familiares de suicidios**

*Definición conceptual : Familiar directo del individuo que haya muerto por lesión autoinflingida*

*Definición operacional: lo que consigne la historia*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal, dicotómica*

*Conjunto de valores: si, no.*

## **VARIABLES A RECOLECTAR, SI EXISTE IAE PREVIO AL SUICIDIO**

### **Ubicación del intento en el tiempo con respecto al suicidio.**

*Definición conceptual Es el tiempo transcurrido, medido en días, meses o años, desde la fecha en que la persona realizó el intento hasta la fecha del suicidio. Si fueran varios se toma el último*

*Definición operacional: lo que consigne la historia*

*Tipo y escala: variable cuantitativa, continua*

*Conjunto de valores: De días a años.*

### **Mecanismo .**

*Definición conceptual : procedimiento utilizado para producir la muerte, que fue utilizado en el intento*

*Definición operacional: lo consignado en la historia*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal, policotómica.*

*Conjunto de valores: Ingesta de psicofármacos, ingesta de otros medicamentos, ingesta de venenos, ahorcamiento, herida de arma de fuego, herida de arma blanca, caída desde altura.*

### **Atención en la urgencia con psiquiatra**

*Definición conceptual : referido a la evaluación y atención de la persona en el episodio agudo, en el servicio por médico psiquiatra*

*Definición operacional: lo consignado en la historia.*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal*

*Conjunto de valores: sí, no, sin dato.*

### **Tratamiento instituido**

*Definición conceptual : Se refiere al tratamiento indicado con psicofármacos, por el médico actuante luego del episodio.*

*Definición operacional: lo que consigne la historia*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal,*

*Conjunto de valores: sí, no, sin dato*

### **Tratamiento efectivamente cumplido**

*Se refiere a si la persona efectivamente cumplió con la indicación realizada por el médico actuante, encontrándose en tratamiento con psicofármacos. luego del episodio de IAE .*

*Definición operacional: lo que consigne la historia en las consultas posteriores al IAE.*

*Conjunto de valores: si, no.*

*Tipo y escala: variable cualitativa nominal dicotómica*

### **Tiempo transcurrido entre el episodio y la consulta de control con psiquiatra.**

*Definición conceptual : tiempo medido en días o meses, desde la fecha de la atención en urgencia del episodio y la consulta con psiquiatra en policlínica*

*Definición operacional: lo consignado en la historia.*

*Tipo y escala: : variable cuantitativa*

*Conjunto de valores: De días a meses.*