



FORMULARIO
INFORME FINAL FONDO UNIVERSITARIO PARA CONTRIBUIR
A LA COMPRENSIÓN PÚBLICA DE TEMAS
DE INTERÉS GENERAL



DATOS DE LA PROPUESTA

A) Nombre de la Propuesta:

Comprensión y prevención de conducta suicida en adolescentes en Uruguay: hacia una mejora de los recursos humanos de salud y educación.

B) Integrantes del Equipo coordinador (incluir grados y horas/DT de cada uno):

Prof. Adj. Dra. Ps. Cristina Larrobla (DT); Prof. Agdo. Dra. Alicia Canetti (D); Prof. Adj. Soc. Pablo Hein; Lic. Ps. Gabriela Novoa; Lic. Ps. Mariana Durán.

EL INFORME INCLUYE:

- I) Detalle de la Ejecución de Recursos.**
- II) Detalle de Actividades.**
- III) Materiales de difusión producidos.**

I) DETALLE DE LA EJECUCION DE RECURSOS

1) Sueldos:

Creación de cargos

Servicio	Grado	Dedicación Horaria	Duración en meses	Monto Total	\$u
Sub-Total					

Extensiones de cargos docentes

Nombre	Servicio	Grado	Dedicación Horaria previa	Dedicación horaria actual	Duración en meses	Monto Total \$u
Sub-Total						

Dedicaciones compensadas docentes:

Nombre	Servicio	Grado	Dedicación Horaria	Duración en meses	Monto \$u Total
Pablo Hein	Departamento de Sociología	3		4	95.224,90
Sub-Total					95.224,90

2) Gastos:

Descripción del gasto (seminario, publicación, etc.)	Monto por unidad	Monto total \$u
50 Afiches de divulgación de las charlas y talleres a ser realizados en las diferentes ciudades.		15.000
Viajes y estadías del equipo		46.000
Impresión de 5000 libros titulado "Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud".		240.000
Sub-Total		301.000

3) Resumen de montos:

Sueldos	Gastos	Monto Total \$u
95.224,90	301.000	396.224,90

II) DETALLE DE ACTIVIDADES

Se sugiere incluir dentro del informe, en caso de ser pertinente, los siguientes puntos:

a) **Actividades relativas a proceso de producción y los contenidos de la propuesta:**

1. Describa las estrategias de trabajo y actividades específicas realizadas para su consecución.

Es importante destacar que la propuesta original presentada y aprobada por CSIC contemplaba en su planificación un total de **6** encuentros (Rivera, Salto, Colonia, Melo, Rocha y Montevideo). A lo largo de la organización se evaluó conveniente realizar 5 tomando el criterio de Regionalización que utiliza actualmente la Administración de los Servicios de Salud del Estado - ASSE. Por lo tanto los encuentros se llevaron a cabo en las siguientes regiones:

1. **Región Norte** (Artigas, Salto, Paysandú, Tacuarembó y Rivera);
2. **Región Oeste** (Colonia, Durazno, Flores, Florida, Río Negro, San José y Soriano);
3. **Región Este** se subdividió en 2 encuentros: a) Rocha, Treinta y Tres y Maldonado,
b) Cerro Largo, Lavalleja y Treinta y Tres, por último;
4. **Región Sur** (Montevideo, Área Metropolitana, Canelones y San José (Ciudad del Plata).

Las ciudades seleccionadas (para las cuales se utilizó el criterio de mayor accesibilidad para cada uno de los departamentos que conformaban las diferentes regiones) y las fechas en las que se realizaron los encuentros se detallan a continuación:

1. Región Norte: **Salto** (30 y 31 de agosto),
2. Región Oeste: **Colonia** (13 y 14 de setiembre),
3. Región Este: a) **Rocha** (27 y 28 de setiembre),
b) **Melo** (18 y 19 de octubre) y,
4. Región Sur: **Montevideo** (8 y 21 de noviembre).

Se definió, antes de la convocatoria, establecer un cupo para los Talleres de 70 personas para cada uno de los sectores involucrados en la propuesta (Educación y Salud). De esta manera se estimaba contar con aproximadamente 140 participantes por Región. Este cupo fue ajustándose de acuerdo a las demandas en cada una de las localidades.

Es importante destacar que el número de inscriptos superó ampliamente la capacidad instalada de cada taller, en cada región. En el sector Educación se percibió que el nivel de inscriptos-postulaciones fue extremadamente elevado, lo que se puede plantear como un indicador Proxy de interés y necesidad de contar con este tipo de espacio-actividad para afrontar la temática.

Para la convocatoria se utilizaron 2 estrategias:

1. Cada uno de los sectores involucrados (Educación -ANEP y UdelaR y Salud - ASSE) envió una carta (**Anexo 1**) de difusión de la actividad con información y un formulario para las inscripciones (en formato Open Office y Word) a personas-clave en cada una de las instituciones educativas y sanitarias de los departamentos donde se llevarían a cabo los encuentros.

2. Se abrió una casilla de correo específica para recepcionar las solicitudes a través del formulario confeccionado, en el cual se recababan datos de los participantes (**Anexo 2**). Se establecieron plazos para las inscripciones y se realizó una selección de las solicitudes en aquellos encuentros donde se vieron excedidos los cupos establecidos.

Como se describió anteriormente las actividades se desarrollaron en 2 días consecutivos, con dinámicas de trabajo distintas:

A medida que se realizaban las acreditaciones se le entregó a cada participante un formulario-ficha (**Anexo 3**) que completaban una vez ingresado al recinto de la actividad. La ficha, por un lado apuntaba a datos básicos de la persona, como los aspectos de formación y capacitación recibida hasta la fecha. Por otro lado, concluía con una escala de Conducta Ante la Muerte (CAM) para el personal de la salud y otra sobre conocimientos y creencias sobre el suicidio en adolescentes para el personal de la educación.

1er. día: Talleres de discusión.

Público diana: Profesores de enseñanza secundaria y UTU, profesionales y personal de instituciones sanitarias públicas locales (eventualmente con participación de efectores privados).

Objetivos: sensibilizar, discutir y llegar a consensos socializados sobre el trabajo con la problemática.

Duración: 8 horas aproximadamente.

Técnicas: El trabajo se dividió en 2 actividades:

a. En la mañana (de 8:00 a 12:00) se realizó, en la primera hora, una presentación de la propuesta de trabajo, sus objetivos, la finalidad de la publicación de una Guía y algunos datos epidemiológicos acerca del suicidio en Uruguay. Luego se solicitó que se conformaran subgrupos para intercambiar y discutir sobre la base de una consigna de trabajo (**Anexo 4**). La actividad se completó con un plenario y síntesis de las conclusiones.

b. En la tarde (13:00 a 17:00) se trabajó en base a Talleres de discusión. Se conformaron pequeños grupos que tuvieron como tarea, la revisión de un borrador de la “Guía de Prevención del Suicidio adolescente para la intervención ante factores de riesgo y conducta suicida” en la cual se analizaban aspectos conceptuales así como también los mapas de rutas departamentales del sector salud propuestos para esta población objetivo. Los grupos de discusión se completaban con un plenario final con conclusiones regionales.

2do. día: Debates públicos con la sociedad civil. Mesa de debate e intercambio con la Sociedad.

Duración: 4 horas aproximadamente

Público diana: Sociedad civil (asociaciones de padres de instituciones educativas, asociaciones de usuarios en el sistema sanitario, organizaciones juveniles y ONGs) y actores políticos locales., (ediles locales, juntas locales y representantes de las divisiones sanitarias de las Intendencias).

Objetivos: sensibilizar e interiorizar sobre la temática y divulgar acerca de las redes públicas disponibles a nivel local y nacional.

Se apuntó a la socialización de la problemática del suicidio en adolescentes en el país. Se realizaron exposiciones de las diferentes instituciones invitadas tanto de la esfera gubernamental e integrantes de la UdelaR, con la finalidad de intercambiar, sensibilizar e informar a la sociedad

civil y actores políticos locales sobre la temática de la conducta suicida en adolescentes y divulgar sobre la redes públicas disponibles a nivel local y nacional. Dicha tarea se realizó con la conformación de una mesa de invitados con representantes de la UdelaR y de ANEP locales, responsables de la propuesta, representantes del Ministerio de Salud Pública (Programa Nacional de Salud Mental y Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud) y representante de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE.

2. Indicar en qué medida se han alcanzado los objetivos propuestos.

Los objetivos del proyecto original fueron:

Objetivo general

1) Transferir y capacitar el personal de ambos sectores en: a) la detección precoz, b) uso de instrumentos con pautas claras y precisas para el manejo adecuado ante situaciones de ideación suicida e IAE en población adolescente y, c) factores socioculturales que facilitan y dificultan su abordaje.

Objetivos específicos

1) Sensibilizar a los profesionales del sector salud y educación acerca de la importancia del fenómeno en la población adolescente y la necesidad de trabajo coordinado entre ambos actores.

2) Discutir acerca de las barreras socioculturales que interfieren en el abordaje de la conducta suicida así como las dificultades y facilidades que los recursos mencionados identifican en este tipo de población específica.

3) Socializar una Guía de recomendaciones para la derivación y atención de adolescentes con factores de riesgo de conducta suicida.

4) Sensibilizar mediante debates públicos a la sociedad civil y actores políticos locales sobre la temática en cuestión.

5) Interiorizar a la sociedad en su conjunto sobre la red de soporte de salud mental que cuenta ASSE así como también la red nacional de tratamiento de adicciones, ambas temáticas relacionadas con la temática.

Una vez concluida la propuesta el equipo de trabajo realizó la siguiente evaluación:

En relación al objetivo general se entendió que el mismo se cumplió satisfactoriamente.

En cuanto a los objetivos específicos:

1) Se alcanzó de manera muy satisfactoria en tanto en cada uno de los Plenarios finales se destacó el hecho que se trataba de una iniciativa sin antecedentes previos de trabajo conjunto entre personal de la salud y educación en torno a la problemática, que a pesar de ser compartida generalmente no encuentra modalidades de intervención coordinada.

2) Se alcanzó de manera muy satisfactoria. Los talleres permitieron la identificación de dificultades y aspectos facilitadores en el abordaje de la problemática, que en algunos casos eran compartidos por parte de ambos sectores y en otros casos fueron específicos a los ámbitos de trabajo. A esto se sumó la información obtenida a partir de los formularios entregados en el momento de la acreditación.

3) Se alcanzó de manera muy satisfactoria ya que se logró la confección de un libro-guía construido con los aportes de todos los participantes, cuyo lanzamiento se realizó el 10 de diciembre de 2013 en el Paraninfo de la Universidad en presencia de autoridades universitarias, sanitarias y de educación.

4 y 5) Estos objetivos no fueron alcanzados plenamente por dificultades de convocatoria, particularmente en el interior del país, que se desarrollan en el ítem correspondiente.

Se destaca que la jornada final de lanzamiento del libro contó con una amplia participación.

3. Indique los principales resultados obtenidos y sus conclusiones.

- 3.1
- a. Integración entre las áreas educativa y sanitaria.
 - b. Participación heterogénea y numerosa de ambos sectores (ver Resultados).
 - c. Socialización de la temática en ambos sectores y fundamentalmente en la educación.
 - d. Inclusión de los aportes de los participantes en la discusión del contenido de la Guía, lo que permite la apropiación del instrumento generado.
 - e. Reconocimiento de la importancia de la interacción y coordinación intersectorial por parte de las autoridades de ambas Instituciones (ANEP-ASSE-MSP).
 - f. Divulgación de las actividades y productos de la propuesta en medios masivos de comunicación del interior y capital del país.

g. Al interior de la UdelaR:

g.1. Se logró la interacción de la Universidad con estos 2 sectores en torno a una problemática relevante y compartida como es la prevención de la conducta suicida. Esta interacción permitió fortalecer el papel de engranaje entre la academia y las políticas y programas de intervención. El proyecto posibilitó tender puentes entre el mundo académico y la sociedad civil plasmando el conocimiento como insumo para la elaboración de propuesta de acción concreta y adquisición de herramientas de abordaje de esta compleja problemática. “Adecuación” de los saberes científicos a los saberes prácticos.

- g.2. Creación de un equipo de trabajo interdisciplinario con integrantes de diversas cátedras y departamentos universitarios.

Al exterior de la UdelaR. Consolidación de un equipo de trabajo interdisciplinario e intersectorial.

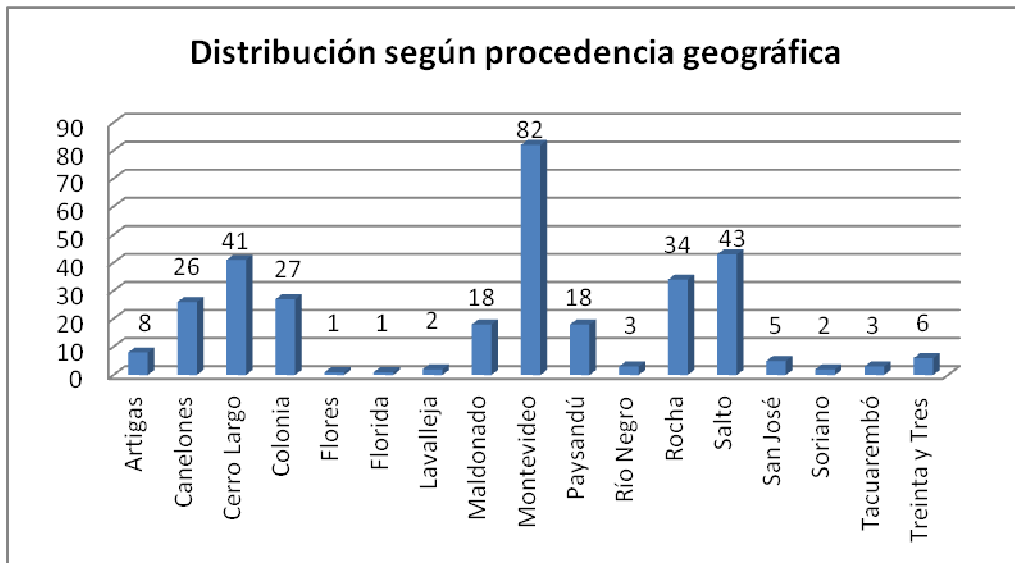
- h. Publicación y envío de la Guía a la red asistencial de ASSE y a los centros educativos a nivel nacional (UTU y Secundaria).

3.2 Resultados de los Talleres

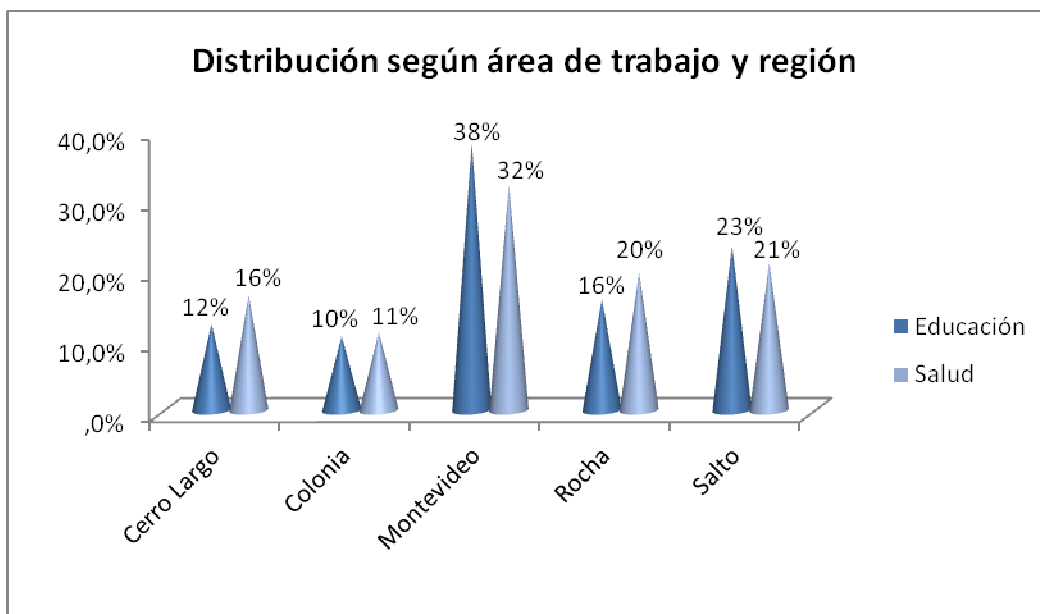
A continuación se presenta un breve resumen de los datos emanados del formulario-ficha que completaron los participantes como se adelantó en capítulos previos.

El total de participantes que completaron la ficha fueron 324 personas. Las mismas se discriminan: sector Salud 153 participantes (46%), de los cuales 128 son mujeres (84%) y 25 hombres (16%). Por otro lado del sector Educación, asistieron 171 (53%), dentro de estos: 151 fueron mujeres (88%) y 19 hombres (11%). Como se ve claramente los encuentros estuvieron sesgados por el sexo femenino.

En cuanto a la procedencia de los participantes, las mayores frecuencias corresponden a aquellos departamentos que fueron sede de actividades.



En cuanto a la participación por regiones, 31% procedieron del Este, 22% del Norte, 12% del Oeste y 33% del Sur.



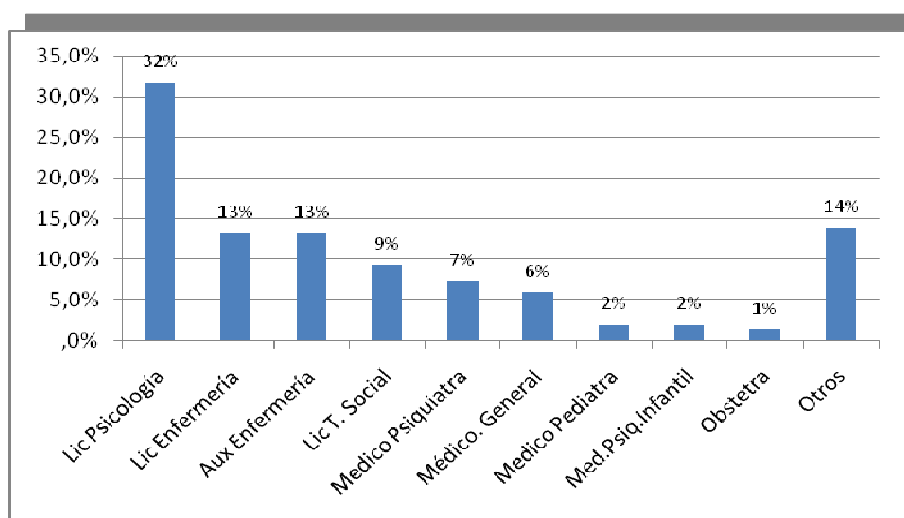
Distribución de participantes según profesión. Población total

PROFESIÓN	N	%
Docente	77	23,8
Lic en Psicología	79	24,4
Lic Trabajo Social	23	7,1
Lic en Enfermería	20	6,2
Aux. de Enfermería	20	6,2
Maestra	15	4,6
Médico Psiquiatra	11	3,4
Medico General	9	2,8
Obstetra-Partera	2	,6
Pediatra	3	,9
Psiquiatra Infantil	3	,9
Otros	62	19,1
Total	324	100,0

Las profesiones más frecuentes fueron: Docentes, Psicólogos, Enfermeras (licenciadas y auxiliares) y Trabajadores Sociales.

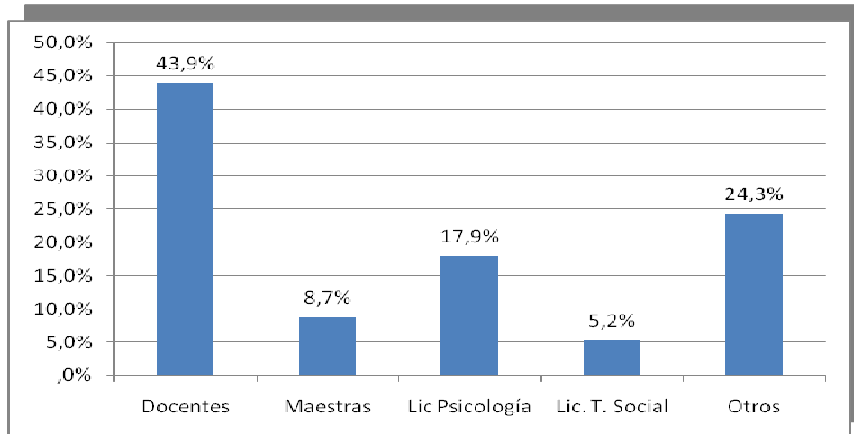
Como se observa en el gráfico, en el Sector Salud, las Profesiones con mayor participación, fueron los Licenciados en Psicología y Enfermeras (Licenciadas y Auxiliares de Enfermería) con porcentajes similares (31% y 26% respectivamente). Luego e siguen con menor participación Trabajadores Sociales 9%, Psiquiatras (de adultos e infantiles) 9% y Médicos generales con 6%.

Distribución de participantes según profesión. Sector Salud



Por el sector educación se observa una homogeneidad mayor, 44% docentes, 18% Psicólogos y 9% Maestras, entre otros.

Distribución de participantes según profesión. Sector Educación



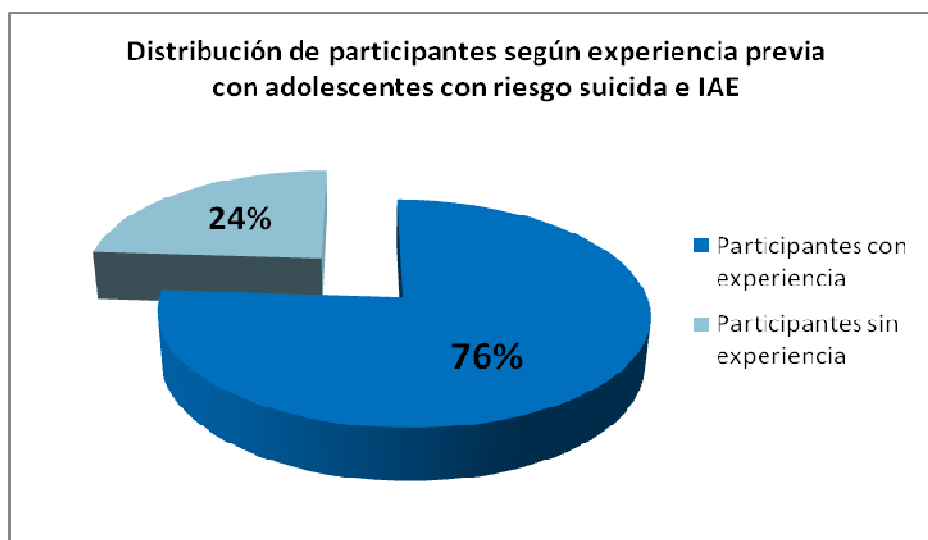
En cuanto a la formación específica en la temática sólo el 10% declaró tener formación específica, para el sector salud este valor asciende a 34%.

Sobre esta temática 69 casos hicieron un solo curso. En cuanto a la antigüedad del mismo, se constata que la gran mayoría lo realizó hace menos de un año, lo que nos aproxima a la necesidad de la formación en esta temática. El 80% lo hizo en el sector público y el resto en sector privado 20%.

Dado que en la literatura se plantea que las creencias religiosas influyen en la forma que se significa y se actúa frente a la muerte y el suicidio, se caracterizó a la población según religiosidad. Un 61% de los participantes manifestó no tener religión y un 33% manifestó religiosidad. En cuanto a las Prácticas religiosas, se destaca el catolicismo con casi un 90% seguido de evangelistas 4%.

Más allá de la percepción sobre la propia religiosidad, un 9% se definieron ateos, 42% como personas religiosas, persona no religiosa 42%, persona espiritual 3%, no respondieron 5%.

Por último en cuanto se les interrogó a los participantes sobre si había presenciado situaciones de riesgo suicida, 7 de cada 10 participantes se manifestó de forma positiva. Estos porcentajes varían por sector, un 87% en salud y un 65% de Educación.



En cuanto a la discusión de los talleres, se resumen algunas de las principales conclusiones, se identifican como **“Sentimientos asociados” a la temática de la conducta suicida en adolescente:** a) Impotencia, b) Ansiedad y/o angustia, c) Soledad, d) Preocupación, e) Miedo y f) Responsabilidad.

Por el lado de las “Soluciones y estrategias” adoptadas frente a casos de conducta suicida, se señalan: a) Trabajo en equipo y red/espacios de salud adolescentes, b) Escucha y empatía, c) Derivación acompañada, atención oportuna y seguimiento, d) Protocolos y capacitación, e) Identificación de adulto referente protector, f) Trabajo con familia, amigos y docentes (sensibilización, información, contención y desmitificación) y g) Mejorar políticas y planes, comunicación intra e interinstitucional y sistemas de registro.

Los resultados obtenidos de las escalas aplicadas, Conductas Ante la muerte (CAM) al personal de la salud y sobre conocimiento y opinión sobre el suicidio en adolescentes al personal de la educación, se detallan a continuación.

La escala utilizada CAM fue autoadministrada y cada profesional expresaba su acuerdo o desacuerdo a cada uno de los ítems mediante la marca en una escala ordinal. Las respuestas fueron de carácter voluntario. La escala original cuenta con 33 reactivos o preguntas, de los cuales para este proyecto se aplicaron 31, los mismos se agrupan en seis dimensiones que sintetizan las actitudes ante la muerte **Evitación, Aceptación, Temor,** y tienen como base las creencias que la muerte es un **Pasaje o Tránsito,** y se fundamentan en la concepción de la muerte como **Salida o Solución,** por último otra que involucra la **Perspectiva Profesional.**

El procesamiento de estas respuestas se trabajó con el paquete estadístico SPSS versión 15.

En cuanto a los resultados de la escala CAM se destacan los siguientes:

En el cuadro N° 1 se observa los porcentajes extremos (superior e inferior) de cada variable. Para una correcta interpretación se presentan las respuestas agrupadas en las seis subescalas o subdimensiones.

Evitación		% del N de la columna
Pensar en la muerte es perder tiempo	Muy acuerdo	14,3%
	Muy desacuerdo	85,7%
Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable	Muy acuerdo	28,0%
	Muy desacuerdo	72,0%
Yo realmente prefiero no pensar en la muerte	Muy acuerdo	34,2%
	Muy desacuerdo	65,8%
No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real	Muy acuerdo	14,6%
	Muy desacuerdo	85,4%

Aceptación		% del N de la columna
La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida	Muy acuerdo	83,8%
	Muy desacuerdo	16,2%
Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte	Muy acuerdo	54,2%
	Muy desacuerdo	45,8%
He pensado en mi muerte como un hecho imposible	Muy acuerdo	5,5%
	Muy desacuerdo	94,5%
Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal	Muy acuerdo	66,7%
	Muy desacuerdo	33,3%
Me siento más libre al aceptar mi muerte	Muy acuerdo	63,2%
	Muy desacuerdo	36,8%

En los dos primeros ítems, **Evitación** y **Aceptación** se presentan resultados disímiles. En cuanto al primer ítem, se percibe que todos los indicadores (4) presentan puntajes extremos hacia las respuestas en desacuerdo, con porcentajes cercanos al 80%, salvo en aquel ítem que interroga sobre el pensamiento en la muerte.

En cuanto al ítem **Aceptación**, las respuestas son más heterogéneas en cuanto al sentido y a la magnitud de las mismas. Es importante destacar que una de las preguntas, recoge una homogeneidad importante, es aquella que refiere a “el pensar su muerte como imposible”, casi la totalidad de los profesionales se mostro en desacuerdo.

Temor		% del N de la columna
La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad	Muy acuerdo	38,3%
	Muy desacuerdo	61,7%
Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida	Muy acuerdo	17,6%
	Muy desacuerdo	82,4%
Yo temo morir joven	Muy acuerdo	29,5%
	Muy desacuerdo	70,5%
Encuentro difícil encarar la muerte	Muy acuerdo	45,0%
	Muy desacuerdo	55,0%
Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte	Muy acuerdo	43,8%
	Muy desacuerdo	56,3%

Pasaje		% del N de la columna
Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor	Muy acuerdo	25,7%
	Muy desacuerdo	74,3%
Pienso que viviré después de mi muerte	Muy acuerdo	27,9%
	Muy desacuerdo	72,1%
Veo la muerte como un paso a la eternidad	Muy acuerdo	23,4%
	Muy desacuerdo	76,6%
Yo espero con placer la vida después de la muerte	Muy acuerdo	14,4%
	Muy desacuerdo	85,6%
Después de la muerte encontraré la felicidad	Muy acuerdo	7,7%
	Muy desacuerdo	92,3%

En cuanto a las subdimensiones **Temor** y **Pasaje**, las respuestas presentan mayor homogeneidad en la segunda, que en la primera, es decir, el Pasaje de la vida a la muerte parecería obtener mayores consensos, que el Temor.

En esta subdimensión, todo parece indicar que las opiniones se dividen a veces en porciones igualitarias, reflejándose en forma ejemplar en el ítem de contraer una enfermedad que lo lleve a la muerte.

Salida		% del N de la columna
La muerte puede ser una salida a la carga de la vida	Muy acuerdo	3,3%
	Muy desacuerdo	96,7%
Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo	Muy acuerdo	1,4%
	Muy desacuerdo	98,6%
Prefiero morir a vivir sin calidad	Muy acuerdo	18,3%
	Muy desacuerdo	81,7%
He pensado que no vale la pena vivir	Muy acuerdo	1,5%
	Muy desacuerdo	98,5%
Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio	Muy acuerdo	65,6%
	Muy desacuerdo	34,4%

Por último el ítems de **Salida** presenta en las cuatro primeras categorías, porcentajes cercanos al 100%, en la categoría desacuerdo. En el quinto ítems, que se interroga sobre los momentos en que la muerte puede ser un alivio, las opiniones se redireccionan en los acuerdos, más que en los desacuerdos, destacándose un 65% de acuerdo.

Una segunda modalidad de procesamiento pretendió conocer la consistencia interna del instrumento como indicador de confiabilidad. Para ello se obtuvieron los coeficientes de correlación de *Spearman* entre los promedios de cada proposición, y la media general de la sub-escala correspondiente. Los resultados pueden verse en el margen derecho de las tablas.

Como se puede observar, y en un nivel general, casi todos los reactivos de las diferentes subescalas o dimensiones generan promedios por encima de 3.

La sub escala **Aceptación** es aquella que casi todos sus ítems presentan valores cercanos a 2,5, es decir inferiores al resto. A su vez llama la atención para futuros trabajos, la perspectiva profesional con valores, cercanos a 2 en el promedio.

En la segunda modalidad Coef. *Spearman*, el Coeficiente se calculó entre los promedios de cada preposición y la media general de la subescala.

Casi todos los promedios son superiores a los niveles aceptables para este coeficiente que oscilan entre 0,5 y 0,6. Este dato estadístico está indicando que el instrumento tiene un alto grado de consistencia interna.

	Media	Desv. típ.	Coef. Spearman
Evitación	2,99	0,751	
Pensar en la muerte es perder tiempo	3,99	1,307	,594
Considero morboso pensar deliberadamente en mi muerte inevitable	3,57	1,485	,646
Yo realmente prefiero no pensar en la muerte	3,32	1,517	,770
No he pensado hasta ahora en la muerte como una posibilidad real	3,93	1,335	,612

	Media	Desv. típ.	Coef. Spearman
Aceptación	2,86	0,78	
La aceptación de la muerte me ayuda a tener más responsabilidad ante la vida	1,96	1,369	,651
Mi vida tiene más significado porque yo acepto el hecho de mi muerte	2,84	1,381	,796
He pensado en mi muerte como un hecho imposible	4,55	1,044	,140
Reconocer mi muerte como un hecho inevitable me ayuda a mi crecimiento personal	2,50	1,394	,660
Me siento más libre al aceptar mi muerte	2,70	1,301	,689

	Media	Desv. típ.	Coef. Spearman
Temor	3,3	1,017	
La posibilidad de mi propia muerte me despierta ansiedad	3,18	1,371	,758
Me siento perturbado cuando pienso lo corta que es la vida	3,85	1,358	,681
Yo temo morir joven	3,46	1,600	,700
Encuentro difícil encarar la muerte	3,08	1,393	,686
Pienso con temor en la posibilidad de contraer una enfermedad que me lleve irremediamente a la muerte	3,06	1,415	,677

	Media	Desv. típ.	Coef. Spearman
Pasaje	3,81	0,947	
Yo pienso que después de la vida habrá un lugar mejor	3,57	1,373	,779
No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir	3,35	1,488	,566
Veo la muerte como un paso a la eternidad	3,76	1,478	,837
Yo espero con placer la vida después de la muerte	4,08	1,335	,610
Después de la muerte encontraré la felicidad	4,26	1,155	,627

	Media	Desv. típ.	Coef. Spearman
Salida	4,81	0,607	
La muerte puede ser una salida a la carga de la vida	4,59	,918	,510
Pienso que ya no hay nada que ver en este mundo	4,88	,553	,298
Prefiero morir a vivir sin calidad	3,78	1,361	,686
He pensado que no vale la pena vivir	4,80	,633	,255
Hay momentos en que la muerte puede ser un alivio	2,49	1,558	,720

Perspectiva Profesional	Media	Desv. típ.	Coef. Spearman
Vivencio la muerte de mi paciente como un fracaso profesional	3,75	1,247	,336
No puedo evitar pensar en mi familia ante un paciente que va a morir	3,35	1,488	,607
No quisiera asistir al episodio terminal de un paciente de mi área	3,26	1,604	,415
Cuando asisto a un paciente terminal he pensado en la probabilidad de mi muerte	3,28	1,443	,513
Me conmueve enfrentar a la familia de un paciente moribundo	1,99	1,144	,520
El más alto sentido de mi trabajo es salvar la vida del paciente	2,42	1,405	,556
El contacto frecuente con la muerte me ha hecho verla como algo natural	2,90	1,446	,310

En relación a la escala aplicada al personal de la educación vinculada a las creencias sobre la conducta suicida en adolescentes se destaca que, en la población que respondió, predominan 4 ideas fundamentales. Las mismas, que fueron las que obtuvieron menores porcentajes de acierto (ítems **1, 2, 9 y 10**), hacen referencia a que:

1. “El suicidio de adolescentes aumentó dramáticamente”. Dicha afirmación es **falsa**, solo 22% de las respuestas fueron correctas. Si bien hay un aumento de IAE y suicidios en adolescentes, las estadísticas no muestran que el incremento sea “drástico”, sin embargo 72% cree que sí.

2. “La mayoría de los adolescentes revelan ideas suicidas o problemas emocionales para que los ayuden”. La respuesta correcta es que la afirmación es **verdadera**, en este ítem 41% de las respuestas fueron correctas. Esto significa que más del 50% de los RRHH educativos que contestaron entiende que los adolescentes **no comunican** previamente sus problemas emocionales o aquello que les aqueja como forma de buscar ayuda.

9. “Hay diferencia significativa entre adolescentes varones y mujeres respecto a conducta suicida”. La respuesta a dicha afirmación es que es **verdadera**, sin embargo apenas 17% de las respuestas fueron correctas. Por lo tanto el 83% de los RRHH educativos que respondieron entienden que no hay diferencias significativas entre varones y mujeres en relación a las conductas suicidas.

10. “El método más común de suicidio adolescente es la sobredosis de droga”. Esta afirmación es **falsa**, 44% de las respuestas fueron correctas. Si bien no habría una diferencia significativa con las respuestas incorrectas, es importante considerar que un 56% cree que la sobredosis es el método más utilizado.

Los resultados presentados en el ítem 2, coincide con 2 de los mitos que destaca la bibliografía internacional los cuales hacen referencia a que:

Ítem 2.

Mito - El que se quiere matar no lo dice.

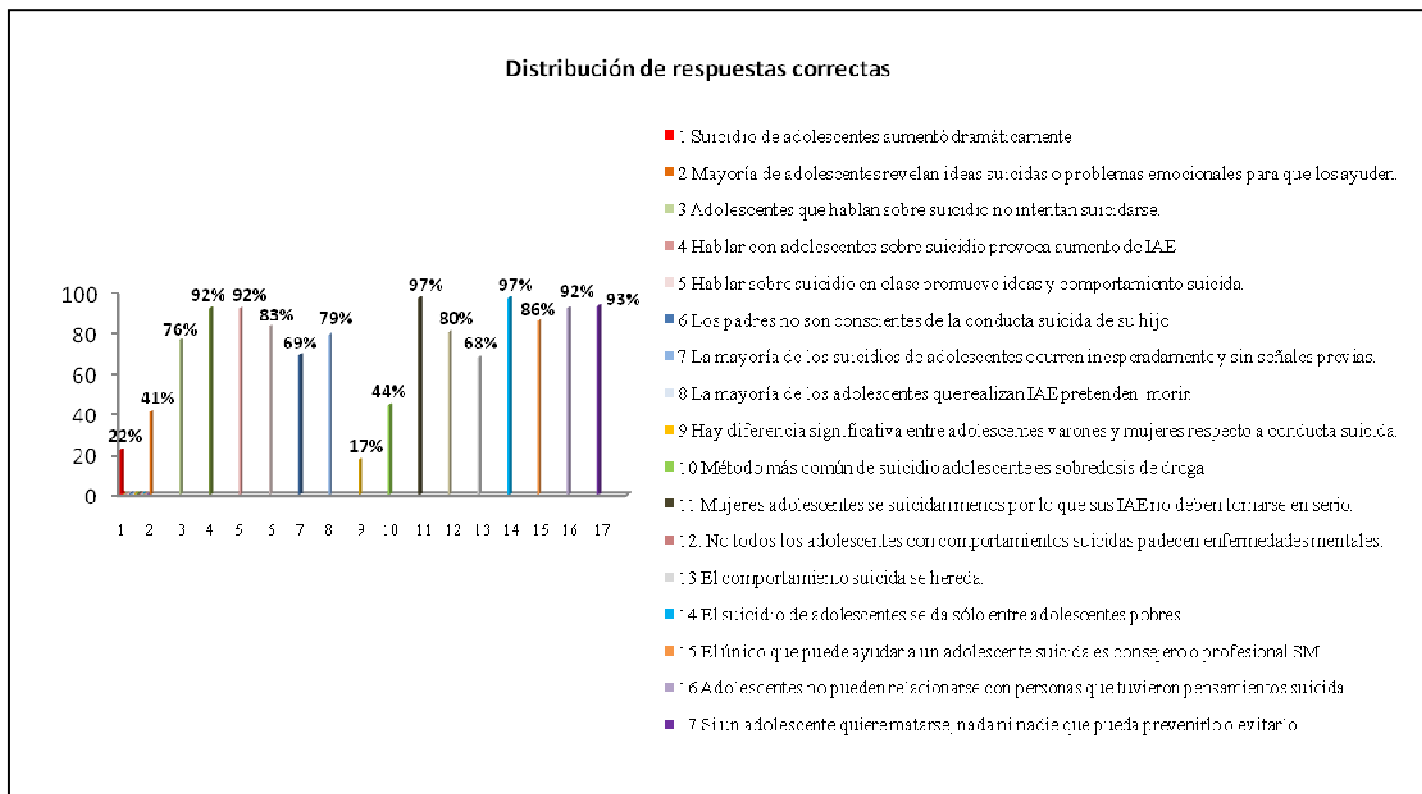
Este tipo de pensamiento conduce a no prestar la debida atención a las personas con riesgo, sus comportamientos y comunicaciones. Las investigaciones muestran que de cada 10 personas que se suicidan 9 manifestaron claramente, a través de diferentes formas (mensajes escritos, de texto por celulares, comportamientos que no eran comunes) sus intenciones suicidas previamente.

Mito - Sólo las personas mayores se suicidan, o Mito - Los niños no se suicidan.

Este tipo de pensamiento propicia la evasión del suicidio como causa de muerte en niños y adolescentes, por lo tanto se presenta como dificultad para la detección de factores de riesgo que ayuden a prevenir situaciones de riesgo. Los estudios indican que los adolescentes y las personas de la tercera edad son las poblaciones de mayor riesgo para la conducta suicida. Además, esta idea lleva a la negación de una realidad que cobra relevancia a nivel mundial. Se sabe que luego que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio. La bibliografía internacional y nacional muestran que las conductas suicidas (pensamientos, IAE y suicidios) se están dando en edades cada vez más tempranas.

Los ítems 1, 9 y 10 hacen referencia a datos estadísticos tanto nacionales como internacionales y refieren a la información y actualización que hay en relación al tema. Los bajos porcentajes de respuestas correctas estarían trayendo a luz la necesidad de formación, información y/o actualización sobre la temática en uno de los actores que mayor contacto (en horas) tiene con los adolescentes que acuden a los centros educativos.

El detalle de cada uno de los ítems pesquisados en la escala se presenta en el siguiente gráfico.



4. Resumen (Anexo 5)

b) Actividades relativas al producto final y su difusión:

1. Material de divulgación

El material de divulgación se centró en la edición de un libro guía de procedimientos para la detección y seguimiento de los adolescentes que presentan riesgo suicida. A partir de un material preliminar, los talleres regionales generaron una instancia propicia, a través de los aportes de todos los participantes, para la construcción de un documento final sostenido en contenidos consensuados y ajustados a la realidad de cada departamento y/o Región.

2. En relación a la publicación y presentación pública del “libro blanco”, describa brevemente las características generales del libro, y las actividades de divulgación previstas.

CONTENIDO

Introducción 19

Capítulo 1.

Aspectos conceptuales

1. La conducta suicida en la adolescencia. Consideraciones generales.23

1.1. Sobre la noción de muerte.....23

1.2. El fenómeno del suicidio.....23

2. El enfoque de derechos para el abordaje de la conducta suicida25

2.1. Principios generales del derecho en el Uruguay26

2.2. Definición normativa de las categorías etarias de Niño y Adolescente28

3. Alcance del problema del suicidio a nivel nacional28

3.1. La conducta suicida en Uruguay28

Capítulo 2.

Prevención de la conducta suicida en adolescentes

1. El enfoque preventivo y de riesgo aplicado en el abordaje de la conducta suicida en adolescentes ... 35

1.1. Riesgo y vulnerabilidad35

1.2. Adolescencia: Importancia de su focalización desde una perspectiva preventiva37

1.3. Factores de riesgo y protección en adolescentes y jóvenes 38

1.4. Estrategias de seguimiento de pacientes con problemas de salud mental43

1.5. Estigmas y Mitos44

2. Programas de Prevención de la Conducta Suicida49

Capítulo 3.

Manejo de la conducta suicida

1. Recomendaciones para el manejo de la conducta suicida59

Primer paso: Detección y valoración inicial del problema

i. Algunos signos y síntomas de alerta de riesgo suicida59

Segundo paso: Contacto/encuentro con el adolescente con posible riesgo suicida

i. Encuentro con el adolescente.....60

ii. Consideraciones importantes en el contacto con personas con riesgo suicida.....60

Tercer paso: Diagnóstico de situación y valoración del riesgo.

i. Cómo evaluar el riesgo de suicidio.....61

ii. Clasificación del riesgo suicida en el caso de ideación (IS) y de intento (IAE).....65

Cuarto paso: Primera intervención - Identificación del adulto referente protector (ARP),

Coordinación y trabajo en red..... 67

Quinto paso: Seguimiento de la situación.....	69
i. Intervención en el IAE en adolescentes.....	70
ii. Abordaje con el adolescente con conducta suicida.....	72
iii. Algunas recomendaciones especiales para el abordaje de la conducta suicida en el ámbito educativo.....	72
Sexto paso: Abordaje/trabajo/Posvención con familiares y allegados.....	75
i. Trabajo con la familia en el caso de muerte por suicidio.....	75

Capítulo 4.

Estrategias desarrolladas de la conducta suicida en los usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)

1. Red de Salud Mental de ASSE.....	81
2. Estrategias desarrolladas para la prevención y la atención de usuarios con Intentos de Autoeliminación (IAE).....	83
2.1. Recursos asistenciales de la Red de Salud Mental de ASSE para la conducta suicida e IAE.....	85
i. Psicólogos de Área y Equipos Comunitarios de Salud Mental (ESM) insertos en el Primer Nivel de Atención.....	85
ii. Puertas de Emergencia con Psiquiatra de guardia.....	89
iii. Salas de Internación y camas destinadas para pacientes de Salud Mental en Hospitales Generales	89
iv. Seguimiento y tratamiento del usuario luego del IAE.....	90

Capítulo 5.

Antecedentes de trabajo en prevención de la conducta suicida en la Enseñanza Media. El abordaje de la violencia doméstica en adolescentes.

1 Educación y Derechos	97
2 Derechos Humanos y Violencia Doméstica	97
3 El Proceso de implementación del Protocolo de Enseñanza Media	98
3.1 Los Objetivos específicos	98
3.2 Las metas	99
3.3 Estrategia de implementación	99
4. Las actividades	100
5. Algunos resultados	101
6. Violencia Doméstica y conductas suicidas en adolescentes en el sector educativo.....	107
Bibliografía	111

Anexos

Anexo 1. Resultados del estudio de Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en Uruguay (2009). Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud	
Anexo 2. Normativa jurídica	
Anexo 3. Tasas de suicidio cada 100.000 habitantes según Departamentos (2010-2012).	
Anexo 4. Programa Nacional de Salud Mental, Plan Nacional de Prevención Del Suicidio para Uruguay (2011-2015), Ministerio de Salud Pública.	
Anexo 5. Ficha de Registro Obligatoria de IAE (FRO-IAE).	
Anexo 6. Gravedad de los síntomas depresivos.	
Anexo 7. Mapa de Ruta de ASSE según valoración Del riesgo suicida detectado.	
Anexo 8. Mapas de Ruta de ASSE para La atención de usuarios con IAE	
Anexo 9. Programa Niñez y Adolescencia de ASSE, Espacio Adolescente	
Anexo 10. Sistema Integral de Atención a La Infancia y Adolescencia contra La Violencia (SIPIAV)	
Anexo 11. Mapa de Ruta para situaciones de Maltrato y Abuso Sexual en Niños, Niñas y Adolescentes en el ámbito escolar (CEIP).	
Anexo 12. Mapa de Ruta del Protocolo de Violencia Doméstica en Adolescentes para enseñanza media.	
Anexo 13. Directorio de recursos.	

El lanzamiento del libro se realizó el 10 de diciembre de 2013 en el Paraninfo de la Universidad en presencia del Rector Rodrigo Arocena, Decana de la Facultad de Ciencias Sociales Susana Mayo, y autoridades de ASSE, Presidenta Dra. Beatriz Silva, autoridades de ANEP-CODICEN Director de la Dirección de Derechos Humanos Dr. Martín Prats y autoridades del MSP, Responsable del Programa Nacional de Salud Mental Dr. Ariel Montalbán y Lic. Ps. Dennise Dogmanas y Responsable del Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud Dra. Susana Grunbaum.

Las instituciones que efectivamente han recibido o recibirán el material producido son:

A nivel nacional:

- A los diferentes servicios de la Facultad de Medicina.
- A los diferentes Departamentos/Institutos/bibliotecas de todos los servicios universitarios con énfasis en los pertenecientes al área de salud: Enfermería, Odontología, Psicología e Instituto de Educación Física, Ciencias Sociales.
- Patronato del Psicópata y Centros de Rehabilitación.
- Colegios y liceos de Montevideo e interior (ANEP- CODICEN)
- Todos los participantes de los talleres realizados en el marco del Proyecto (ASSE Y ANEP) y cada institución enviará a los equipos de Salud Mental y referentes de Violencia Doméstica de ambos sectores.
- Programa de Salud Mental del MSP.
- Equipos de salud y Espacio Adolescente del Programa de Salud de Adolescencia y Juventud del MSP.
- Directores de todas las dependencias de ASSE a solicitud del Presidente de la misma Dra. Beatriz Silva, Directores y Responsables de las dependencias del MSP.
- INAU: Directorio, Sistema de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la violencia (SIPIAV), Servicio Médico.
- Direcciones de los 48 prestadores de Salud.
- Servicios Médicos de la Banca Oficial y Privada, UTE, OSSE, ANCAP.

Se entregaron, además, a solicitud del Sr. Mario Gonzalez, representante de OPS, 5 ejemplares que enviará a Washington DC.

3. Describa otros tipos de producciones escritas o audiovisuales producidas que considere relevantes.

Más allá de la guía que fue el factor fundamental del proyecto, se elaboraron diferentes presentaciones para diferentes públicos. A su vez, se participó en entrevistas en distintos medios de comunicación, a saber:

Canal 5 La noticia y su contexto - Prevención de la conducta suicida en adolescentes

Realizada: 17/09/2013

Canal 12 Melo - Melo: cede de taller sobre prevención de conducta suicida en adolescentes.

http://www.youtube.com/watch?v=1eJ9hrBSnIE&feature=youtube_gdata

Realizada: 18/10/2013

Radio Melo – Uruguay presenta una de las tasas más altas de suicidio adolescente en América Latina.

<http://www.youtube.com/watch?v=VbTYvEQV4pE>

Realizada: 18/10/2013

TV Ciudad - Prevención de la conducta suicida en adolescentes

Realizada: 10/12/2013

Canal 5, TNU - Prevención de la conducta suicida en adolescentes

http://www.youtube.com/watch?v=GSNSb9tpemw&feature=em-share_video_user

Realizada: 16/12/2013

CX 30 Radio Nacional – Suicidio adolescente.

www.radionacional.com.uy

Realizada: 20/12/2013

Radio El Espectador – Programa: Suena Tremendo. Suicidio adolescente.

<http://www.espectador.com/salud/286541/asumir-esa-enfermedad-cuesta-mucho>

Realizada: 10/3/2014.

Diario **La Diaria**, sección Nacional, pág.: 7 - “Nueva guía para prevenir suicidio adolescente: conviven mitos, subregistro y dificultades de diagnóstico”, Larrobla, C.; Hein P.; Canetti, A.; Novoa G.; Durán, M.

Publicado: 8 de abril 2014

Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP) - Presentación del libro “Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud” a miembros de la institución y público en general.

Realizada:

4. Indique si los resultados parciales o finales de la propuesta fueron directamente utilizados en actividades de enseñanza (cursos de grado, posgrado, etc.).

En cuanto a la Facultad de Medicina, a partir de marzo del 2014 se incorporan los resultados al temario de Depresión e IAE dictados desde hace 3 años, en los cursos de grados de la Programa de la Unidad de Salud Mental en Comunidad de la Facultad de Medicina, Plan 68 y Nuevo Plan de Estudio.

En cuanto a la Facultad de Ciencias Sociales, se está estudiando la incorporación de la temática en materias optativas de grado, dentro del Nuevo Plan de Estudio.

En cuanto a ASSE, la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, implementará cursos de capacitación y actualización para el personal de salud implicados en las puertas de emergencia y en el primer nivel de atención. A su vez se estudia la posibilidad de desarrollar un curso para Psicólogos de Área.

En cuanto a la ANEP, la guía publicada será un insumo a incorporar en los cursos de grado de Formación Docente a partir de los contenidos que se trabajan en los Seminarios de DDHH que integran la currícula obligatoria de la formación de docentes de primaria y enseñanza media. La distribución del material publicado contempló esta posibilidad, destinando ejemplares tanto para las bibliotecas de los distintos Institutos de Formación Docente como para los docentes que trabajan en los Seminarios mencionados.

5. Indique si se han realizado actividades de cooperación académica nacional o internacional, tales como trabajos de coautoría, intercambio de información, discusión académica, etc.

No, se espera poder realizarlos a punto de partida de la experiencia llevada a cabo en el 2013.

c) Dificultades y sugerencias

1. Indique las dificultades con las que se ha encontrado a lo largo del trabajo, así como posibles sugerencias que pudieran mejorar el programa.

Dificultades referidas al desarrollo de la propuesta de trabajo.

Se encontró grandes dificultades a la hora de convocar a la sociedad civil y política, para las Jornadas de debate público. Una de las posibles explicaciones de este hecho, se centra en el día de cada debate, siendo este fijado por equipo para los días sábados.

Dificultades referidas al programa Art.2.

Falta de seguimiento en la ejecución de fondos contables y de la ejecución académica.
Pautas poco claras sobre los diversos informes a entregar (informes intermedios y final).

En cuanto al cobro de los montos asignados, se percibieron dificultades importantes dentro de la Facultad de Medicina, en la difusión de las actividades de dicho servicio.

La necesidad de contar con informes intermedios en el desarrollo del programa que permitan el monitoreo y anticipación de dificultades económicas y académicas de las propuestas.

2. Indique si a consideración del equipo docente que trabajó en esta propuesta sería necesaria una mayor profundización de la temática, o nuevas elaboraciones en torno a las posibles transformaciones históricas, sociales, tecnológicas en las que la problemática podría derivar en un futuro.

El equipo entiende que es fundamental continuar la profundización del trabajo en esta temática dada las carencias y necesidades detectadas en los RRHH de los sectores salud y educación en las diferentes convocatorias. A raíz de ello se entiende imprescindible:

Seguir afianzando el papel articulador y dinamizador de la UdelaR en temáticas de alto interés y relevancia social con carácter interdisciplinario e intersectorial.

Profundizar el proceso que tuvo inicio con estas actividades, en tanto las mayores dificultades que se presentan en la temática, de acuerdo a la bibliografía internacional, son del orden socio cultural.

Afianzar el vínculo generado a través de los recursos de ambos sectores y continuar profundizando en el análisis y resolución de las dificultades con las que se trabaja.

3. Otras consideraciones y/o recomendaciones que usted considere pertinente realizar.

III) Materiales de difusión producidos.
--

1. **Copia del “Libro Blanco” anexada a este formulario.** (Ya se entregaron)
2. Adjunte formas de difusión generadas en el marco de la propuesta.
Afiches de convocatorias a los Talleres y lanzamiento de la Guía (Anexo 6)
Constancia de participación de los Talleres (Anexo 7)