

IAE en Adolescentes en Uruguay: Percepciones de los RRHH en Salud en Puertas de Emergencia de ASSE.

Grupo de investigación



Universidad de la República:

- Facultad de Ciencias Sociales
- Facultad de Medicina
- Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

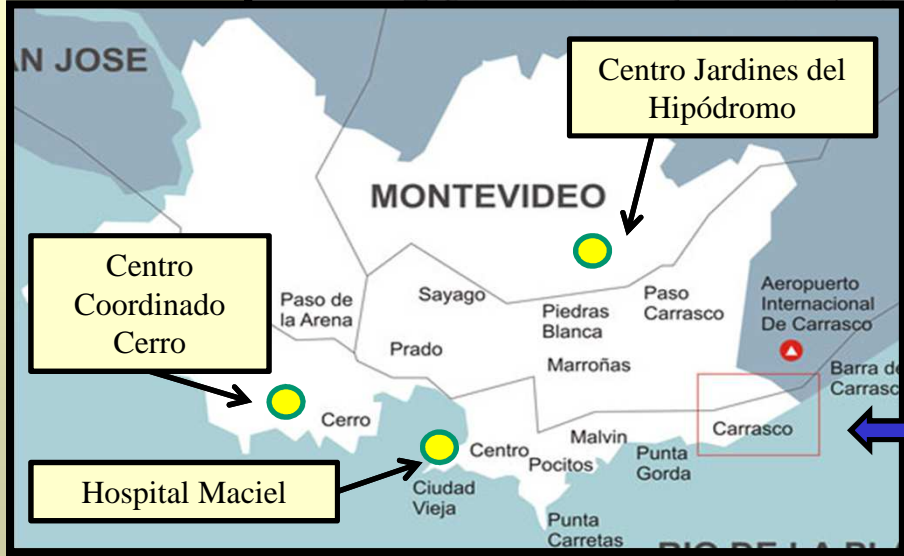
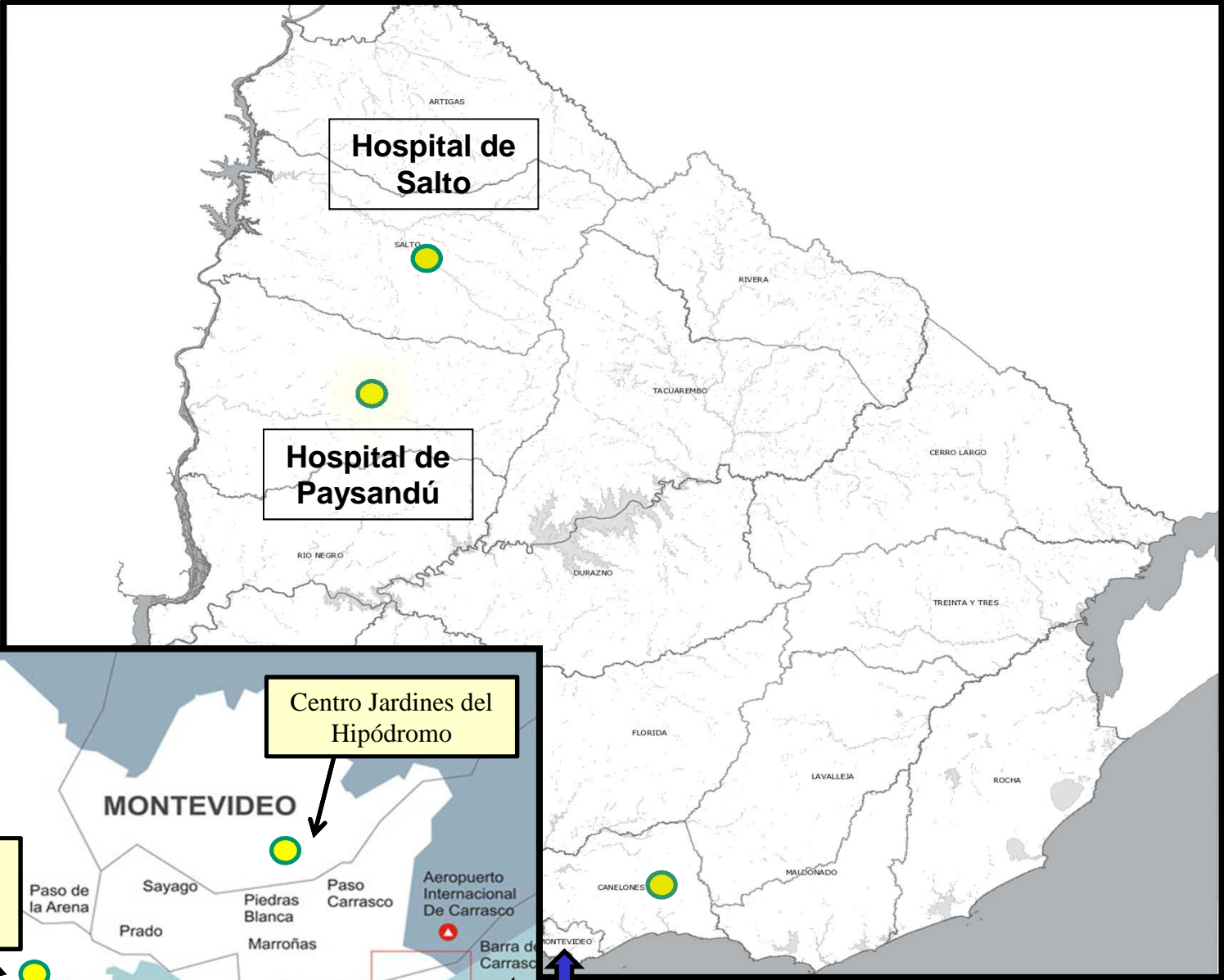
ASSE - Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables





Fondo María Viñas

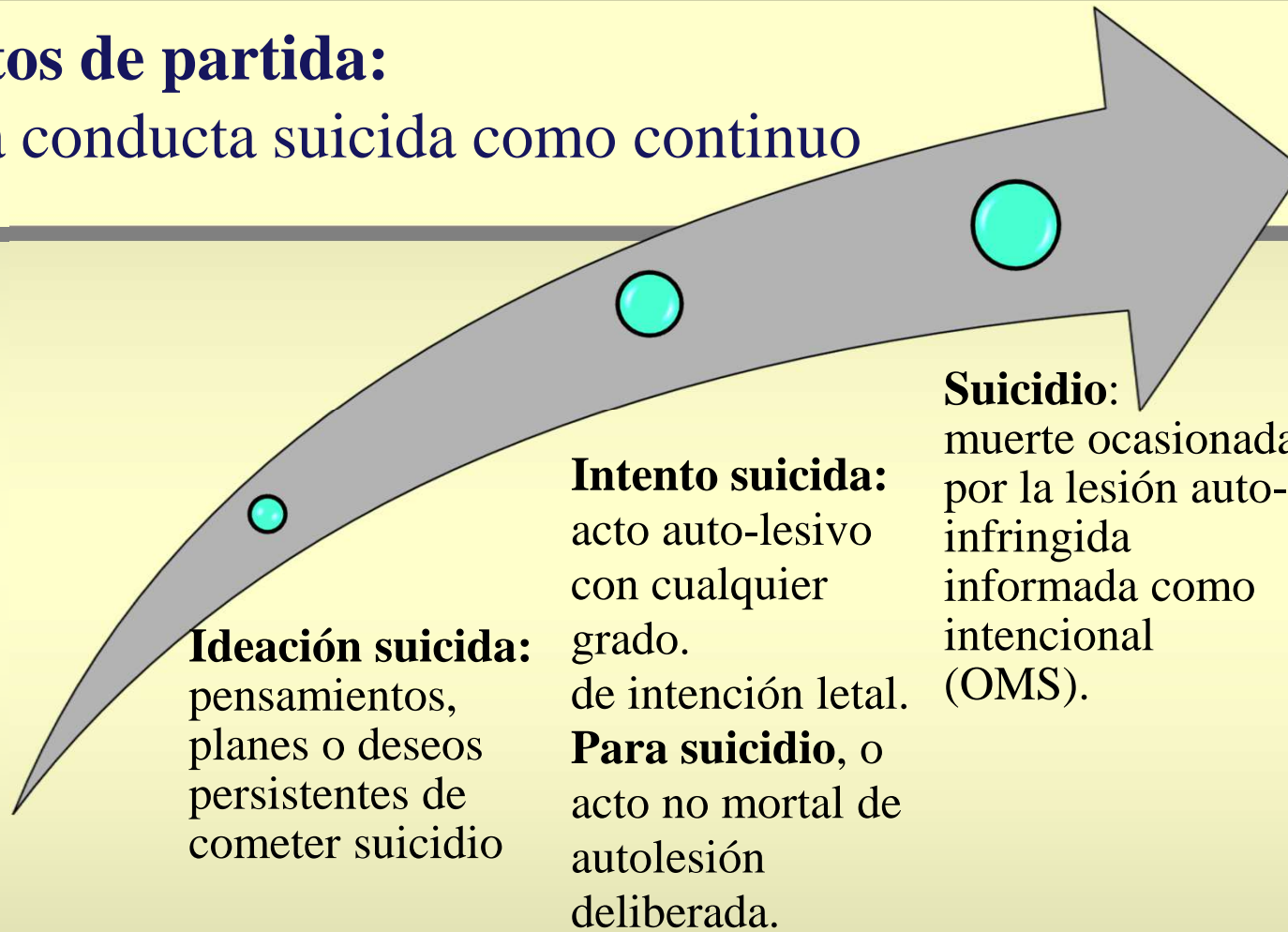
2013 - 2015



Hospital de Las Piedras

Puntos de partida:

1. La conducta suicida como continuo



El papel que juega el sistema de salud y sus RRHH en la prevención de este continuo es reconocido por autores y organismos rectores en materia sanitaria.

2. La capacidad de los RRHH

- ▶ El Programa de Prevención de Suicidio de OMS destaca la formación de los recursos humanos para aumentar la capacidad de respuesta.
- ▶ Esta debe ir más allá de la simple transferencia mecánica de información o de herramientas.
- ▶ Las barreras conceptuales, culturales e institucionales dificultan el abordaje por lo que es necesario identificarlas con claridad y tomarlas en cuenta en cualquier proceso de formación.

(Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. (2005) - Global suicide rates among young people aged 15-19. World Psychiatry, 4:114-20)

3. La emergencia como espacio privilegiado de prevención

- Oportunidad para intervenir y reducir costos humanos, sociales y económicos asociados.
- Convergen “**ENDOFENOTIPOS**” de riesgo suicida :
 - hombres, jóvenes, presos, propietarios de armas,
 - personas sin hogar, pacientes psiquiátricos, adictos a sustancias,
 - víctimas de violencia y adultos mayores.

Es un punto de contacto “por defecto” con el sistema de salud de pacientes con riesgo.

- Se identifican: **MITOS Y ESTIGMATIZACIONES.**
- “el que se quiere matar en serio no juega”
- “ lo veo como un paciente... ya lo catalogo matemáticamente como psiquiátrico”
- “ el adolescente que quiere llamar la atención y se toma tres amoxidal”
- pacientes niegan ideación suicida, IAE previos y ocultan información para no ser hospitalizados.
- pacientes que utilizan métodos “leves” tienen menores probabilidades de seguimiento que los que utilizaron métodos más “violentos”.

Finalidad:

Identificar obstáculos, dificultades y experiencias positivas a nivel del sector salud para actuar con eficacia, eficiencia y efectividad ante el problema.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar el registro de I.A.E en pacientes entre 14 y 24 años en emergencias de 4 Hospitales generales y 2 Centro de Salud de la Red de Atención de ASSE

2. Reconocer y discutir barreras socioculturales que dificultan el abordaje y registro de IAE.

Metodología

Tipo de estudio: Estudio poblacional de carácter descriptivo transversal.

- Diseño cuali-cuantitativo (profundizar aspectos relevantes y visión más amplia).
- Triangulación de diferentes herramientas de recolección de datos:

1. Relevamiento de **Fichas de emergencia**.

2. Grupos de Discusión - Aproximación al tema de los discursos colectivos. Los propios actores se transformaron en agentes de evaluación de sus tareas (2 en Montevideo y 3 en el Interior -Paysandú, Maldonado y Cerro Largo).

3. Entrevistas semiestructuradas - Conocer expectativas, opiniones, valores, creencias y funcionamiento. Dimensiones exploradas:

- Representaciones sociales de su formación y tareas;
- Autovaloración de sus funciones dentro del sistema de salud;
- Identificación de barreras personales y/o institucionales en relación a conducta suicida;
- Integración percibida entre recursos generalistas y específica de SM.

Población objetivo y caracterización

- Total de participantes: **156** profesionales de puertas de emergencia (Médicos Generales, Especialistas, Lic. en Enfermería, Aux. de Enfermería e Internos).
 - 43,2% hombres y 56,8% mujeres (no hay una diferencia significativa en relación al género).
 - 21,4% realizaron algún curso de formación específica en la temática.
 - 51,9% no tiene religión y 48,1% manifestó religiosidad. En cuanto a sus prácticas religiosas: catolicismo (81,1 %) seguido de evangelistas (5,4%); otras declaraciones de religiosidad no superan 2%.
- Total de entrevistas: **80** (Direcciones, Jefes de guardia y personal de salud). El equipo de investigación se estableció durante los 4 turnos de guardia (jornadas de 24 - 36 horas de trabajo).

En Uruguay se confirma que:

- Estos ámbitos sanitarios constituyen una importante puerta de entrada o de contacto de los adolescentes con el sistema de salud.
- A pesar de ser un eslabón crítico de la cadena de prevención de la conducta suicida, existen condiciones ambientales y socioculturales que no permiten hacer un uso apropiado de esta oportunidad.

Actitud ante la muerte: resultados del CAM

Evitación: Predominio de respuestas ambivalentes (acuerdo y desacuerdo), preferencia a no pensar en la muerte. Contrasta con los problemas a los que se enfrentan en su práctica laboral.

Aceptación: Mayoría reconoce aceptación, rechazando la idea de la muerte como evitable y asumiendo que su racionalización contribuye a un mayor compromiso con los momentos vitales aunque (tercera parte no está de acuerdo con ello).

Temor: Respuestas ambivalentes. Un sector importante de RRHH niega emociones negativas ante la muerte, reconoce que la muerte moviliza **ansiedad**, es difícil pensar y que su eventualidad a partir de enfermedades terminales produce **miedo**.

Pasaje: Respuestas ambivalentes, probablemente se corresponda con el alto nivel de religiosidad presentada en los RRHH.

Salida: el mayor rechazo se visualiza ante la idea de asumir la muerte como una vía de resolución o de escape a los problemas; la conducta suicida y el IAE no son comportamientos aceptados.

La percepción del personal de salud: resultados de técnicas cualitativas.

Fuertes amenazas a la calidad de la atención: **Tiempo disponible por paciente, aspectos administrativos (coordinación de traslados), débil articulación** para lograr formas alternativas de asistencia psiquiátrica inmediata fuera de la internación.

Exigencias: obligan a operar con **un ordenamiento jerárquico no siempre explícito** de los pacientes, para administrar tiempo y recursos:
el paciente con **IAE sin evidencias orgánicas de su intención de muerte, es ubicado en lugar marginal** de la consulta.

Se presentan **creencias sobre la conducta suicida**, en las que inciden aspectos personales, religiosos y también técnicos que **influyen en su forma de reaccionar emocionalmente y de actuar profesionalmente**.

Predominio sentimientos negativos/ambivalentes hacia personas con conducta suicida. Se refuerza por racionalidad con la que se justifica la elección laboral en éste ámbito y por criterios técnicos que define la tarea y el rol a cumplir (salvar vidas, actuar rápido ante el paciente grave o con lesiones “palpables”).

Se reconoce la **ansiedad que genera enfrentar la familia** del paciente, son las situaciones que más estrés y reacciones emocionales generan, en especial en niños.

Se tiende a **negar** existencia del IAE como categoría diagnóstica si no identifica evidencias materiales del deseo de autoeliminación.

Se admite el **suicidio exitoso** (o fallido por error de cálculo), o el **acto de llamar la atención** (berrinche, intento banal) asociado al intento con métodos menos “letales”.

Subyace esta creencia la idea que son comportamientos que **no revisten riesgo de vida**, por tanto no merecen atención sanitaria especial.

La **falta de capacitación específica** sobre IAE y otros temas referidos a la complejidad de los vínculos con el paciente y su entorno, contribuyen a reafirmar el concepto de que **los aspectos que trascienden el territorio de lo orgánico, exceden la responsabilidad médica y corresponden al psiquiatra.**

Hallazgos

SENTIMIENTOS

- Impotencia.
- Ansiedad.
- Angustia.
- Rechazo.
- Discriminación.
- Rabia.
- Soledad.
- Preocupación.
- Miedo.
- Responsabilidad.

OBSTÁCULOS

- Falta de:
formación,
protocolos,
técnicos y apoyo,
trabajo en red, coordinación
interinstitucional,
apoyo de la familia y/o
referentes.
- Dificultades en la derivación y tiempos
de respuesta.
- Desconocimiento y mitos.
- Falta de apoyo institucional.

... si el paciente realmente quiere matarse el intento tiene características mucho más violentas ... y como tal se maneja diferente al que está tratando de llamar la atención, porque quiere obtener un beneficio a punto de partida de esa situación. **Personal médico Montevideo**

... El que viene con un balazo se quiso matar en serio, es otra cosa, nos pasó con un adolescente, eso te toca, y termina en CTI..., después tenés los IAE que son pacientes que manipulan el entorno... **Personal médico Interior**

... En relación al sexo yo te puedo decir que la consulta de los hombres es más justificada que la de las mujeres. Porque no tienen nada, en general es psicológico, esta angustiada, se peleó con el novio y todo la descompensa, se toma unas pastillas y viene a la emergencia... **Personal médico Interior**

... para mí el suicidio es un acto de cobardía... son cobardes, podés tratar de solucionarlo de otra forma... **Lic. en Enfermería Montevideo**

... en los adolescentes, me da como rabia, entonces me cuesta más todavía, trato de controlarme, de no destratar, pero me genera como al revés, como un rechazo. **Pediatra Interior**

... un paciente psiquiátrico..., eso lo tiene que ver el psiquiatra, uno tiene que derivarlo. Paciente con IAE es para especialista de psiquiatría, se hace derivación... **Médico general Montevideo**

Productos generados

- Aportar insumos para mejorar la formación de RRHH y gestión en prevención de la conducta suicida en adolescentes.

A partir del análisis de estos insumos, la literatura científica, recomendaciones de organismos internacionales y aportes de ASSE, se ha avanzado en:

- ✓ **Diseño de guía de capacitación e intervención.**
- ✓ **Apoyar procesos de capacitación de recursos humanos en sistema sanitario.**

Recomendaciones:

1. Formación de Recursos Humanos

Transferir conocimientos específicos y revertir algunos conceptos de IAE

- Los significados que subyacen al método elegido son particulares, únicos y subjetivos y no siempre descifrables.
- El IAE puede comprometer la vida del paciente en igual medida que una patología orgánica.
- Otras formas de vínculo y cuidado son importantes, además del cuidado de lo orgánico.
- Derribar equivalencia entre reincidencia de IAE y el “llamado de atención”, conduce a la subestimación del problema y a una actitud de rechazo.
- Asegurar que cualquier IAE o equivalente sea considerado como “caso” que debe ser atendido rápidamente.
- Incluir en currículas el tema de la muerte/muerte violenta, el contacto con la familia superviviente (posvención) y aspectos relevantes de la entrevista con pacientes con conducta suicida.

2. RRHH - Equipos de salud.

Contar con recursos de salud mental fácilmente accesibles en las emergencias y en la atención primaria.

3. Registro.

- Mejorar la valoración que el personal hace del registro como herramienta médico-legal, estadística y de mejora de la calidad de atención. Incluir la identificación de factores de riesgo y antecedentes.
- Contar con registros anteriores del paciente, de modo de facilitar la toma de decisiones.
- Empleo de códigos de comunicación comunes, que faciliten el monitoreo y evaluación de las acciones.

Acciones desarrolladas en ASSE para la Atención y Prevención Conducta Suicida

1. Continuidad de la gestión del Equipo de prevención del suicidio e IAE en usuarios y familias de ASSE. (2011 a la fecha)
2. Fortalecimiento y capacitación de los Ref. Nacionales en IAE y Suicidio.
3. Consolidación y difusión de los Mapas de Ruta y Agenda Prioritaria.
4. Implementación y mejora del registro en los sistemas de información de la Red Asistencial.

Acciones desarrolladas en ASSE para la Atención y Prevención Conducta Suicida

5. Fortalecimiento en la articulación y alianzas interinstitucionales: con la **UDELAR** (Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida), **ANEP**, **Intendencias**, etc.
6. Capacitación/Sensibilización de los RRHH en salud del 1er. nivel de atención coordinado por la Unidad de Capacitación de la RAP, el Programa de Capacitación de ASSE y Grupo de investigación Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (UdelaR-ASSE).

JORNADAS DE CAPACITACION Y SENSIBILIZACION

- Diciembre 2013: “Valoración del Riesgo Suicida” a cargo del Dr. A. Montalbán y la Dra. N. Díaz
- Junio 2014: “Seguimiento de los usuarios atendidos por IAE en las UE de ASSE” a cargo del Lic. Enrique Rattín (Hosp. Vilardebó).
- Setiembre 2014: “Aportes conceptuales y técnicos del enfoque sistémico útiles para la construcción de estrategias de intervención en dicha problemática” a cargo de la Dra. G. Peroni y Lic. en Psic. A. Colmegna (ciudad de Colonia)

JORNADAS DE CAPACITACION Y SENSIBILIZACION

- Abril 2015: 10ª Jornada de Capacitación a los Referentes. “Resultados de la Investigación sobre prevención del suicidio, formación en RRHH en Salud”. A cargo del Grupo Investigación Udelar-ASSE Presentación de la experiencia del ESM de Artigas a cargo de la Lic. M. Paiva.
- Mayo 2015: Intervención coordinada con Programa de Escuelas Disfrutables (ANEP), zona Este de la RAP Metropolitana, participaron 60 funcionarios, Maestros comunitarios, Directores e Inspectores.
- Julio 2015: Capacitación Equipos de Salud 1er. Nivel.

Gracias



suicidioprevencion@gmail.com
suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy