



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA ENFERMERIA SALUD MENTAL



**FACTORES DE ESTRÉS PSICOSOCIALES
QUE ESTAN PRESENTES EN EL INTENTO DE
SUICIDIO
DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DE ENTRE 9 Y 14
AÑOS**

AUTORES:

Br. Canteras, Ma. Eugenia
Br. Otero, Javier
Br. Rodríguez, Yeila
Br. Sosa, Ma. Jose
Br. Zerpa, Verónica

TUTORES:

Prof. Adj. Lic. Esp. Díaz, Álvaro
Prof. Asist. Lic. Sanabria, Cristina

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

Montevideo, 2009

INDICE

	Página
Introducción.....	1
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos.....	4
Justificación.....	5
Marco Conceptual.....	10
Metodología.....	17
Operacionalización de las Variables.....	18
Tablas y Gráficos univariados.....	25
Tablas y Gráficos bivariados.....	42
Análisis.....	46
Conclusiones y Sugerencias.....	50
Bibliografía.....	52
Anexos.....	53

RESUMEN

El presente estudio es una investigación cuantitativa, descriptiva retrospectiva, cuyo objetivo general es conocer los factores de estrés psicosociales más frecuente que están presentes en el Intento de Autoeliminación de niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 9 y 14 años que concurren a un Hospital Pediátrico de Montevideo en el período comprendido entre los meses de junio del año 2006 a junio del 2008.

Dicho trabajo fue realizado en los meses de agosto y septiembre de 2008, cuyo propósito fue describir los factores estresantes que afectaban a dicha población, para poder desde la enfermería profesional como parte de un equipo interdisciplinario, detectar señales de riesgo y educar a la población y demás equipo sobre este tipo de situaciones que enfrenta al individuo con el riesgo de morir.

El tema se selecciono debido al alto impacto que nuestro país esta viviendo con respecto a esta problemática, estudios realizados sostienen que se registran 146 ingresos anuales por suicidio en el Hospital Pereira Rossell de menores de 15 años; lo cual deja a este país en primer lugar a nivel de Sudamérica.

Se creyó importante destacar que la presencia de factores estresantes a edades tempranas de la vida dejan a los individuos en condiciones de vulnerabilidad, lo cual predispone a una situación de crisis que requiere de una atención inmediata y una cuidadosa valoración psicológica.

Luego de seleccionar el tema, de elaborar el instrumento de recolección de datos y de haberse implementado un plan piloto para comprobarse factibilidad, se caracterizo a la población, identificando así la presencia de datos relevantes como: El sexo femenino se encuentra en un mayor porcentaje.

La mayoría de los usuarios tienen sus edades comprendidas entre 12 y 14 años, viven sólo con sus madres y presentan una falta de soporte familiar a destacar. De los factores de estrés, el más encontrado fue falta de soporte familiar, seguido por situación socio-económica desfavorable y abandono y/o fracaso escolar, refiriéndose esta última principalmente al fracaso en el rendimiento.

Para el intento de autoeliminación el método más utilizado fue psicofármacos, destacándose el uso de métodos como el ahorcamiento, y armas de fuego por niños menores a 11 años; el lugar fue en la mayoría de los casos en el domicilio.

Se constato que los registros de enfermería existen únicamente en lo que respecta al cumplimiento de las indicaciones médicas, lo cual indica que el rol de enfermería, más allá de la capacidad profesional que posea, se ve deficiente de acuerdo al trabajo de investigación realizado.

Destacamos que, aunque no se encontraron registros de enfermería en cuanto al seguimiento y valoración del usuario, es por medio del Proceso de Atención de Enfermería que podemos abordar las necesidades del paciente y su entorno, estableciendo planes de cuidados individuales, basándose principalmente en las necesidades de Salud Mental: comunicación, seguridad, realización, rehabilitación y recreación.

INTRODUCCIÓN

El tema abordado en el siguiente trabajo fue los factores de estrés más frecuentes presentes en el intento de autoeliminación de niños y adolescentes que fueron atendidos en un Hospital Pediátrico de Montevideo, del cual se desprendió la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son los factores de estrés psicosociales más frecuentes que están presentes en el intento de autoeliminación de niños y adolescentes con edades comprendidas entre 9 y 14 años que fueron atendidos en el anteriormente mencionado nosocomio, en el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008?

El objetivo general planteado fue conocer los factores de estrés psicosociales más frecuentes presentes en el intento de autoeliminación de niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 9 y 14 años que se atendieron en dicho hospital.

Debido a esta problemática, que según datos estadísticos va en aumento, en este país, y que conlleva a un problema médico y social grave, es que surge el interés de abordar éste tema, ya que las cifras asemejan a este país con países de primer mundo. En el año 2005 hubo 496 muertes por suicidio, lo que implica 15 muertes por cada 100.000 habitantes, y 1294 tentativas de autoeliminación.

En base a esto se considero de gran interés que algunas personas agobiadas por factores de estrés que producen modificaciones en el comportamiento de las mismas y que cada una de ellas tiene una capacidad de resiliencia diferente para dar respuesta a un problema; encontrando en el intento de autoeliminación una forma de dar solución a situaciones, para ellas, difíciles de afrontar.

Según datos aportados por la OMS (Organización Mundial de la Salud), por cada suicidio puede haber entre 10 y 40 IAE serios como para recibir asistencia médica. El IAE (Intento de Autoeliminación) es causa de intervención directa en los centros de salud.

Se cree, a raíz de esto, que el rol de los enfermeros profesionales es imprescindible para abordar este tema, ya que los mismos cumplen un rol fundamental en estrategias de detección temprana y oportuna, como profesionales capacitados, con el propósito de reforzar uno de los pilares de esta profesión que

es la parte humana de los cuidados, teniendo en cuenta que enfermería, desde la perspectiva comunitaria facilita el acercamiento de los usuarios y sus familias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Pregunta problema:

¿Cuáles son los factores de estrés psicosociales mas frecuentes que están presentes en el intento de suicidio de niños y adolescentes, con edades comprendidas entre 9 y 14 años, que concurren a un Hospital Pediátrico de Montevideo en el periodo comprendido entre los meses de junio de 2006 a junio de 2008?

Área problema:

Intento de autoeliminación en niños y adolescentes, con edades comprendidas entre 9 y 14 años, que concurren a un Hospital Pediátrico de Montevideo.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General: Conocer los factores de estrés psicosocial más frecuentes que están presentes en el intento de suicidio de niños y adolescentes con edades comprendidas entre 9 y 14 años; que concurren a un Hospital Pediátrico de Montevideo en el período comprendido entre los meses de junio de 2006 y junio de 2008.

Objetivos Específicos:

- 1) Caracterizar a la población según las variables a utilizar.
- 2) Identificar la presencia de factores estresantes en los usuarios que realizaron intento de autoeliminación.
- 3) Conocer el método utilizado para el intento de autoeliminación por la población estudiada.
- 4) Identificar la existencia de factores de estrés psicosocial en los registros de enfermería en historias clínicas de aquellos pacientes hospitalizados por intento de autoeliminación.

Justificación:

Se seleccionó dicho tema debido al gran aumento de casos y al alto impacto que se está observando en nuestra sociedad, y teniendo en cuenta que el profesional de enfermería puede cumplir un rol importante ya que esta capacitado para detectar y prevenir aquellos factores de estrés que presenta dicha población, de forma de poder abordar las necesidades del paciente y la familia, no sólo desde el segundo nivel de atención. Para lo cual se considera que es de fundamental importancia abordar esta problemática desde la enfermería trabajando como parte de un equipo interdisciplinario de salud, teniendo en cuenta la cercanía de esta profesión con el usuario y su familia. La población fue seleccionada debido al predominio de adolescentes que son atendidos en dicho hospital pediátrico por el diagnóstico de IAE, si bien hay un aumento del mismo en edades mas tempranas que ha causado asombro y preocupación, siguen siendo mayoría los adolescentes los que intentan el suicidio.

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

“Aunque la depresión es una de las características del suicidio, en el caso de los niños suele ser más la consecuencia de un conflicto o de una desestructuración familiar, por dificultades económicas, problemas médicos o enfermedades psiquiátricas”.²

Según un artículo del diario el país se registró 146 ingresos anuales por suicidios, en el Hospital Pereira Rossell de menores de 15 años, las causas pueden ser genéticas, abuso, maltrato, pobreza, entre otras.³

¹ Donna L.Wong-Problemas de salud de la infancia intermedia y de la adolescencia, enfermería Pediátrica, Harcourt Bradce, España 1998, vol. II pág. 465

² Alfaya Andrea y otros; Universidad de la República; Facultad de Enfermería; Cátedra de Adulto y Anciano; Muertes por intoxicación evaluadas como suicidio; dic 2001

³ Depresión y suicidio no avisan, Miguel Bardsio, Diario el país año 2008 , Montevideo, 18/05, disponible en el pais.com.uy

Según Kaplan en su libro, "Ciencias de la conducta", la frecuencia de suicidio en niños es 4 veces mayor a la de las niñas, sin embargo, los intentos de suicidio son 4 veces mayor en las niñas que en los varones y alrededor del 40% de los pacientes con depresión que se suicidan lo habían intentado con anterioridad; la depresión no solo se asocia al hecho consumado sino también al intento; la característica clínica es el trastorno depresivo.⁴

"Los niños se suicidan como un grito de socorro, ya que estos no han incorporado a la muerte como una desligación total de la vida, si no como una forma de escapar a una situación estresante".⁵

⁴ A.M.Kaplan, Ciencias de la conducta; Sinopsis de psiquiatría; 2004 p 915

⁵ José, A. Aldadiez; Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente; Masson 2006 p137

Para la OMS la evidencia sugiere que los suicidios por lo general vienen de familias con más de un problema, en el cual los riesgos son acumulativos.⁶ “En mayores de 7 años los intentos representan el 30% de las consultas y entre los niños de 10 y adolescentes de 19 años sería la segunda causa de muerte, en el año 2000 murieron 24 adolescentes en nuestro país. Y hay una relación de 4 a 1 en los intentos entre niñas y niños pero los de los niños terminan siendo más efectivos. En menores de 7 años es raro recibir consultas por este tema. En el año 2002 se vivió por la crisis un aumento de todas las consultas en general no solo por intento sino por desnutrición, maltrato, etc. sobre todo en los sectores de mayor fragilidad y vulnerabilidad socioeconómica. Por lo general son niños provenientes de núcleos familiares disfuncionales en los que no está o uno u otro de los padres, casos de padres separados en los que los niños quedan a cargo de los abuelos u otros familiares, con dificultades económicas que llevan a que queden muchas horas solos, esto reafirma lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud; así también como lo menciona la Licenciada en Enfermería Karina Centurión en la entrevista realizada” (Ver anexo N°2). Según la Sociedad de Psiquiatría hay estudios que muestran que la incidencia de suicidios a nivel mundial se sitúa en la franja de los 5 a 14 años, en 0.5: 100.000 en mujeres y 0.9: 100.000 en hombres, Pfeffer en el año 2002 refiere que aproximadamente entre el 8 y el 10% de los adolescentes y el 1% de los preadolescentes habían realizado al menos una tentativa a lo largo de su vida. Según estudios de la OMS, el suicidio es la segunda causa de muerte en los adolescentes en casi todos los países con este problema, la proporción de tentativa y suicidio se sitúa en 50:1.

“La tasa de suicidio en 2001 fue 17: 100.000 y se constató que la misma continúa en aumento; así mismo en la zona oeste de Montevideo se alcanzaron de hasta 44: 100.000 habitantes. Así lo muestra un estudio realizado en el Hospital de

⁶ Organización Mundial de la salud, Departamento de salud mental y toxicomanía; Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional, trastornos mentales y cerebrales; Ginebra 2001 p2 – 12.

Clinicas en el período 2000-2001 sobre caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios".⁷

"Aquellos niños con auténticos problemas de salud mental, como pueden ser los trastornos de conducta, de hiperactividad, déficit de atención o psicosis, tienen un mayor riesgo de suicidio que los demás. Es posible que la muerte de un ser querido, como ser un progenitor, un hermano o un amigo, sean el desencadenante de conductas suicidas".⁸

De acuerdo con lo mencionado en el artículo de diario el país de 2002 a 2007, se suicidaron 247 menores de 19 años, 213 de 15 a 19 años, 32 de 10 a 14 años, y 2 casos en 2004 y 2007, de pequeños de 9 años, según cifras del Ministerio de Salud Pública.

Y sumado a esto en un primer estudio epidemiológico nacional sobre Salud Mental Infantil en el año 2007, se concluyó que 80.000 niños entre 6 y 11 años (el 22%) tienen algún trastorno y entre ellos son mayoría los internalizados, la depresión o la ansiedad, lo que no se ve, la angustia interna de los niños es mucho más importante, es aquí donde se cree que enfermería y la familia deben estar atentos, a diferencia de los adultos no están todo el día en cama, aislados, sino que pueden mantener redes de amigos y sus salidas, pero se muestran irritables, malhumorados, tienen una sensación de no pensar con claridad.⁹

Cabe mencionar además que por cada diez pacientes que consultan por Intento de Auto Eliminación uno morirá por suicidio, y que el mayor riesgo de recidiva está en el primer año luego del intento.¹⁰

⁷ Sociedad de psiquiatría del Uruguay. Caracterización clínica epidemiológica de los suicidios en Montevideo y los IAE en el Hospital de Clínicas en período abril/2000 al abril/2001; Revista de Psiquiatría del Uruguay, Diciembre 2001, vol. 67 Nº 2

⁸ Donna L.Wong-Problemas de salud de la infancia intermedia y de la adolescencia, enfermería Pediátrica, Op Cite Pág. 4.

⁹ Depresión y suicidio no avisan, Miguel Bardsio, Diario el país año 2008, Op Cite Pág. 4.

¹⁰ Martínez, Schiavo Adriana; Comportamiento suicida en el Niño y el Adolescente; Clínica Psiquiátrica del niño y el adolescente; Montevideo 1997 p74. Monografía.

Debido a esto se cree importante que el rol de la enfermera de poder conocer al usuario y su entorno en el que crece y se desarrolla, es fundamental para las estrategias de promoción y prevención de la salud, enfocado como parte de un equipo interdisciplinario que protejan y fortalezcan el desarrollo personal y favorezcan los vínculos.

La presencia de determinados factores de estrés en etapas tan tempranas en la vida del ser humano pueden ser causantes de este tipo de acciones como el Intento de Auto Eliminación o el suicidio como un hecho consumado, por eso no sólo se cree que requieren atención inmediata y una cuidadosa valoración mental; sino que el que hacer de enfermería y enfocado desde un primer nivel de atención plantear estrategias de salud. En este escenario y ante la preocupación de las autoridades gubernamentales y a las de la salud, por el aumento en la incidencia del suicidio infantil en la zona oeste del departamento de Montevideo y motivados por el afán de contribuir a crear una conciencia sobre los factores de riesgo, y a poder detectar señales, para poder actuar de manera eficaz y eficiente, se cree de suma relevancia conocer la existencia o no de los siguientes factores de estrés psicosociales: maltrato; violencia familiar; abuso sexual; pérdida de una persona importante; situación económica desfavorable; trastornos de la conducta; depresión; falta de soporte familiar; divorcio; inconformismo de género; sexo; fracaso en la escolaridad; consumo de drogas en niños y adolescentes de 9 a 14 años, para poder realizar un reconocimiento temprano y actuar de manera eficiente.¹¹

Desde la perspectiva de la enfermería se cree necesario que en estos casos el reconocimiento temprano, la prevención y el tratamiento, son fundamentales así como también que los profesionales de la salud estén alerta ante los signos que involucren esta problemática. El profesional de enfermería desde su disciplina es fundamental para poder prevenir estas situaciones y poder cuidar la vida, no sólo evitando el suicidio consumado sino poder tratar el problema de base que lleva a los niños y adolescentes a que lleguen a estas situaciones límites.

¹¹ En mi barrio vivo y luto previniendo el suicidio, (en Línea 2007) disponible en www.ultimorecurso.com.uy

MARCO TEORICO:

Niño

“Definido en su dimensión cronológica, el niño es el ser humano en sus primeros 10 años”. Entre los límites convencionales del nacimiento y el pasaje a la pre-adolescencia transcurre la etapa, más notoria, activa e importante de la evolución del hombre; el tiempo para crecer, desarrollarse, madurar, aprender y socializarse. El niño es un ser que deviene, un individuo que introducido en el mundo por el hecho de nacer – crece, se modifica, se perfecciona y se adapta, una unidad bio-psico- social cuyo motivo conductor es el constante cambio.

Cada niño es una síntesis unitaria y dinámica, absolutamente irrepetible, de fenómenos biológicos, psicológicos y sociales donde lo heredado y lo vivido amalgaman sus luces y sus sombras.

Sus proporciones y su forma son diferentes de los que tendría un adulto a escala reducida, como lo son las leyes que rigen la dinámica de sus transformaciones.

Su mente no es la forma inmadura de la mente adulta sino que el niño piensa en un mundo propio y peculiar, distinto al nuestro. ¹²

Adolescencia:

“Periodo del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta; suele empezar entre los 11 y 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y termina a los 18 o 20 años, con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada. Durante este periodo el sujeto sufre grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad.

Etapas de la adolescencia: Adolescencia temprana: va desde los 10 a los 13 años.

Adolescencia media: va desde los 14 a los 16 años.

Adolescencia tardía: va desde los 17 a los 19 años”. ¹²

¹² Donna L.Wong-Problemas de salud de la infancia intermedia y de la adolescencia, enfermería Pediátrica, Op Cite Pág. 4.

Suicidio:

Según Kaplan el término suicidio deriva del latín "auto asesinato" cuando se consuma expreso el deseo de morir de la persona.¹³

La OMS, en un primer intento de unificar criterios, propuso diferenciar entre:

- 1) Acto suicida: Hecho por el cual un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.
- 2) Suicidio: Muerte que resulta de un acto suicida.
- 3) Intento de suicidio: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.¹⁴

Como hacen referencia los autores Shaffer y Pfeffer, el suicidio se cree era extremadamente raro antes de la pubertad y extremadamente frecuente durante la adolescencia.¹⁵

Tal como lo señala Kaplan, hoy en día el suicidio no es visto como un acto al azar ni carente de sentido, por lo contrario es una salida para un problema o crisis que provoca invariablemente un intenso sufrimiento, se asocia a necesidades frustradas o insatisfechas, a desesperanza, a conflictos ambivalentes entre supervivencia y estrés insoportable y a una necesidad de huir.¹³

Así mismo, y como lo muestra la bibliografía, la conducta suicida en niños y adolescentes constituye en estos momentos una de los principales problemas de salud mental y se sitúa como uno de los más frecuentes motivos de consulta en urgencias, requiriendo en muchas ocasiones el ingreso en una unidad de hospitalización.¹⁴

¹³ A.M.Kaplan, Ciencias de la conducta; Sinopsis de psiquiatría; Op cite pag 5

¹⁴ José, A. Aldadiez; Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente; Op cite pag 5

¹⁵ D. Shaffer, C. Pfeffer; Revista de Psiquiatría del Uruguay, vol 65 Nº oct. 2001 p14 y 147

Según lo publicado por el diario "El País", en un artículo en el año 2002, de la población estudiada, 2/3 habían abandonado los estudios y el resto registraba una baja en el rendimiento.¹⁵

"En Montevideo en el año 2004 se detecta una alta incidencia de suicidio en la zona oeste de dicho departamento, se trata de niños de entre 8 y 12 años; por lo cual se crea un proyecto dirigido a la comunidad construyéndose como un primer plan de prevención de suicidio en el país".¹⁶

Según datos estadísticos expuestos por el Sindicato Médico del Uruguay en nuestro país en el año 2004 la principal causa de muerte fueron los accidentes de tránsito en el grupo de 10 a 19 años (33.2%); la segunda causa fueron los suicidios (12.5%); seguido por los tumores (9.5%) y las agresiones u homicidios (9.1%). Actualmente ocurren más suicidios que accidentes de tránsito, lo que queda demostrado que en los meses de enero a mayo del 2007 se registraron 234 suicidios, y 206 accidentes de tránsito, lo cual preocupa y deja al país en primer lugar a nivel de Sudamérica y segundo de Latinoamérica, por esta razón creemos que es necesario actuar en salud con estrategias eficientes.¹⁷

La ideación y los actos suicidas, por tanto, pueden tener lugar durante la edad preescolar y la preadolescencia o en la adolescencia.¹⁸

En base a lo anteriormente dicho, un elemento importante que se debe tener en cuenta es que este tipo de comportamiento en esta población, está íntimamente ligados a la aparición y desarrollo del concepto de muerte. Esta suele aparecer entre los 5 y 8 años pero todavía considerado como algo temporal y reversible, es entre los 9 y 12 años cuando se alcanza el concepto de irreversibilidad de la muerte, y en la adolescencia cuando se adquiere la plena conciencia del significado de la muerte como un hecho inexorable, a lo cual hace referencia Aldadiez.¹⁹

¹⁶ Depresión y suicidio no avisan, Miguel Bardsio, Diario el país año 2008; Op cite pag 4

¹⁷ Más suicidios que accidentes de tránsito, Sindicato Médico del Uruguay, Marzo 2006. Disponible en www.smu.org.uy.

¹⁸ Jerr y M. Wiener y otros; Tratado de psiquiatría de infancia y la adolescencia; 2006

¹⁹ José, A. Aldadiez; Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente; Op cite pag 5

Deshaies diferencia cuatro formas de suicidio en el niño:

- 1) El emotivo – impulsivo: Es una respuesta a una modalidad reactiva psico-orgánico del estado infantil.
- 2) El imaginativo: Imita el acto exterior, recreándolo imaginativamente de forma externa con una absoluta ignorancia de las consecuencias objetivas del acto.
- 3) El pasional: Con motivos de celos.
- 4) El explotado por el niño en un sentido más o menos de utilización.²⁰

De acuerdo a Pfeffer habrían dos tipos de niños suicidas:

Aquellos que tienen un tipo relativamente estable de funcionamiento del yo y contacto con la realidad, que no son agresivos pero que se descompensan con el estrés. El otro tipo que tiene claramente déficit en el funcionamiento del yo, que exhibe una rabia crónica y marcados descontroles temperamentales.²¹

Intento de autoeliminación (IAE) o de suicidio (TS):

Según Montenegro el IAE o TS, se define como la voluntad o deseo consciente y deliberado de darse muerte.²¹

Esta se caracteriza por el fracaso del suicidio. Citando a Marcelli, se puede decir que las tentativas de suicidio del niño son confundidas habitualmente con la Tentativas de Suicidio del adolescente, las del niño son raras pero no excepcionales, ya que un 10% de las Tentativas de Suicidios de niños y adolescentes concierne a menores de 12 años. Cuanto menor es el niño más fácil resulta conocer la intencionalidad de la conducta suicida.²²

Al contrario de los adultos, en el intento de suicidio de los adolescentes, los síntomas están ocultos, y sus familiares no sospechan.²³

²⁰ Martínez, Schiavo Adriana; Comportamiento suicida en el Niño y el Adolescente; Clínica Psiquiátrica del niño y el adolescente; Op cite pag 6

²¹ H. Montenegro; Psiquiatría del niño y el adolescente; segunda edición 2000; cap11 p135

²² D. Marcelli; Psiquiatría del niño; Tercera edición; editorial Masson; cap12 p217 a 231

²³ Depresión y suicidio no avisan, Miguel Bardsio, Diario el país año 2008; Op cite pag 4

Según lo indican datos estadísticos extraídos de trabajos anteriores, de los niños y adolescentes que llegan a consumir el suicidio, el 18 a 40% tenían intento de auto eliminación previos; en esta población de niños y adolescentes se solía ver predominantemente el intento de auto eliminación de tipo impulsivo.²⁴

Hay dos tipos de niños y adolescentes que intentan suicidarse, según lo indica Montenegro: 1º- Los que tienen alta intencionalidad y usan métodos mas letales, estos tienen una mayor probabilidad de presentar trastornos psiquiátricos declarados.2º- Los que han hecho intentos menos peligrosos que ha menudo han sido precipitados por una crisis personal aguda, tienen menos evidencia de trastornos psiquiátricos.²⁵

Según lo describen Shaffer y Pfeffer, los intentos de suicidio son más comunes en el sexo femenino que en el masculino y son considerablemente menos comunes que las ideas suicidas.²⁶

Otros autores distinguen en ideación de suicidio, gesto de suicidio, y el intento de suicidio.

La ideación consiste en sentimientos o planes acerca del suicidio.

El gesto se realiza sin propósito real de causarse ni lesiones serias ni muerte, pero si de mandar una señal de que algo va mal.

El intento, en cambio, a diferencia del gesto, si pretende causar lesión o muerte. Los adolescentes a veces realizan una serie de gestos para llamar la atención sobre el hecho con el que son incapaces de enfrentarse.

Si las señales no son respondidas con rapidez, progresan en gravedad hasta que se convierten en intentos serios o actos completos.

Los actos impulsivos describen las respuestas e rabia encaminadas a castigar o manipular a una persona amada cuando se percibe que su amor se esta perdiendo.²⁷

²⁴ Martínez, Schiavo Adriana; Comportamiento suicida en el Niño y el Adolescente; Clínica Psiquiátrica del niño y el adolescente; Op cita pag 6

²⁵ H. Montenegro; Psiquiatría del niño y el adolescente; segunda edición 2000; Op cite pag 13

²⁶ D. Shaffer, C. Pfeffer; Revista de Psiquiatría del Uruguay; Op cite pag 11

²⁷ Donna L.Wong·Problemas de salud de la infancia intermedia y de la adolescencia, enfermería Pediátrica, Op Cite Pág. 4.

La OMS distingue lo siguientes rasgos de personalidad suicida:

- ⊗ Humor inestable.
- ⊗ Enojo o agresividad.
- ⊗ Comportamiento antisocial.
- ⊗ Conductas irreales, representación de fantasías.
- ⊗ Alta impulsividad.
- ⊗ Irritabilidad.
- ⊗ Rigidez de pensamiento.
- ⊗ Escasa habilidad de solución de problemas frente a las dificultades.
- ⊗ Tendencia a vivir en un mundo ilusorio.
- ⊗ Fantasías de grandeza alternado con sentimientos de desvaloración²⁸.

Factores de riesgo:

- 1) Individuales: desesperanza; trastornos del estado el ánimo; trastornos de conducta; consumo de drogas; fracaso en la escolaridad (numerosos suicidas no han pasado el nivel de enseñanza primaria); depresión; inconformismo de género; edad; sexo masculino
- 2) Familiares: "Una de las hipótesis principales refiere a que el desempleo, el deterioro socioeconómico, la falta de esperanza del entorno, afecta al niño más de lo que se supone".²⁹ Antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas; antecedentes familiares de intento de auto eliminación; pérdida de un familiar o persona importante (este durante la niñez y adolescencia temprana parece ser significativo); maltrato; violencia familiar; abuso sexual; falta de soporte familiar y pobre comunicación; divorcio.

²⁸ Organización Mundial de la salud, Departamento de salud mental y toxicomania; Prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional, trastornos mentales y cerebrales; Op cite pag 5

²⁹ Depresión y suicidio no avisan, Miguel Bardsio, Diario el país año 2008; Op cite pag 4

- 3) Socioculturales: rupturas en el entorno sociocultural; cambios socioeconómicos; mudanzas; transculturación, deserción escolar; desempleo.
- 4) Biológicos: la disminución de la serotonina del sistema nervioso central cumple alguna función en la conducta suicida; estudios recientes afirman que el descenso del ácido 5 hidroxindolacético (5 HIAA), un metabolito de la serotonina en el líquido cefalo raquídeo se asocia a conductas suicidas, también algunas alteraciones en el sistema noradrenérgico.
- 5) Genéticos: la conducta suicida tiende a mostrar distribución familiar^{30 y 31}.

Enfoque terapéutico:

Los autores afirman que para prevenir el suicidio adolescente y los comportamientos suicidas los sistemas de atención deben tener la posibilidad en cualquier comunidad, de identificar el niño y/o el adolescente en riesgo, evaluar el riesgo suicida potencial, manejar energéticamente la crisis suicida, tratar la psicopatología subyacente y problemas sociales, y asegurar un adecuado programa de seguimiento.

Es por este motivo que se señalan algunos de los factores que pueden ayudar a que disminuyan las estadísticas, ellos son:

- ⊗ Buena relación familiar.
- ⊗ Confianza en si mismo.
- ⊗ Búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades.
- ⊗ Integración social.
- ⊗ Apoyo de personas relevantes.³⁰

³⁰ Martínez, Schiavo Adriana; Comportamiento suicida en el Niño y el Adolescente; Clínica Psiquiátrica del niño y el adolescente; Op cite pag 6

³¹ A.M.Kaplan, Ciencias de la conducta; Sinopsis de psiquiatría; Op cite pag 5

METODOLOGÍA:

Tipo y diseño general del estudio: Descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Universo de estudio: Todos los niños y adolescentes entre 9 y 14 años de un Hospital Pediátrico que ingresan por Intento de auto eliminación o tienen antecedentes de intento de autoeliminación en el periodo comprendido entre los meses de junio de 2006 a junio de 2008.

Selección y tamaño de la muestra: La muestra seleccionada será de un 100%.

Unidad de análisis y observación: Historias clínicas de los usuarios.

Criterios de Inclusión:

- Niños y adolescentes de entre 9 y 14 años que ingresaron al Hospital pediátrico.
- Con diagnóstico de intento de autoeliminación o que en último año hayan tenido un intento de autoeliminación.
- A los cuales se pudo acceder a su historia clínica.

Criterios de Exclusión:

- Niños y adolescentes que no se encuentren dentro del rango de edades establecido.
- Cuyo diagnóstico no sea el de intento de autoeliminación.
- A los cuales no se pudo acceder a sus registros.

Procedimientos para la recolección de información: Realizar una revisión de los datos de las historias clínicas.

Instrumentos a utilizar: Instrumento de recolección de datos. (Ver anexo N°4)

PLAN DE ANALISIS:

Para analizar los datos se empleará la estadística descriptiva, mediante la representación de los datos en tablas.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Edad:

Definición conceptual: Número de años de vida que tiene un individuo desde el momento de su nacimiento hasta ahora.

Clasificación: Cuantitativa.

Escala de medición: Continua.

Categoría: 9 años

10 años

11 años

12 años

13 años

14 años

Sexo:

Definición conceptual: Clasificación de los hombres y mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categoría: Femenino

Masculino

Procedencia:

Definición conceptual: región geográfica de la que proviene el individuo.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categoría: Montevideo Zona Este

Zona Oeste

Zona Sur

Zona Norte

Interior

Núcleo Familiar:

Definición conceptual: número de personas que viven bajo el mismo techo.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categoría: Padre y Madre

Padre

Madre

Otros

Estado civil de los padres:

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

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categoría: Soltero

Casado

Unión libre

Separados

Factores de estrés:

Definición conceptual: respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categoría: Maltrato

Violencia familiar

Abuso sexual

Pérdida de una persona importante

Situación económica desfavorable

Trastornos de la conducta

Depresión

Falta de soporte familiar

Divorcio

Inconformismo de género

Sexo masculino

Fracaso en la escolaridad

Consumo de drogas

Antecedentes familiares de intento de autoeliminación :

Definición conceptual: referencias familiares anteriores de intentos de autoeliminación.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categoría: Tiene antecedentes

No tiene antecedentes

Alfabetización:

Definición conceptual: Acceso del individuo a la educación formal.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: ordinal.

Categoría: Concorre a la escuela

No concorre a la escuela

Internaciones previas por Intentos de auto eliminación:

Definición conceptual: internaciones que el individuo haya tenido, previo a la situación actual.

Clasificación: cuantitativa.

Escala de medición: discreta.

Categoría: Presenta

No presenta

Nivel de instrucción de los padres:

Definición conceptual: número de años cursados por un individuo, tomando como referencia el último año cursado completo.

Clasificación: cualitativo

Escala de medición: ordinal.

Categoría: Menos de 6 años

6 años

9 años

12 años

18 años

Situación laboral de los padres o tutores:

Definición conceptual: tarea que llevan a cabo los padres o tutores de un individuo, por la que reciben remuneración.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categoría: Trabaja

No trabaja

Adicciones familiares:

Definición conceptual: persona perteneciente al grupo familiar, que genera una relación de dependencia frente al consumo de determinada sustancia.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: nominal

Categoría: Alcohol

Tabaco

Drogas ilegales

Trabajo infantil:

Definición conceptual: Tarea que llevan a cabo niños por la que reciben remuneración.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal

Categoría: trabaja

No trabaja

Método utilizado:

Definición conceptual: método que el individuo utilizó para intentar contra su vida.

Clasificación: cualitativa.

Escala de medición: nominal.

Categoría: Ahorcamiento

Psicofármacos

Aninflamatorio no esteroideo (AINE)

Uso de arma de fuego

Uso de arma blanca

Intoxicación con productos de limpieza

Caída libre

Precipitación bajo un vehículo

Venenos

Otros

Registros de enfermería:

Definición conceptual: Dejar constancia escrita de la valoración de enfermería hacia el usuario en la historia clínica.

Clasificación: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Categoría:

- Entrevista de enfermería con valoración psicosocial con detección de factores de estrés:

Maltrato

Violencia familiar

Abuso sexual

Pérdida de una persona importante

Situación económica desfavorable

Trastornos de la conducta

Depresión

Falta de soporte familiar

Divorcio

Inconformismo de género

Sexo masculino

Fracaso en la escolaridad

Consumo de drogas.

- Entrevista de enfermería con valoración psicosocial y valoración física.

- Entrevista de enfermería y valoración física.

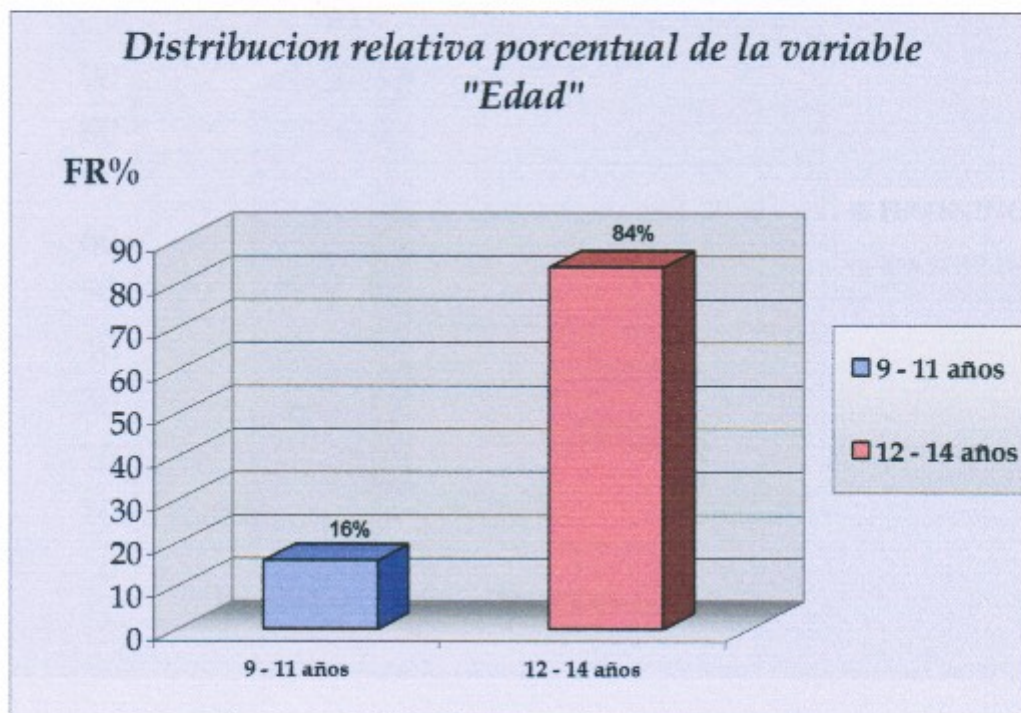
-prescripción médica.

- Ninguna

◆ TABLAS Y GRAFICAS UNIVARIADAS

Distribución según edades de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

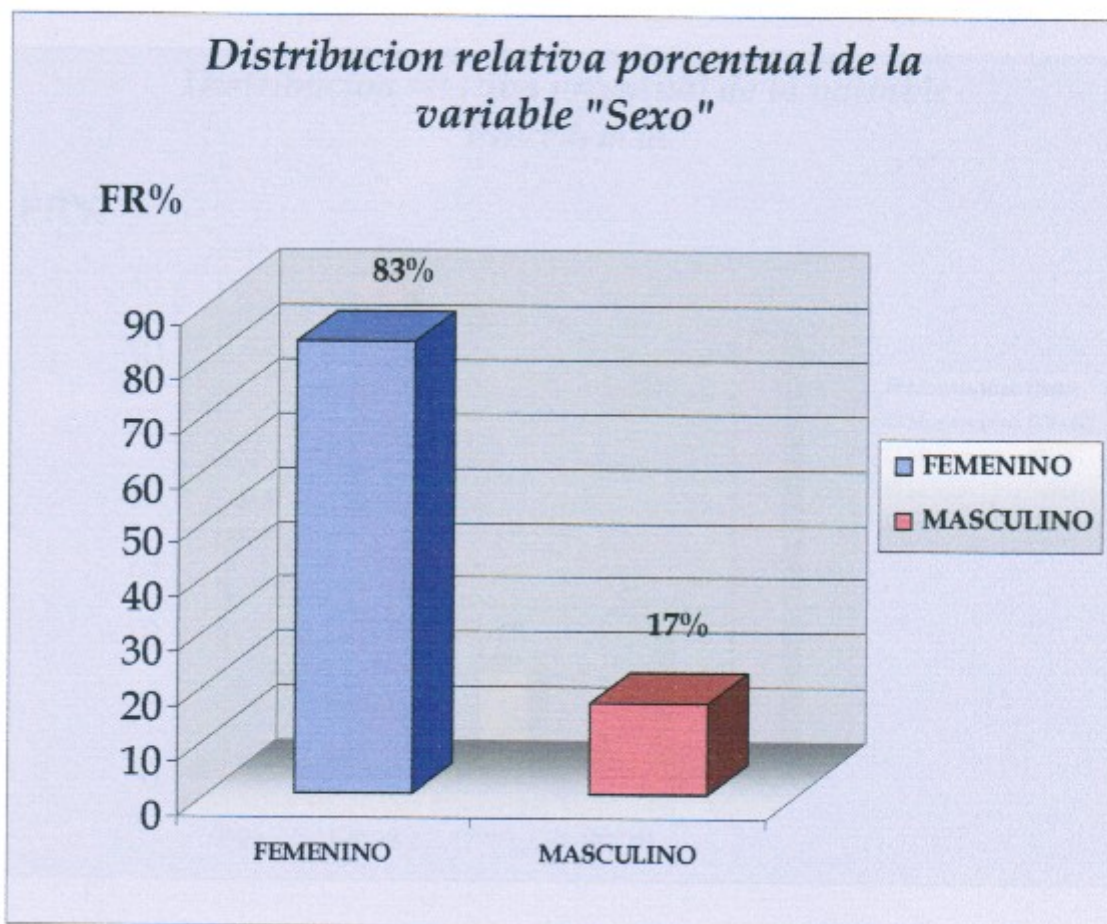
EDAD	FA	FR%
9 - 11 años	21	16
12 - 14 años	109	84
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución de sexo de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

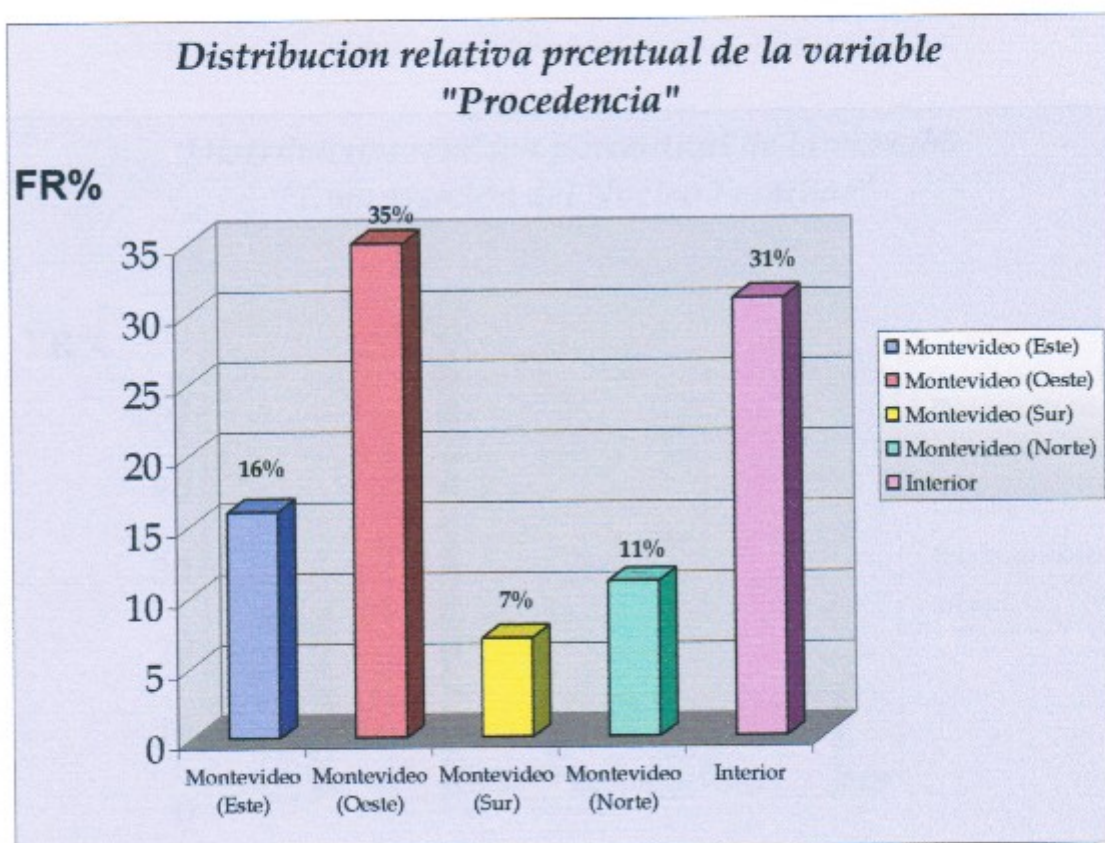
SEXO	FA	FR%
FEMENINO	108	83
MASCULINO	22	17
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según procedencia de los niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultan por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período entre junio de 2006 a junio de 2008

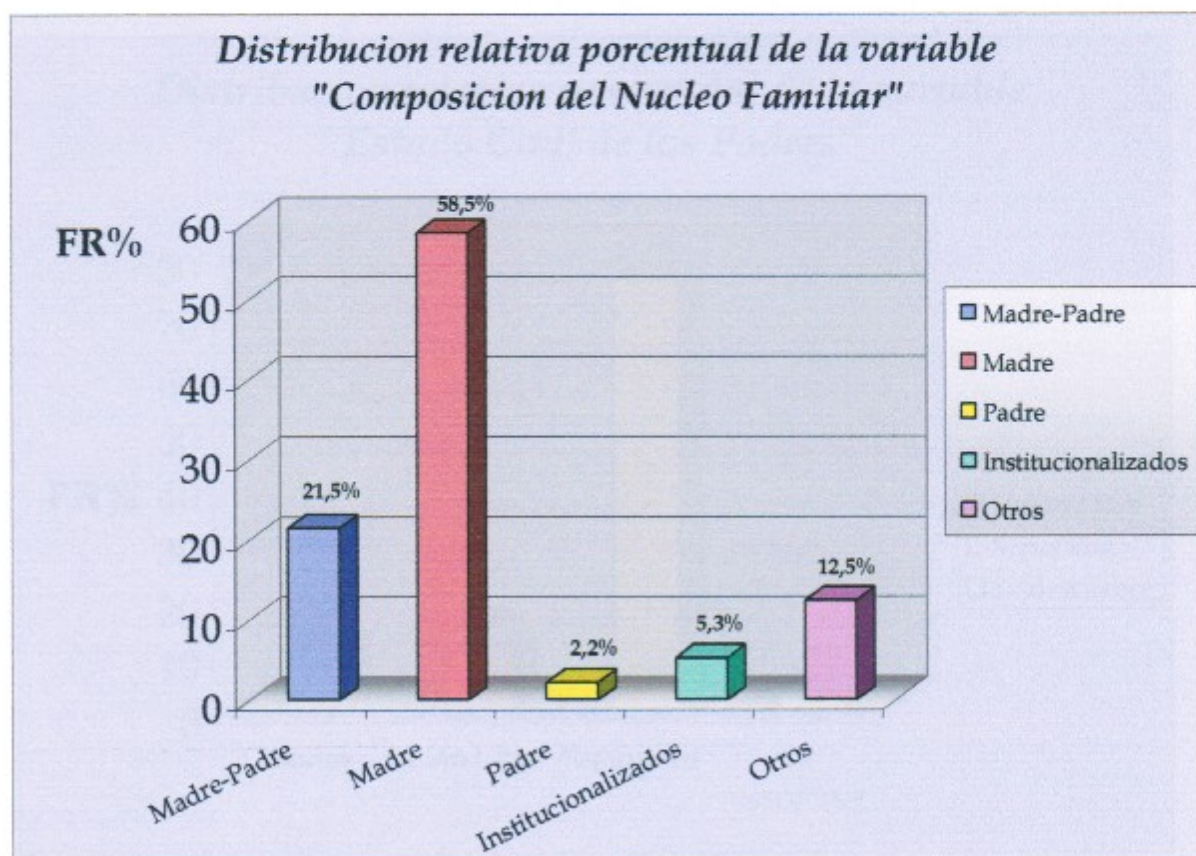
PROCEDENCIA	FA	FR%
Montevideo (Este)	21	16
Montevideo (Oeste)	45	35
Montevideo (Sur)	9	7
Montevideo (Norte)	14	11
Interior	41	31
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según núcleo familiar de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

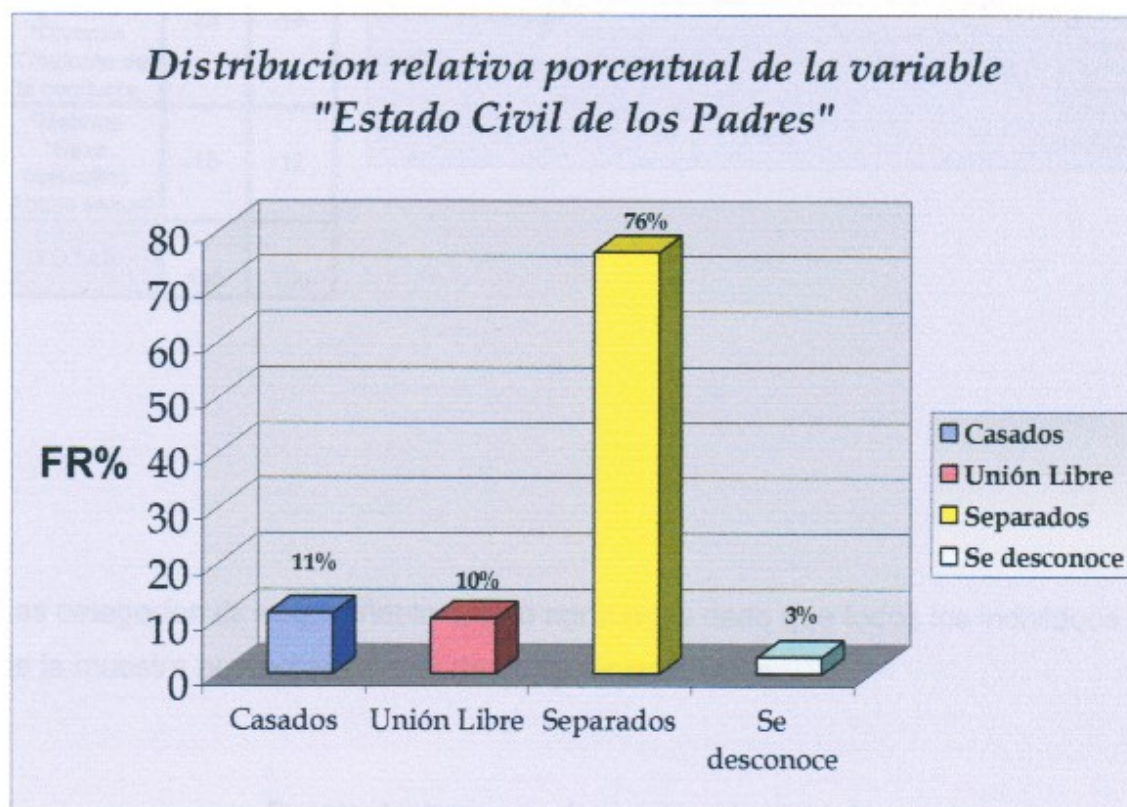
COMPOSICIÓN DEL NUCLEO FAMILIAR	FA	FR%
Madre-Padre	28	21,5
Madre	76	58,5
Padre	3	2,2
Institucionalizados	7	5,3
Otros	16	12,5
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según estado civil de los padres de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	FA	FR%
Casados	14	11
Unión Libre	13	10
Separados	99	76
Se desconoce	4	3
TOTAL	130	100

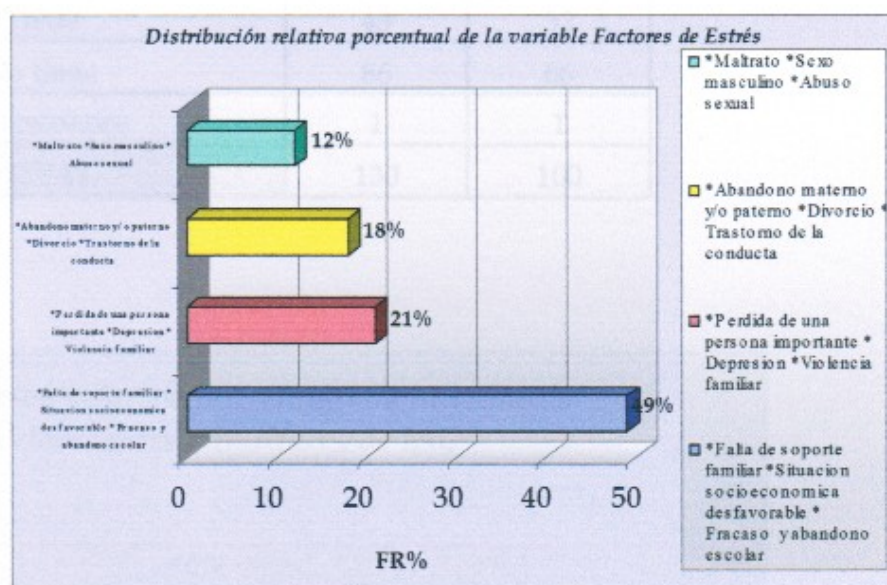


Fuente: Instrumento de recolección de datos

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

Distribución según factores de estrés que influyen en el intento de autoeliminación de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

FACTORES DE ESTRÉS	FA	FR%
*Falta de soporte familiar *Situación socio-económica desfavorable *Fracaso y/o abandono escolar	64	49
*Pérdida de una persona importante *Depresión *Violencia familiar	28	21
*Abandono materno y/o paterno *Divorcio *Trastorno de la conducta	23	18
*Maltrato *Sexo masculino *Abuso sexual	15	12
TOTAL	130	100

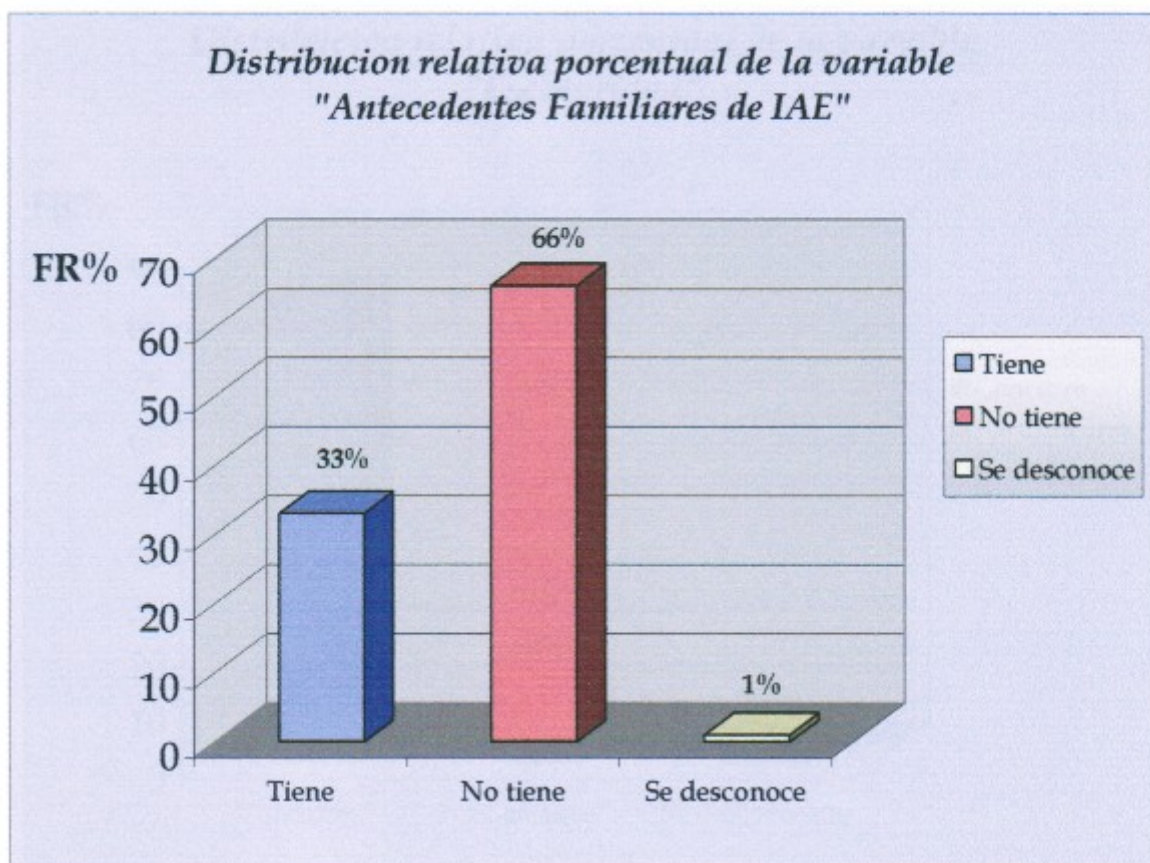


Las categorías de esta variable fueron agrupadas dado que todos los individuos de la muestra presentaban más de un factor estresante.

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según antecedentes familiares de intentos de autoeliminación en niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

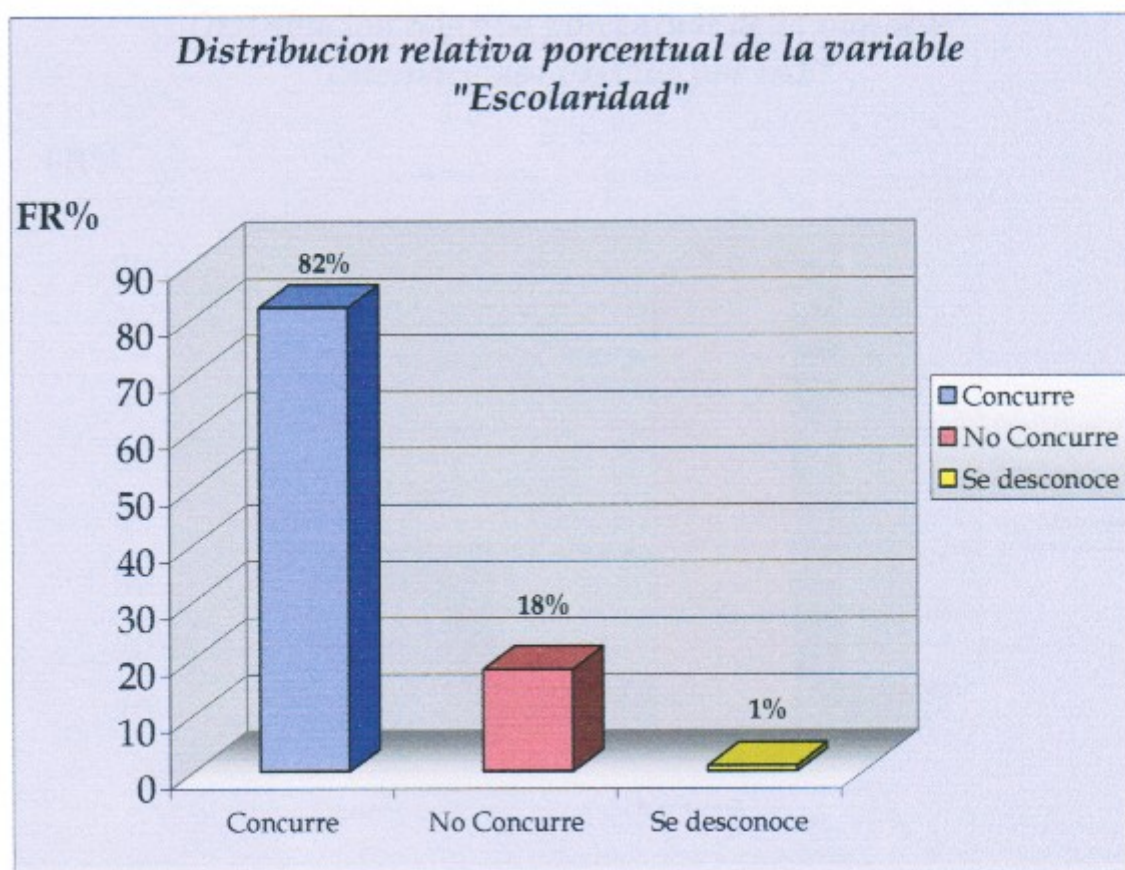
ANTECEDENTES FAMILIARES DE IAE	FA	FR%
Tiene	43	32
No tiene	86	66
Se desconoce	1	1
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según escolaridad de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

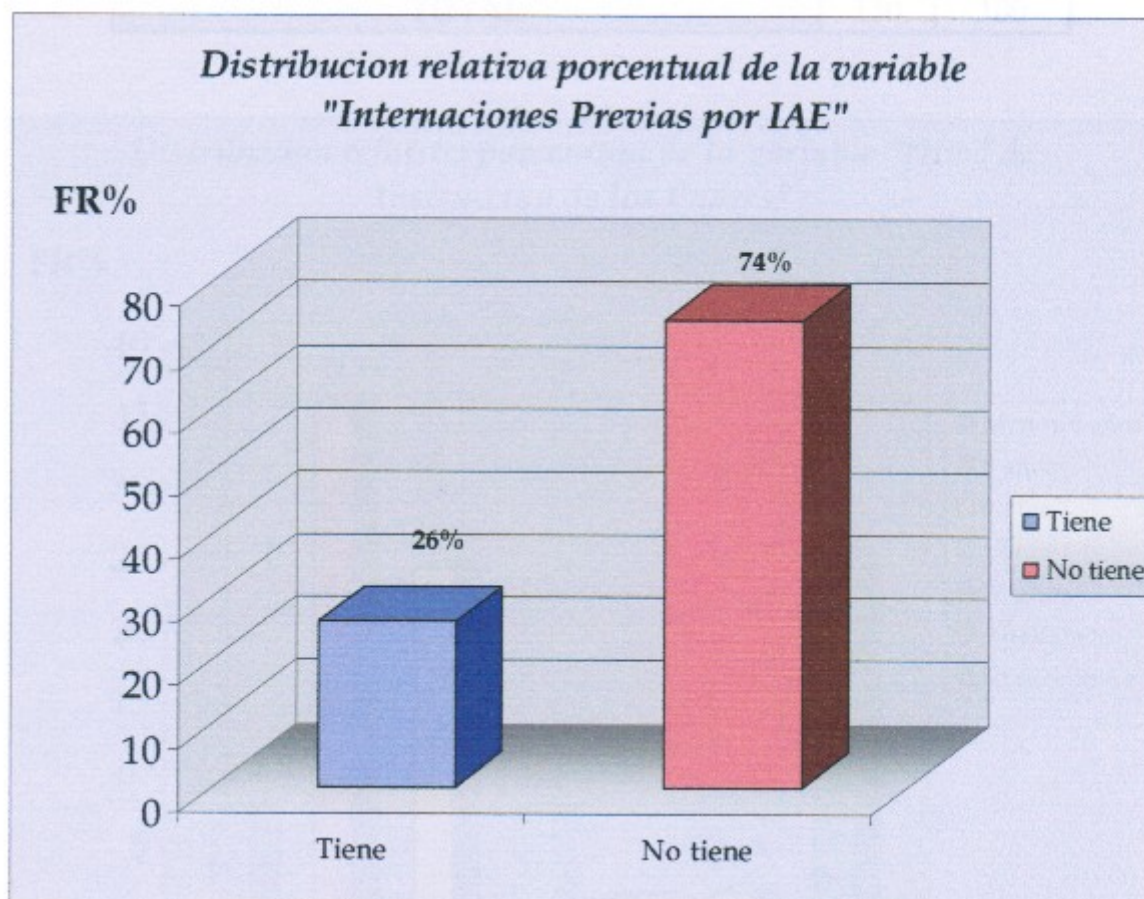
ESCOLARIDAD	FA	FR%
Concurre	106	82
No Concurre	23	17
Se desconoce	1	1
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según internaciones previas de intento de autoeliminación de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por dicha causa en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

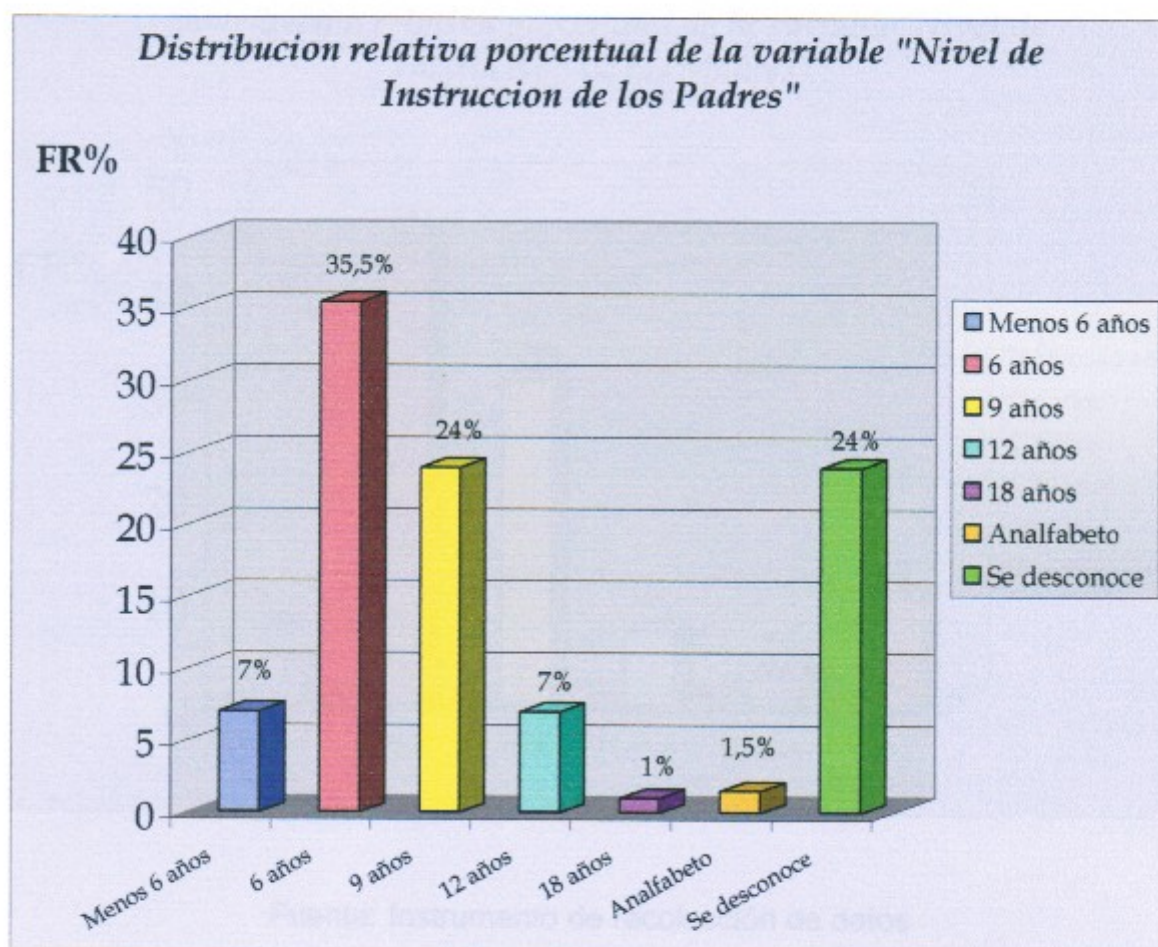
INTERNACIONES PREVIAS POR IAE	FA	FR%
Tiene	34	26
No tiene	96	74
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según nivel de Instrucción de padres y/o tutores de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

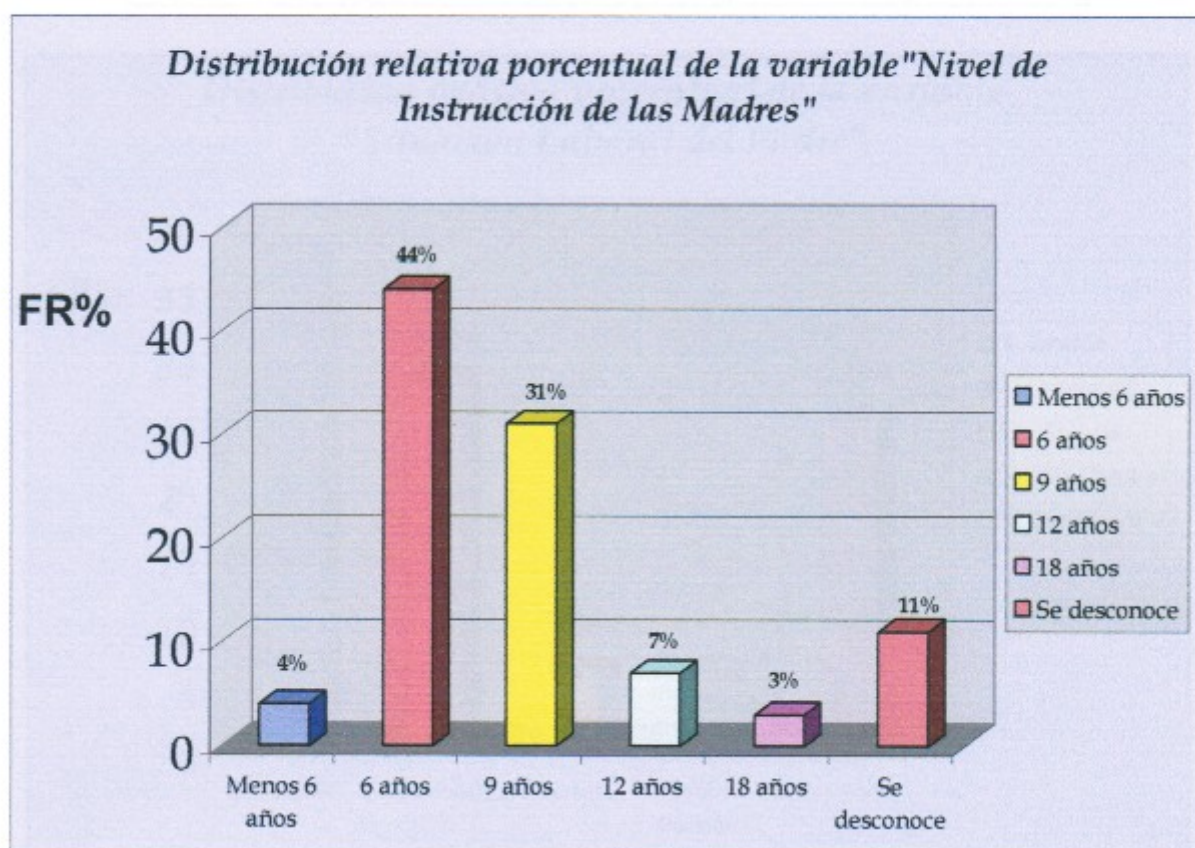
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES	FA	FR%
Menos 6 años	9	7
6 años	47	35,5
9 años	31	24
12 años	9	7
18 años	1	1
Analfabeto	2	1,5
Se desconoce	31	24
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según nivel de Instrucción de madres y/o tutores de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

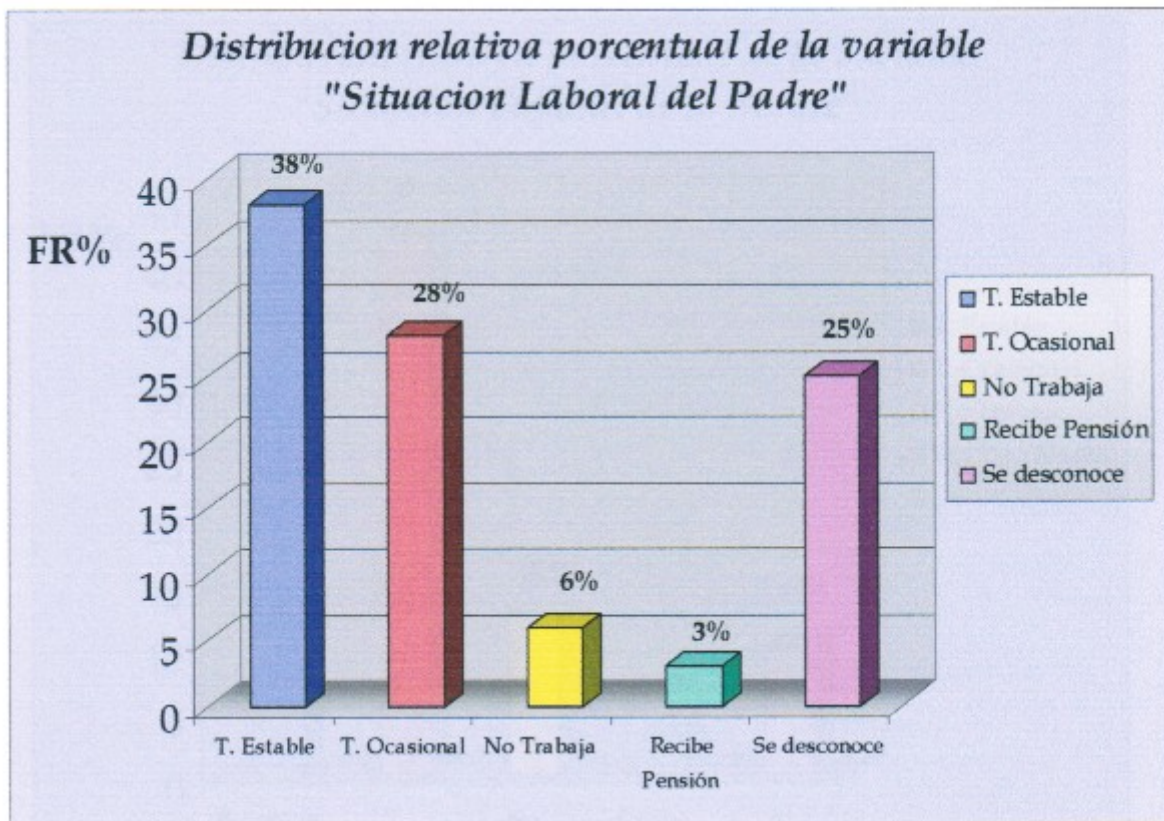
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS MADRES	FA	FR%
Menos 6 años	5	4
6 años	57	44
9 años	41	31
12 años	9	7
18 años	4	3
Se desconoce	14	11
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según situación laboral de padre y/o tutor de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

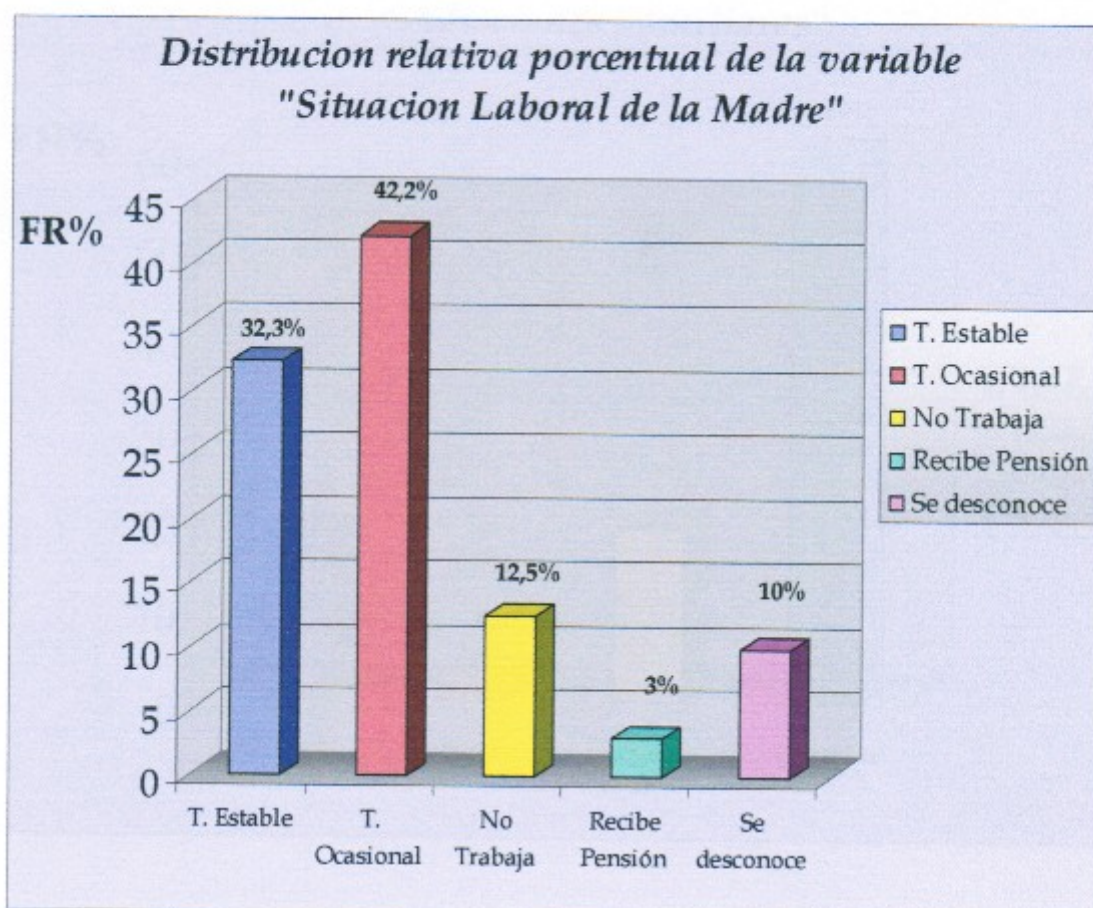
SITUACIÓN LABORAL DEL PADRE	FA	FR%
T. Estable	49	38
T. Ocasional	36	28
No Trabaja	8	6
Recibe Pensión	4	3
Se desconoce	33	25
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según situación laboral de madre y/o tutor de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

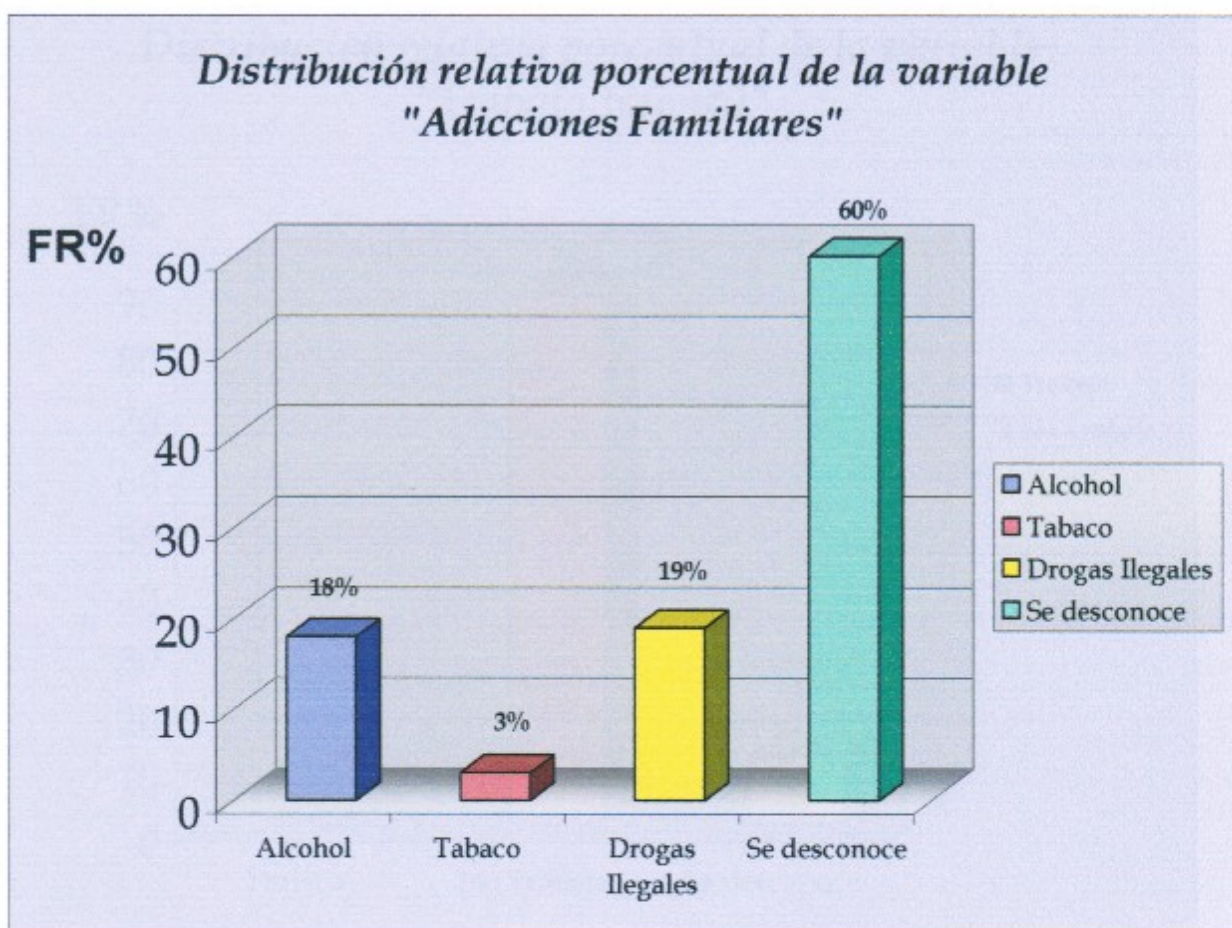
SITUACIÓN LABORAL DE LA MADRE	FA	FR%
T. Estable	42	32,3
T. Ocasional	55	42,2
No Trabaja	16	12,5
Recibe Pensión	4	3
Se desconoce	13	10
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según adicciones familiares de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

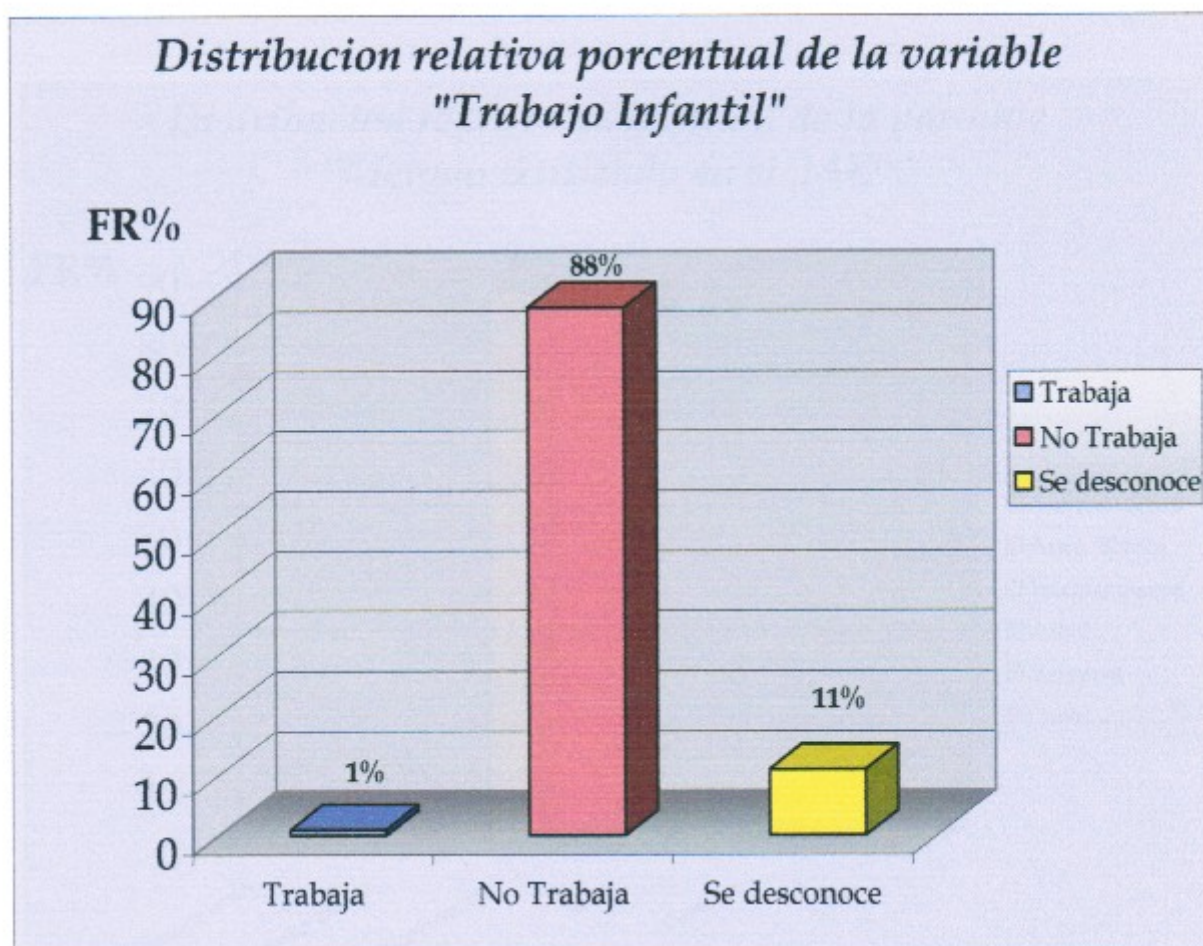
ADICCIONES FAMILIARES	FA	FR%
Alcohol	23	18
Tabaco	4	3
Drogas Ilegales	24	19
Se desconoce	79	60
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según trabajo infantil de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

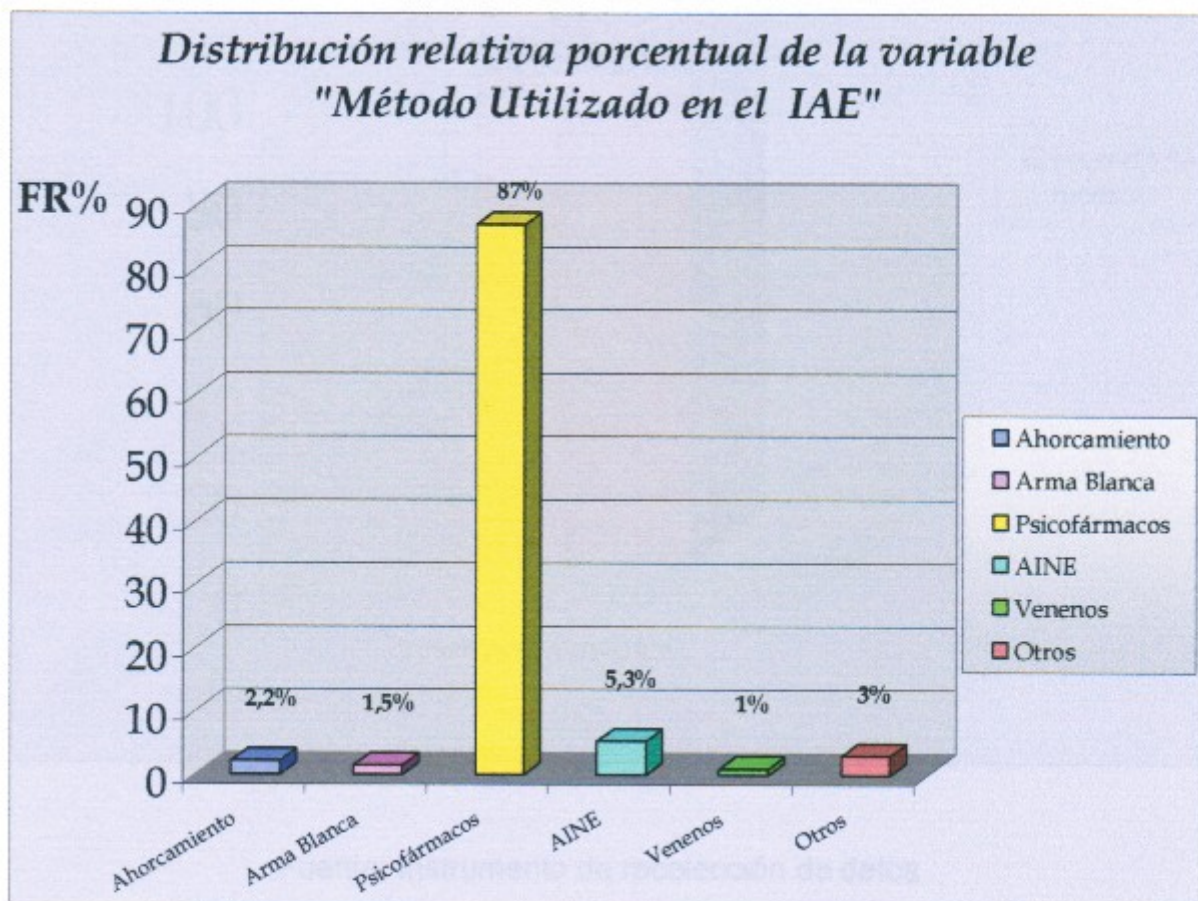
TRABAJO INFANTIL	FA	FR%
Trabaja	1	1
No Trabaja	115	88
Se desconoce	14	11
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según método utilizado de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

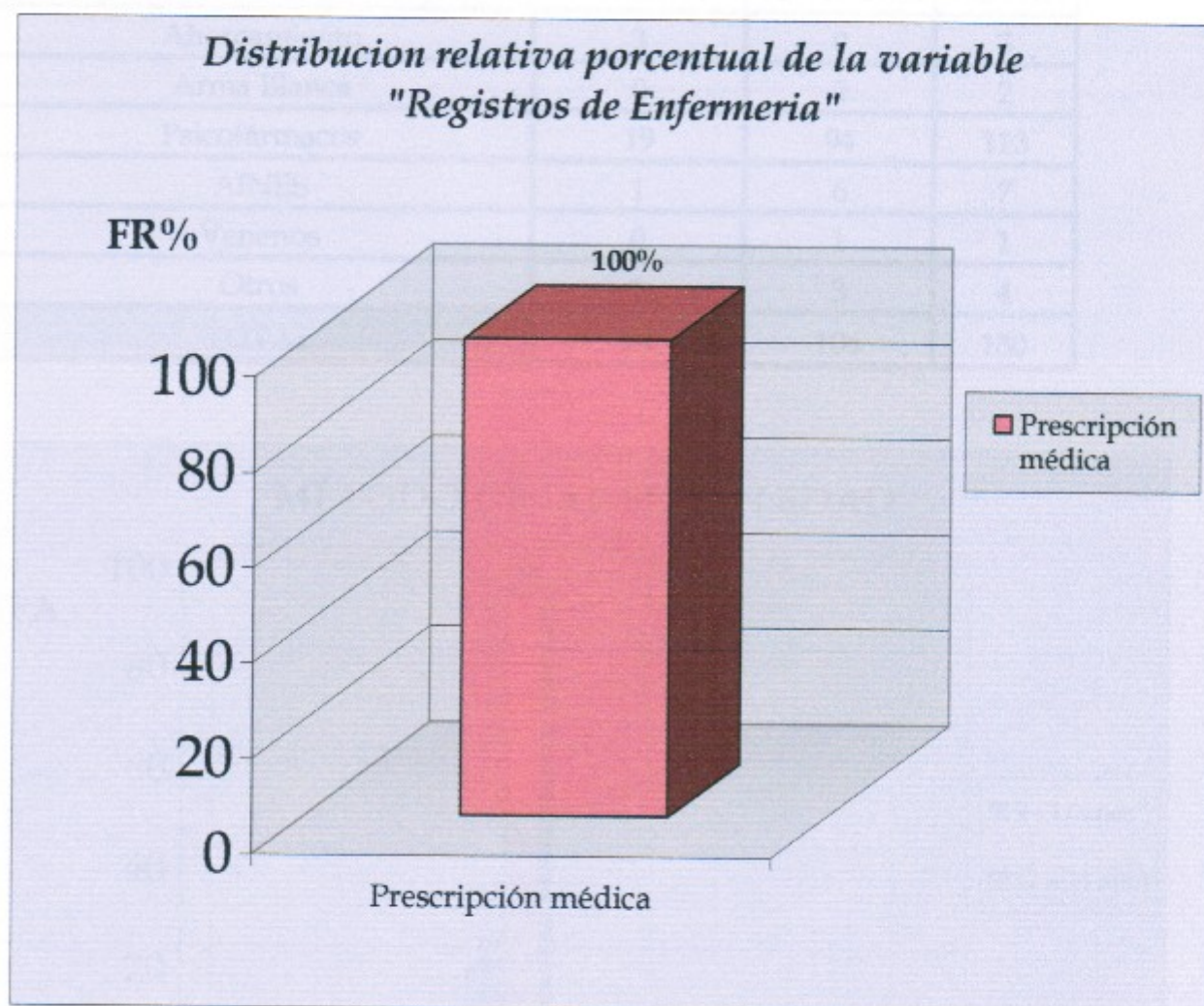
MÉTODO UTILIZADO EN EL IAE	FA	FR%
Ahorcamiento	3	2,2
Arma Blanca	2	1,5
Psicofármacos	113	87
AINE	7	5,3
Venenos	1	1
Otros	4	3
TOTAL	130	100



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según registro de enfermería de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

REGISTROS DE ENFERMERÍA	FA	FR%
Prescripción médica	130	100
TOTAL	130	100

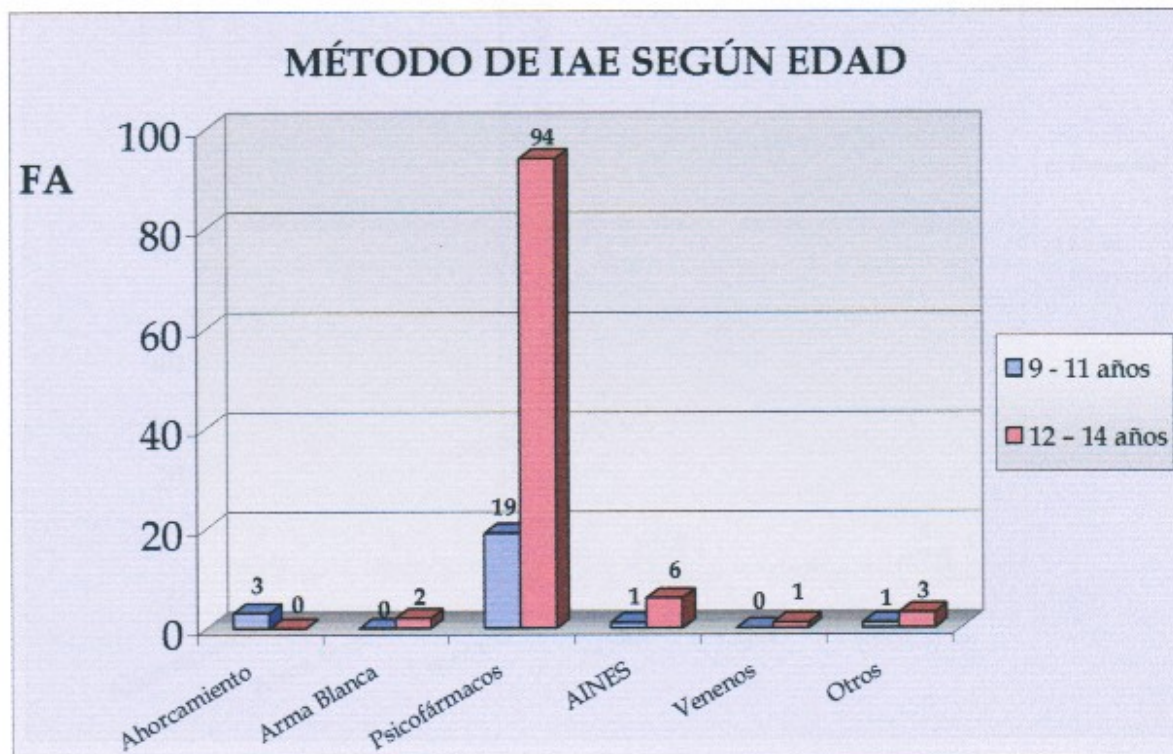


Fuente: Instrumento de recolección de datos

◆ TABLAS Y GRAFICAS BIVARIADAS

Distribución según método utilizado en relación a edad de adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

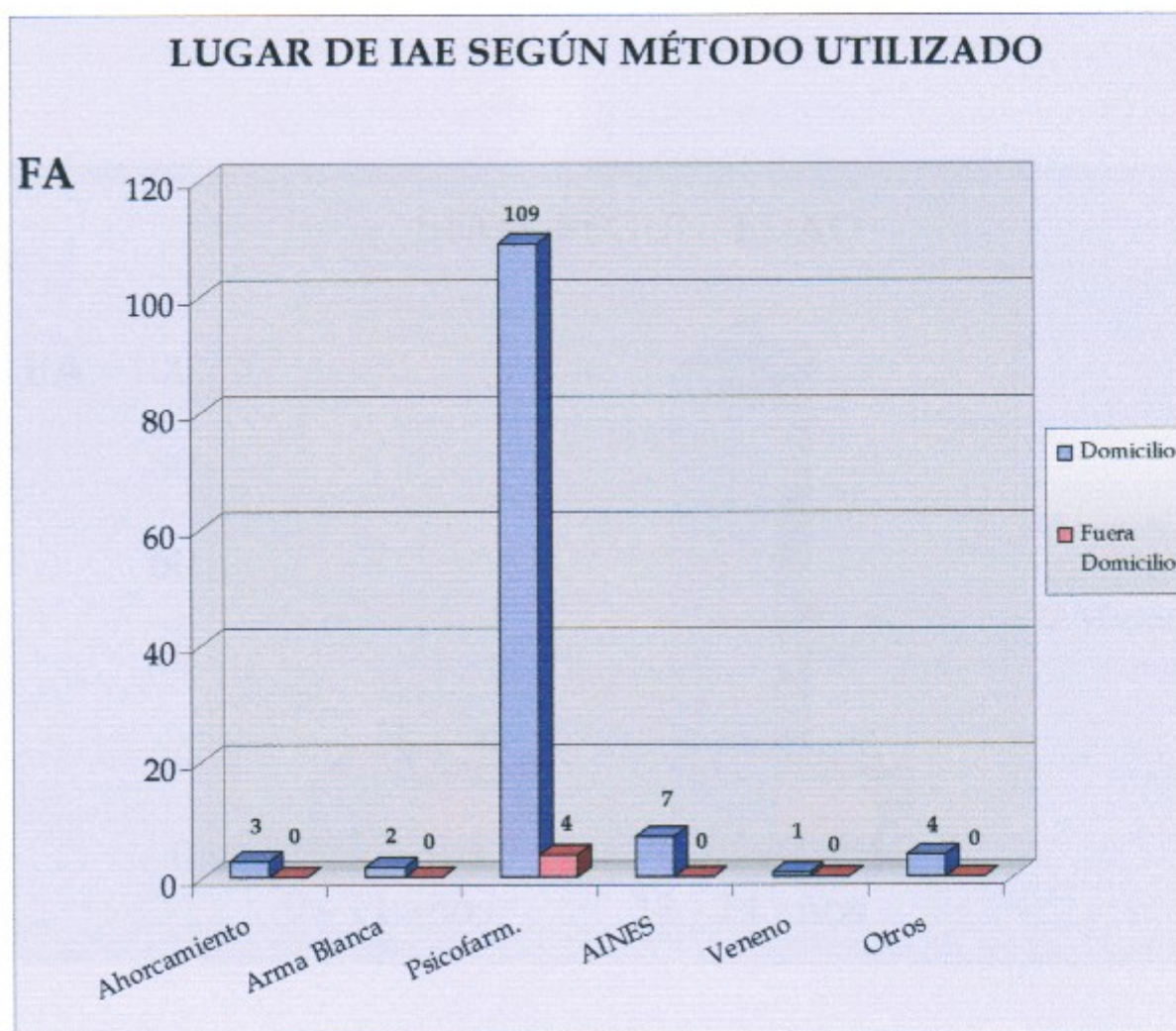
EDAD			
MÉTODO UTILIZADO EN EL IAE	9 - 11 años	12 - 14 años	TOTAL
Ahorcamiento	3	0	3
Arma Blanca	0	2	2
Psicofármacos	19	94	113
AINES	1	6	7
Venenos	0	1	1
Otros	1	3	4
TOTAL	24	106	130



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según el lugar del Intento de Autoeliminación en relación a el método utilizado de adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

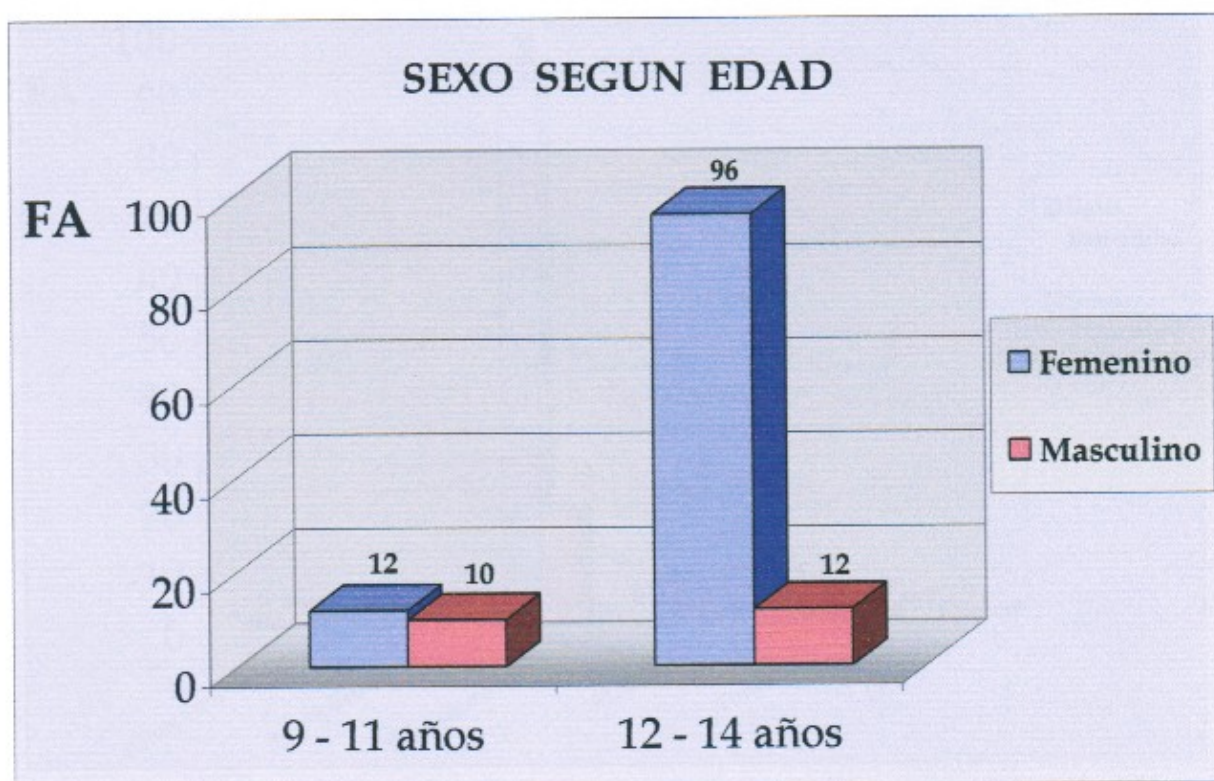
MÉTODO UTILIZADO							
LUGAR IAE	Ahorcamiento	Arma Blanca	Psicofarm.	AINES	Veneno	Otros	TOTAL
Domicilio	3	2	109	7	1	4	126
Fuera Domicilio	0	0	4	0	0	0	4
Total	3	2	113	7	1	4	130



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según sexo en relación a la edad en adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

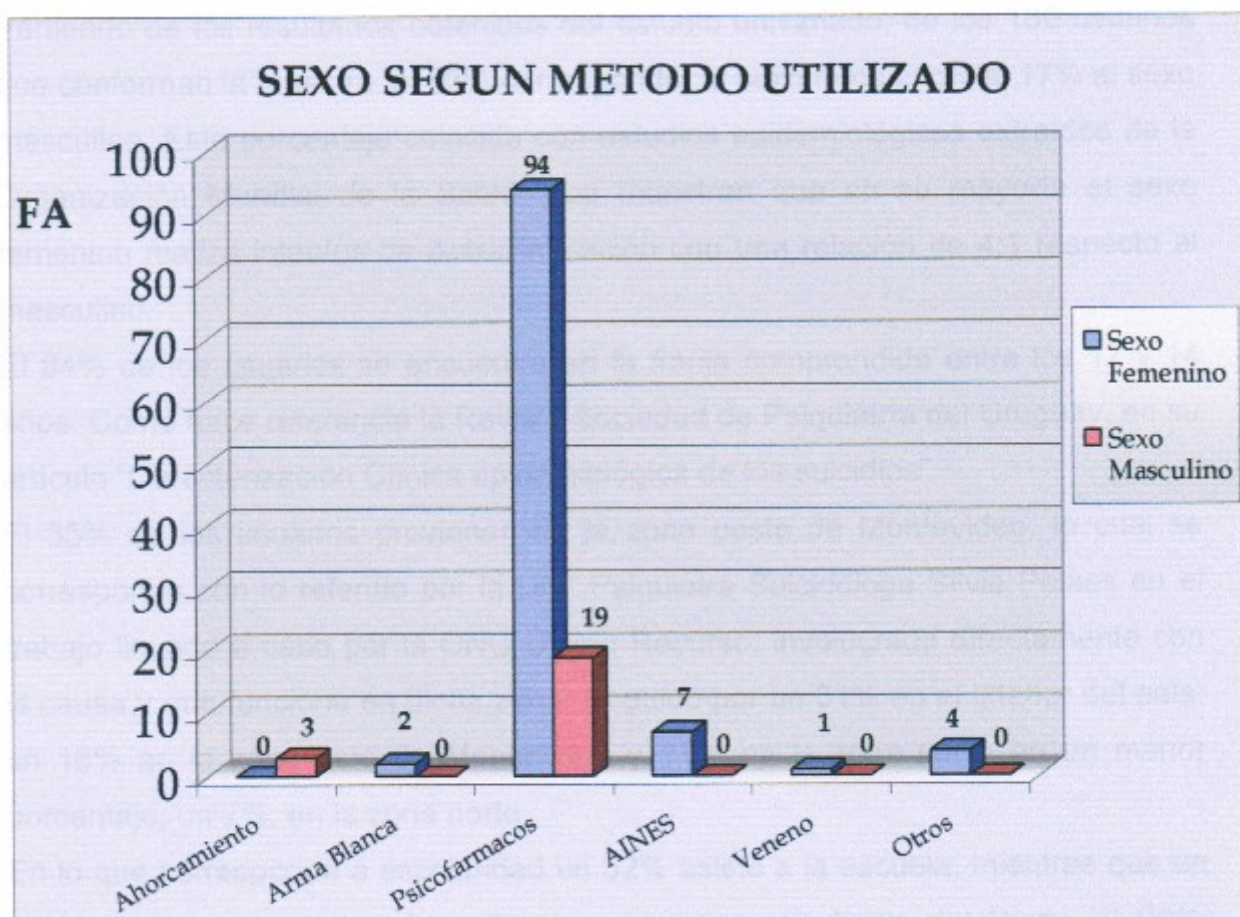
EDAD			
SEXO	9 - 11 años	12 - 14 años	TOTAL
Femenino	12	96	108
Masculino	10	12	22
Total	22	108	130



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Distribución según el sexo en relación a el método utilizado en adolescentes entre 9 y 14 años que consultaron por intento de autoeliminación en un hospital pediátrico durante el período comprendido entre junio de 2006 a junio de 2008.

MÉTODO UTILIZADO							
SEXO	Ahorcamiento	Arma Blanca	Psicofarmacos	AINES	Veneno	Otros	TOTAL
Sexo Femenino	0	2	94	7	1	4	108
Sexo Masculino	3	0	19	0	0	0	22
Total	3	2	113	7	1	4	130



Fuente: Instrumento de recolección de datos

ANALISIS

El siguiente trabajo de investigación fue realizado en un Hospital Pediátrico de Montevideo, en el periodo comprendido entre junio de 2006 y junio de 2008.

Los datos fueron recabados de las Historias clínicas de niños y adolescentes entre 9 y 14 años que ingresaron a dicho centro con diagnóstico de Intento de Autoeliminación.

El universo estuvo conformado por todos los niños y adolescentes entre 9 y 14 años de un hospital pediátrico con diagnóstico al ingreso de Intento de Autoeliminación, cuya muestra fue de 130, aquellos que efectivamente cumplieron con los parámetros establecidos para nuestro estudio.

Partiendo de los resultados obtenidos del estudio univariado, de los 130 usuarios que conforman la muestra, el 83% corresponde al sexo femenino y el 17% al sexo masculino. Este porcentaje coincide con estudios epidemiológicos extraídos de la Organización Mundial de la Salud, que muestran que en su mayoría el sexo femenino realiza intentos de Autoeliminación con una relación de 4:1 respecto al masculino.

El 84% de los usuarios se encuentra en la franja comprendida entre los 12 y 14 años. Como hace referencia la Revista Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, en su artículo "Caracterización Clínica epidemiológica de los suicidios".

El 35% de los usuarios provienen de la zona oeste de Montevideo; lo cual se corresponde con lo referido por la Dra. Psiquiatra Suicidóloga Silvia Pelaes en el trabajo llevado a cabo por la ONG Último Recurso, involucrada directamente con la causa y que funciona en dicha zona. Seguido por un 31% en el interior del país; un 16% en la zona este de Montevideo y 11% en la zona sur y en un menor porcentaje, un 7%, en la zona norte.

En lo que corresponde a escolaridad un 82% asiste a la escuela, mientras que un 17% no lo hace; esto reafirma lo que menciona el artículo del Diario El País, "Depresión y suicidio no avisan". Pero cabe destacar que si bien no hay abandono escolar, sí existe un fracaso en el rendimiento.

El 58,5% de los usuarios viven con sus madres, el 21, 5% vive con su padre y madre, 12,5% vive con tutores, el 5,3% se encuentran institucionalizados y el 2,2% vive sólo con su padre. Como se hace referencia en el libro "Muerte por Intoxicación evaluadas como suicidio", en donde habla acerca de la desestructuración familiar como un factor de riesgo en la aparición de la depresión, uno de los factores de estrés psicosociales estudiados en el presente trabajo.

En relación a lo anterior se observó que en el estado civil de los padres el porcentaje de los divorciados es de 76% y por su parte el de Unión Libre un 10%. Con respecto al nivel de instrucción de los padres el 35,5% de los mismos cursó 6 años de estudio, el 24% hasta 9 años y con igual porcentaje se desconoce. Por su parte en las madres se observa algo similar, ya que el 44% realizó hasta 6 años de estudio y el 31% hasta 9 años.

La situación laboral de los padres se observa que el 38% tienen trabajo estable y el 28% trabajo ocasional, en cuanto al de las madres se observa lo opuesto ya que el 42,2% tienen trabajo ocasional y el 32,3 con trabajo estable.

En lo que respecta a los antecedentes familiares de intento de autoeliminación un 66% no tiene y un 32% tiene antecedentes.

En las adicciones familiares se observa que el mayor porcentaje corresponde al 19% a drogas ilegales y le sigue un 18% al alcohol, ya que se desconocen la mayor cantidad de los casos que corresponden a un 66%.

En la variable adicciones personales no se pudo obtener datos ya que no encontramos registros de la misma en las historias clínicas.

El 74% de los usuarios no tienen internaciones previas por intento de autoeliminaciones y un 26% si las presenta, como Pfeffer lo menciona que aproximadamente entre el 8% al 10% de los adolescentes habían realizado al menos una tentativa a lo largo su vida.

En cuanto a los factores de estrés psicosociales se encontró que el grupo de factores que presenta mayor porcentaje son falta de soporte familiar, situación socio-económica desfavorable y fracaso y/o abandono escolar con un 49%. Esto se relaciona con lo citado en su libro José Aldadiez "Urgencias Psiquiátricas en el

niño y el adolescente" y la Organización Mundial de la Salud en donde menciona que los niños llegan al Intento de Autoeliminación cuando presentan varios de los factores de estrés.

En segundo lugar encontramos que los factores pérdida de una persona importante, violencia familiar y depresión corresponden a un 21% y por último los factores abuso sexual, maltrato y sexo masculino corresponden a un 12% del total. En los métodos utilizados para el intento de autoeliminación se pudo observar que el más utilizado son los psicofármacos correspondiente al 87%, seguido por los AINES con un 5,3%, un 2,2% de ahorcamiento y 1,5% arma blanca.

Lo que corresponde a la variable registros de enfermería, un 100% conforman solamente la categoría prescripción médica.

En cuanto al estudio biviariado, en la relación establecida entre método utilizado en el Intento de Autoeliminación y edad de los usuarios se encuentra que en las edades de 12 a 14 años el método más usado fue el consumo de psicofármacos correspondiente a 94 usuarios del total de la muestra; el mismo método fue también el más utilizado en las edades comprendidas entre los 9 a 11 años.

Cabe destacar que otro de los métodos utilizados es el ahorcamiento, en las edades comprendidas entre 9 a 11 años; habiéndose encontrado 4 casos, siendo más contundente el método cuanto más temprana es la edad tal como lo indica la bibliografía.

En la relación lugar del Intento de Autoeliminación y el método utilizado para el mismo se encontró que del total de la muestra 126 usuarios realizan el intento en sus hogares y de los mismos 109 utilizan psicofármacos como método. Se observó que en menor cantidad existen casos de ahorcamiento intradomiciliario.

Otra de las relaciones analizadas fue la de sexo y edad, de esta se puede destacar que el sexo femenino realiza más intentos en las edades comprendidas entre los 12 a 14 años, correspondiendo a 96 intentos; y en lo que respecta al sexo masculino se encontró que en ambas categorías de edades existe una relación más equitativa que en el sexo femenino. Entre 9 a 11 años 10 intentos y entre 12 a 14 años 12 intentos.

En la relación sexo y método utilizado en el Intento de Autoeliminación, tal como lo establece la bibliografía, "Comportamiento suicida en Niños y Adolescentes" de Martínez-Schiavo, el sexo femenino utiliza la ingestión de psicofármacos (94 usuarias) como método más frecuente. Esta misma situación se observa en el sexo masculino pero en menor proporción correspondiendo a 19 usuarios.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a los datos analizados durante el trabajo de investigación se puede concluir que según la bibliografía se comprueba que el sexo femenino realiza más intentos de autoeliminación que el sexo masculino.

En lo que respecta a la escolaridad se pudo constatar que la mayoría de los usuarios acceden al sistema escolar, lo cual indica que los niños a diferencia de los adultos pueden mantener sus redes sociales aunque esto no significa que no puedan realizar el intento de autoeliminación, teniendo en cuenta que los síntomas pueden pasar desapercibidos.

Según los datos obtenidos del instrumento de recolección de datos se puede afirmar que la desestructuración familiar es uno de los factores de estrés que más se repite, destacándose el hogar monoparental con la madre jefa de hogar, con trabajo inestable contribuyendo a una situación socio-económica desfavorable. Sumado a estos factores de estrés, la ausencia de soporte familiar, la pérdida de una persona importante, entre otros hace que existan más riesgos de intento de autoeliminación en niños y adolescentes, así como se estableció en la bibliografía. Tomando como referencia que el aumento en la incidencia del intento de autoeliminación infantil se da en la zona oeste del departamento de Montevideo, como lo indica el artículo "En mi barrio vivo y lucho" extraído de la página de la ONG Último Recurso, se encuentra una relación entre el trabajo de investigación y la bibliografía utilizada para el mismo.

En cuanto a los antecedentes familiares de intento de autoeliminación no existe una relación directa entre estos con los intentos de la población estudiada.

La mayoría de los casos estudiados realizan el intento de autoeliminación dentro del domicilio, lo cual es considerado como un llamado de atención a quienes son responsables del niño y/o adolescente.

En lo que respecta a la elección del método utilizado se observó que el más predominante es el psicofármaco, lo que demuestra el fácil acceso que tienen los menores a los mismos.

Se pudo constatar que los registros de enfermería existen pero únicamente en lo que respecta al cumplimiento de las indicaciones médicas, lo cual indica que el rol

de enfermería, más allá de la capacidad profesional que esta posea, se ve deficiente de acuerdo al trabajo de investigación realizado.

Como sugerencias para tratar esta carencia en cuanto a la valoración y registro de enfermería, se cree conveniente la realización de cursos de formación y capacitación para el personal; el uso de protocolos; planes pilotos para implementación de los mismos; y finalmente auditorías a los servicios para su evaluación.

Como sugerencia para un estudio próximo sobre la temática, la incorporación de la entrevista del profesional de enfermería al usuario como fuente de información primaria, sería complementaria del mismo. Además se cree necesario la incorporación de registros de enfermería en cuanto al seguimiento y valoración del usuario.

De acuerdo al objetivo general planteado se pudo conocer la existencia de factores de estrés psicosociales presentes en niños y adolescentes, entre 9 y 14 años, que consultan por intento de autoeliminación en un Hospital Pediátrico de Montevideo. Siendo los más destacados: falta de soporte familiar, situación socioeconómica desfavorable, fracaso y abandono de la escolaridad, pérdida de una persona importante, depresión, violencia familiar y abandono paterno y/o materno.

BIBLIOGRAFÍA:

- Ⓢ Aldaya Andrea y otros; Universidad de la República; Facultad de Enfermería; Cátedra de Adulto y Anciano; Muertes por intoxicación evaluadas como suicidio; dic 2001
- Ⓢ Sociedad de psiquiatría del Uruguay Caracterización clínica epidemiológica de los suicidios en Montevideo y los IAE en el Hospital de Clínicas en periodo abril/2000 al abril/2001 Revista de Psiquiatría del Uruguay, diciembre 2003. vol. 67 N° 2 pág. 39
- Ⓢ Organización Mundial de la Salud, Departamento de salud mental y toxicomanía; prevención del suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional, trastornos mentales y cerebrales;; Ginebra 2001 p2 – 12.
- Ⓢ D. Marcelli; Psiquiatría del niño; Tercera edición; editorial Masson; cap12 p217 a 231
- Ⓢ D. Shaffer, C. Pfeffer; Revista de Psiquiatría del Uruguay, vol 65 N° oct. 2001 p14 y 147
- Ⓢ H. Montenegro; Psiquiatría del niño y el adolescente; segunda edición 2000; cap11 p135
- Ⓢ Jerr y M. Wiener y otros; Tratado de psiquiatría de infancia y la adolescencia; 2006
- Ⓢ José, A. Aldadiez; Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente; Masson 2006 p137
- Ⓢ A.M. Kaplan; Ciencias e la conducta, Sinopsis de psiquiatría; 2004 p 915
- Ⓢ Martinez, Schiavo Adriana; Comportamiento suicida en el Niño y el Adolescente; Clínica Psiquiátrica del niño y el adolescente; Montevideo 1997 p74. Monografía.
- Ⓢ Donna L.Wong- Problemas de salud de la infancia intermedia y de la adolescencia. Enfermería Pediátrica- Harcourt Brace, España 1998- pág. 465

Referencias electrónicas

- Ⓢ Más suicidios que accidentes de tránsito, Sindicato Médico del Uruguay (en línea) marzo 2006. disponible en www.smu.org.uy
- Ⓢ Depresión y suicidio no avisan, Miguel Bardecio, diario "EL País" año 2008, Montevideo 18 de mayo, disponible en www.elpais.com.uy
- Ⓢ En mi barrio vivo y lucho previniendo el suicidio, (en línea 2007) disponible en www.ultimo recurso.com.uy

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

	Página
ANEXO N° 1	2
ANEXO N° 2	5
ANEXO N° 3	9
ANEXO N° 4	10
ANEXO N° 5	14
ANEXO N° 6	15
ANEXO N° 7.....	16

ANEXO N° 1

ENTREVISTA A Dra. SILVIA PELAES

1) ¿Cuál es el papel que ud. lleva a cabo aquí?

"Soy la creadora y directora de la ONG Ultimo Recurso pionera en la prevención del suicidio".

2) ¿Cómo se desarrolla el trabajo diario en esta ONG?

"Esta ONG tiene 19 años de creada, trabajo en forma totalmente voluntaria durante 14 años y desde hace 4 años tiene un respaldo de la IMM que financia el trabajo en zona oeste (cerro, casabo, etc). Y desde marzo de este año la Intendencia de Rocha trabaja el plan de prevención del suicidio de esta ONG en Castillos por las altas tasas que hay en esa zona también. Cabe mencionar que todavía aun hoy parte del trabajo de la organización se realiza de forma voluntaria.

Las actividades consisten en una línea telefónica de crisis un 0800 que atiende las 24 horas las emergencias de todo el país, entrevistas de crisis a posteriori, investigación con grupos de sobrevivientes de suicidio, cursos de formación en suicidología para los que trabajan aquí, puestos centinelas en la zona oeste y en Castillos para que los usuarios se acerquen y tengan otra opción además de la vía telefónica en una emergencia. Y el próximo año en Congreso Mundial de Prevención del Suicidio se hará por segunda vez en Latinoamérica en los últimos 50 años y será en Uruguay gracias a la intermediación de Ultimo Recurso.

Esta institución desmedicalizo el tema del suicidio lo cual no quiere decir que excluyo a nadie sino enriqueció el enfoque y la estrategia, se comparte la discusión y decisiones con otras especialidades no solo médicos, enfermeros y hasta con la propia comunidad, si el tema estuviera medicalizado estaríamos los médicos y enfermeras en un equipo manejándolo y esto no dio resultado de hecho siquiera se tomo demasiado. Entonces esta propuesta habla de una concepción del tema, de cómo mirarlo para abordarlo y por esto son muy importantes los líderes locales y los referentes comunitarios donde la enfermería y medicina los promueven pero no los sustituyen. Esto es una

creación de nuestro propio marco teórico que fue distinguido por el presidente de la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio la IASP que es la única que tiene vínculos directos con la OMS, su presidente felicitó a nuestra ministra de salud porque Último Recurso era una institución líder y pionera en ir al lugar”.

3) ¿Cuál es el rango de edades con el que trabajan?

“Todas las edades, si bien el mayor número de llamadas es de mujeres de edad media lo que coincide con otros servicios internacionales. En el caso de los niños la edad mínima que se han recibido llamados son 7 años, no son muchos porque este no es un servicio pediátrico pero si llegan de la zona enviados por las maestras y las otras ONGs”.

4) ¿Cuál es el promedio de persona atendidas diariamente? ¿Y cuantas personas han sido atendidas hasta el momento?

“De 3 a 4 llamados por día (de todo el país) que se triplica cuando hay alguna nota en la prensa como hoy por ejemplo salió una nota en televisión nacional. En esta puesto tenemos de 8 a 10 consultas a lo largo del día sabiendo que este no es el único puesto centinela en la zona”.

5) ¿Cuáles son las características más comunes de las familias de los niños y preadolescentes atendidos en esta ONG?

“Familias con violencia domestica es lo mas frecuente que se observa e inclusive con sospecha de incesto, el nivel educativo de la zona es de primaria y hay una tendencia a que la gente mas pobre es la que mas consulta.

Luego se ve mucho el tema del alcoholismo de los padres, de los IAE previos, consultan también los sobrevivientes de un suicidio que es alguien que perdió a un familiar o amigo en un suicidio. Este último tema es el único que se trata a nivel individual y grupal aquí y en castillos el trabajo con sobrevivientes es grupal, tiene el sobreviviente un duelo específico. Para lo demás la terapia es individual, no se trata en grupo a los depresivos o a la gente en crisis porque la terapia tiene que ser a medida de la persona”.

6) ¿Cuales son las problemáticas que se encuentran principalmente en dichas familias?

- 7) ¿La mayoría presentan antecedentes familiares de suicidio o Intento de Auto Eliminación?
- 8) ¿Cuáles cree ud. que pueden ser las causas que lleven a esta población a cometer el suicidio o el intento de auto eliminación?

"En general la violencia domestica y el abuso de sustancias y en zona oeste además de eso el hambre "porque no tengo que darle de comer a mis hijos mañana", también la discriminación por pertenecer a una zona donde no me dan trabajo y donde tengo que mentir la dirección, otro tema es el acceso a armas de fuego".

- 9) ¿Por qué cree ud. que se están presentando tantos suicidios en los niños y preadolescentes? ¿Y por que cree que se da el suicidio en esta población?
- 10) ¿Cuáles son las formas en que se desarrolla el suicidio o el intento de auto eliminación en esta población y que métodos son los más utilizados?

"En la población en general los Intentos de auto eliminación se dan mas con comprimidos por esto es importante quitarle el acceso a la medicación. Los que terminan peor son generalmente los que utilizan armas de fuego por eso hay que tener mucho cuidado cuando nos consulta un policia o un armero o un hombre de campo porque tienen acceso a armas. Y en los niños el método mas frecuente es también el tomar pastillas, a veces pueden tirarse de un techo o ventana se creen superhéroes, y no esta muy claro el móvil".

ANEXO N°2

ENTREVISTA A Lic. KARINA CENTURIÓN, LICENCIADA EN ENFERMERÍA DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO PEREIRA ROSSELL

1) ¿Cuál es el número de niños, con diagnóstico de intento de suicidio que ingresan anualmente?

"Hablando en general (niños, adultos, ancianos) sabemos que hay entre 1 y 2 suicidios por día en el Uruguay estamos aproximadamente en la mitad de la tabla a nivel mundial y si nos comparamos con Latinoamérica estamos en 4º o 5º lugar, también sabemos que hay edades de mayor riesgo como por ejemplo la adolescencia, la vejez también cuanto mayor la edad mayor el riesgo de suicidio y además hay épocas del año como puede ser diciembre con motivo de las fiestas. En cuanto a las cifras específicas de niños y adolescentes desconozco los datos actuales pero si tengo datos por ejemplo del año 1999 en el cual de 13.009 casos de urgencias psiquiátricas que ingresaron a la puerta de emergencia 158 ingresaron a piso con diagnóstico de IAE, Trastornos de Conducta y Psicosis.

Es bueno aclarar que los IAE en niños y adolescentes no siempre tienen que estar asociados a alguna patología psiquiátrica como comúnmente se pensaría, muchas veces están relacionados con temas familiares, sociales, etc".

2) ¿Dentro de que edades?

"En mayores de 7 años el IAE representa el 30% de las consultas y entre los niños de 10 y adolescentes de 19 años sería la segunda causa de muerte, en el año 2000 murieron 24 adolescentes. Y hay una relación de 4 a 1 en los intentos entre niñas y niños pero los de los niños terminan siendo más efectivos. En menores de 7 años es raro recibir consultas por este tema. En el año 2002 se vivió por la crisis un aumento de todas las consultas en general no solo por IAE sino por desnutrición, maltrato, etc. sobre todo en los sectores de mayor fragilidad y vulnerabilidad socioeconómica.

En cuanto al diagnóstico por lo general ingresan con un diagnóstico claro de IAE pero a veces se ha dado en niños no tan chicos hablamos de 8 años, casos de supuestas intoxicaciones accidentales en las que en el interrogatorio no queda claro que haya sido accidental y sobre todo en niños mas grandes en

los cuales es difícil que se intoxiquen con fármacos por accidente. Entonces se entra a sospechar de un IAE, por lo general las intoxicaciones accidentales se ven más en niños pequeños que ingieren pastillas porque no sabían que eran”.

3) ¿Hay alguna zona que predomina, actualmente?

“Por lo que se ve en puerta es bastante amplio el espectro del cual provienen no hay una zona en particular de mayor predominancia y en cuanto al nivel socio económico no solo consultan individuos de niveles bajos sino también se ven de niveles medios”.

4) ¿Que características presentan estos niños?

“Por lo general son niños provenientes de núcleos familiares disfuncionales en los que no está o uno u otro de los padres, casos de padres separados en los que los niños quedan a cargo de los abuelos u otros familiares, con dificultades económicas que llevan a que queden muchas horas solos.

También se ve niños con antecedentes de padres depresivos, psiquiátricos.

A veces la muerte reciente de algún familiar por ejemplo recuerdo el caso de una chica de 9 años aproximadamente que la madre la había abandonado tiempo atrás y había quedado al cuidado de sus abuelos y al fallecer su abuelo hizo una crisis depresiva muy severa y un posterior IAE, ya que tenía un vínculo muy estrecho con él y ahora solo le quedaba su abuela.

Otras veces presentan alguna patología psiquiátrica de fondo o trastornos de conducta y hacen algún IAE.

El consumo de drogas también se no solo en adolescentes sino cada vez más en edades más tempranas y en familias disfuncionales o con falta de una estructura fuerte de familia con figuras paternas sólidas y límites claros. Y como que tienen mucha autonomía así estén con la madre o un abuelo se nota la falta de solidez y contención de familia.

Así como el consumo de drogas, también la baja escolaridad y/o deserción escolar todo repercute en su autoestima, en el desajuste familiar, en el reproche.

También están los casos de abuso de niños por parte de hermanos, tíos, padres, padrastros, los cuales sufren y se deprimen mucho. De modo que hay todo una crisis familiar que está por detrás de los IAE”.

5) ¿Por quien son traídos, generalmente?

"Por los padres o por uno u otro de los mismos o por quien este a cargo ya sea padres, abuelos, tíos, etc".

6) ¿Cuales son los métodos mas utilizados?

"La gran mayoría son por ingesta de comprimidos, lo mas común psicofármacos.

Después en mucho menor numero por caídas o traumatismos desde el techo de la casa, por ahorcamiento, por herida de arma de fuego es muy raro, en este caso son mas por accidentes con armas de fuego que por IAE".

7) ¿Cuales son las medidas que toma el equipo de salud ante esta situación?

"Cuando llega el niño lo recibe el medico pediatra de guardia y el residente se le realiza una primera entrevista y de inmediato se llama al psiquiatra infantil de guardia y al asistente social si fuese necesario. En puerta lo ideal y que no siempre ocurre es tratar de poner al niño en un lugar tranquilo de la emergencia donde se pueda realizar una entrevista tranquila con la madre, el padre y a la vez que el paciente esta tranquilo. Pero a veces la demanda de camas es tan grande que no lo permite. Las entrevistas del psiquiatra son muy extensas y profundas acá en puerta. Luego se los ingresa a piso sistemáticamente, ninguno se va a la casa por mas leve que haya sido el intento porque ya se va a un tratamiento que incluye al núcleo familiar.

En piso no hay sectores determinados para estos chicos ya sea con IAE o con trastorno psiquiátrico y esto es polémico porque la cátedra de psiquiatría infantil te dice que no deberían ser aislados esto podría ser contraproducente y sentirse discriminados. Pero a veces estos pacientes son elementos de distorsión del sector donde están o no se les puede brindar el ambiente de confort y tranquilidad que necesitan. Aun hoy no hay una estructura física ni nada organizado para ubicarlos en un sector puntual y en donde se haga también un seguimiento, una estadística y todo un estudio de los casos, donde se entrene y apoye al personal para lidiar con los niños y con los familiares".

8) ¿Que postura toma enfermería puntualmente?

“El personal tanto de enfermería como médicos en puerta por lo general le tienden a rehuir un poco a este tipo de pacientes tanto IAE como psiquiátricos, es un tema muy árido que moviliza al personal el cual muchas veces manifiesta no estar preparado, muchos tienen hijos chicos o adolescentes todo este tema sensibiliza y agota mucho. Salvo que por su estado estén en la Unidad de Reanimación en la cual si reciben un nivel de atención y acercamiento mucho mayor y estrecho.

Pero sino lamentablemente muchas veces sobre todo cuando los intentos son leves y por la dinámica y vorágine de los que es una puerta de emergencia, no se les brinda la atención y contención que se debería tanto al niño como a los padres, los cuales están atravesando por un torbellino de sentimientos de miedo, rabia, culpa, impotencia, etc. En piso esto cambia un poco y ya de aborda con mas tiempo”.

9) ¿Se realiza algún seguimiento del caso, luego del alta? ¿De que forma?

“Sobre este punto no estoy muy segura pero supongo que quedan coordinados con la policlínica de psiquiatría infantil para su posterior tratamiento y seguimiento.

Ya esta estudiado que un porcentaje de niños que cometieron un IAE al cobo de un tiempo un año o mas terminaran cometiendo el suicidio. Por este motivo por más leve que sea el IAE hay siempre que hacerle un buen tratamiento y seguimiento porque muchos pueden reintentarlo hasta que finalmente lo logran”.

ANEXO N° 3

Montevideo, 28 de julio de 2008

Director del Centro Hospitalario Pereira Rossell Dr. F. Tomasina
Jefa del Departamento Pediátrico de Enfermería Lic. en Enf. M.
Alamilla

De nuestra mayor consideración:

Por intermedio de la presente nota quien suscribe Sr. Javier Otero CI: 3.6002.008-4 estudiante de la Facultad de Enfermería dependiente de la Universidad de la República, en representación de los miembros del grupo de tesis al cual pertenezco y cursando el último año de la Licenciatura en Enfermería en el cual se nos plantea como actividad curricular la realización de un trabajo de investigación, es que me dirijo a ustedes a los efectos de solicitar las autorizaciones correspondientes para llevar a cabo una revisión y recolección de datos de las historias clínicas de los usuarios de dicho centro hospitalario.

El área a investigar asignada por la Cátedra de Enfermería en Salud Mental fue intento de autoeliminación en niños y adolescentes, a partir de la cual se elaboró un protocolo de investigación cuyo objetivo primordial apunta a la identificación de los factores de estrés psicosociales más frecuentes que están presentes en el intento de autoeliminación de niños y adolescentes con edades comprendidas entre 9 y 14 años que concurren al Centro Hospitalario Pereira Rossell en el periodo comprendido entre agosto – septiembre del 2008.

Con el fin de apoyar también desde la perspectiva de la enfermería profesional el reconocimiento y detección temprana de estos factores de estrés de forma de prevenir estas situaciones y detectar señales que nos permitan profundizar en la influencia que pueden tener o no dichos factores en los IAE. Para lo cual es fundamental tener acceso a los datos e información de las historias clínicas de los usuarios ingresados por esta problemática.

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

Nuestra propuesta esta precisada y detallada en el protocolo que se anexa a esta carta, en el cual figuran entre otros aspectos:

- Área problema.
- Pregunta problema.
- Objetivos concretos.
- Metodología y tipo de estudio.
- Fundamentación y posibles aportes de la investigación.
- Marco teórico.
- Revisión bibliográfica.
- Cronograma de actividades.

Como tutores responsables del trabajo de investigación contamos con el apoyo y guía de los docentes Prof. Adj. Lic. en Enf. Esp. Álvaro Díaz y la Prof. Asist. Lic. en Enf. Natacha Caraballo, ambos pertenecientes a la Cátedra de Enfermería en Salud Mental, los cuales autorizaron el protocolo y la redacción de esta carta.

Por último los nombres y apellidos con los correspondientes documentos de identidad de los miembros del grupo de investigación son:

- Canteras Ma Eugenia
- Otero Javier
- Rodríguez Yeila
- Sosa Ma José
- Zerpa Verónica

Agradeciendo una respuesta favorable saluda atentamente en nombre de todo el grupo

Br. Ma. José Sosa

Br. Javier Otero

Br. Verónica Zerpa

Y POR LA FACULTAD DE ENFERMERIA:

Prof. Adj. Lic. en Enf. Esp. Álvaro Díaz

Prof. Asist. Lic. en Enf.

Natacha Caraballo

Montevideo, 28 de julio de 2008.

Director del Centro Hospitalario Pereira Rossell Dr. F. Tomasina
Jefa del Departamento Pediátrico de Enfermería Lic. en Enf. M. Alamilla

De nuestra mayor consideración:

Por intermedio de la presente nota quien suscribe Sr. Javier Otero CI: 3.6002.008-4 estudiante de la Facultad de Enfermería dependiente de la Universidad de la República, en representación de los miembros del grupo de tesis al cual pertenezco y cursando el último año de la Licenciatura en Enfermería en el cual se nos plantea como actividad curricular la realización de un trabajo de investigación, es que me dirijo a ustedes a los efectos de solicitar las autorizaciones correspondientes para llevar a cabo una revisión y recolección de datos de las historias clínicas de los usuarios de dicho centro hospitalario.

El área a investigar asignada por la Cátedra de Enfermería en Salud Mental fue intento de autoeliminación en niños y adolescentes, a partir de la cual se elaboró un protocolo de investigación cuyo objetivo primordial apunta a la identificación de los factores de estrés psicosociales más frecuentes que están presentes en el intento de autoeliminación de niños y adolescentes con edades comprendidas entre 9 y 14 años que concurren al Centro Hospitalario Pereira Rossell en el periodo comprendido entre agosto – septiembre del 2008.

Con el fin de apoyar también desde la perspectiva de la enfermería profesional el reconocimiento y detección temprana de estos factores de estrés de forma de prevenir estas situaciones y detectar señales que nos permitan profundizar en la influencia que pueden tener o no dichos factores en los IAE. Para lo cual es fundamental tener acceso a los datos e información de las historias clínicas de los usuarios ingresados por esta problemática.

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

Nuestra propuesta esta precisada y detallada en el protocolo que se anexa a esta carta, en el cual figuran entre otros aspectos:

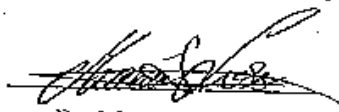
- Área problema.
- Pregunta problema.
- Objetivos concretos.
- Metodología y tipo de estudio.
- Fundamentación y posibles aportes de la investigación.
- Marco teórico.
- Revisión bibliográfica.
- Cronograma de actividades.

Como tutores responsables del trabajo de investigación contamos con el apoyo y guía de los docentes Prof. Adj. Lic. en Enf. Esp. Álvaro Díaz y la Prof. Asist. Lic. en Enf. Natacha Caraballo, ambos pertenecientes a la Cátedra de Enfermería en Salud Mental, los cuales autorizaron el protocolo y la redacción de esta carta.

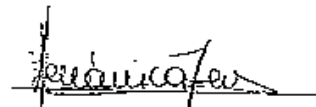
Por último los nombres y apellidos con los correspondientes documentos de identidad de los miembros del grupo de investigación son:

- Canteras Ma Eugenia
- Otero Javier
- Rodríguez Yeila
- Sosa Ma José
- Zerpa Verónica

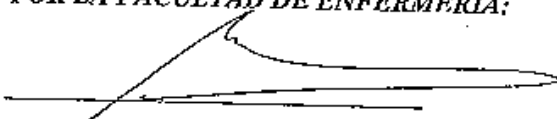
Agradeciendo una respuesta favorable saluda atentamente en nombre de todo el grupo



Br. Ma. José Sosa

JAVIER OTERO.
Br. Javier Otero


Br. Verónica Zerpa

Y POR LA FACULTAD DE ENFERMERIA:


Prof. Adj. Lic. en Enf. Esp. Álvaro Díaz


Prof. Asist. Lic. en Enf. Natacha Caraballo

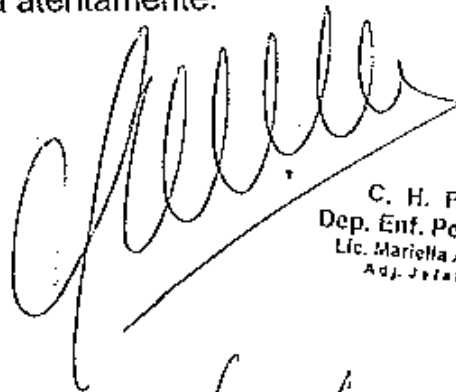
Montevideo 2 setiembre, 2008.

DE: DPTO ENFERMERIA PEDIATRICA
LIC MARIELA ALAMILLA

A: DIRECCIÓN PEDIATRICA
DRA MARINA STOLL

Por la presente elevo a Usted Protocolo de Tesis Final de
estudiantes que suscriben para autorización de revisión de historias
clínicas para dicho fin.

Sin otro particular saluda atentamente.



C. H. P. R.
Dep. Enf. Pediatr.
Lic. Mariela Alamilla
Adj. Jefe

Se autoriza



Dra. MARINA STOLL
DIRECTORA
Hospital Pediátrico
C. Hosp. Pereira Rossell

ANEXO Nº 4

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA: _____

INSTITUCIÓN: _____

SEXO: M F
EDAD: 9 10 11 12 13 14
PROCEDENCIA: MONTEVIDEO ZONA INTERIOR
ESCOLARIDAD: CONCURRE NO CONCURRE

COMPOSICIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR:

MADRE Y PADRE
MADRE Y PADRE
PADRE
OTROS

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:

SOLTEROS
CASADOS
UNIÓN LIBRE
DIVORCIADOS

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DEL PADRE O TUTOR:

MENOS DE 6 AÑOS
 6 AÑOS
 9 AÑOS
 12 AÑOS
 18 AÑOS

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE O TUTORA:

MENOS DE 6 AÑOS
 6 AÑOS
 9 AÑOS
 12 AÑOS
 18 AÑOS

SITUACIÓN LABORAL DE PADRE O TUTOR:

TRABAJA
 NO TRABAJA

SITUACIÓN LABORAL DE MADRE O TUTORA:

TRABAJA
 NO TRABAJA

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IAE:

TIENE NO TIENE

ADICIONES FAMILIARES:

ALCOHOL OTRAS
 TABACO
 DROGAS ILEGALES

INTERNACIONES PREVIAS DE IAE:

TIENE NO TIENE

FECHA: _____

FECHA DE INTERNACIÓN ACTUAL POR IAE: _____

LUGAR DEL IAE: DOMICILIO
OTRO

FACTORES ESTRESANTES PSICOSOCIALES PRESENTES:

MALTRATO
 ABUSO SEXUAL
 VIOLENCIA FAMILIAR

- PÉRDIDA DE UNA PERSONA IMPORTANTE
- SITUACIÓN ECONÓMICA DESFAVORABLE
- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
- DEPRESIÓN
- FALTA DE SOPORTE FAMILIAR
- DIVORCIO
- INCONFORMISMO DE GÉNERO
- SEXO MASCULINO
- FRACASO EN LA ESCOLARIDAD

MÉTODO UTILIZADO PARA EL IAE:

- AHORCAMIENTO
- ARMA BLANCA
- ARMA DE FUEGO
- CAÍDA LIBRE
- PSICOFÁRMACOS
- INTOXICACIONES
- PRECIPITACIÓN BAJO UN VEHÍCULO

REGISTROS DE ENFERMERÍA

- ENTREVISTA DE ENFERMERÍA CON VALORACIÓN PSICOSOCIAL CON DETECCIÓN DE FACTORES DE ESTRÉS
- MALTRATO
- ABUSO SEXUAL
- VIOLENCIA FAMILIAR
- PÉRDIDA DE UNA PERSONA IMPORTANTE
- SITUACIÓN ECONÓMICA DESFAVORABLE
- TRASTORNOS DE LA CONDUCTA
- DEPRESIÓN
- FALTA DE SOPORTE FAMILIAR
- DIVORCIO
- INCONFORMISMO DE GÉNERO
- SEXO MASCULINO
- FRACASO EN LA ESCOLARIDAD
- ENTREVISTA DE ENFERMERÍA CON VALORACIÓN PSICOSOCIAL Y VALORACIÓN FÍSICA
- ENTREVISTA DE ENFERMERÍA Y VALORACIÓN FÍSICA
- NINGUNA

ANEXO N° 5

UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DEL PROGRAMA BASICO
UNIDAD PEDAGOGICA

Montevideo marzo de 2009

Departamento de dirección del programa básico

Por intermedio de la presente, nos dirigimos a usted para solicitar conformación de tribunal para la defensa del trabajo final de investigación mismo fue desarrollado bajo la órbita de la cátedra de salud mental; siendo los autores Prof.Adj.Lic.Enf Álvaro Díaz, Prof. Asist. Lic en Enf. Natacha Caravallo, siendo el título del estudio: "Factores de estrés que están presentes en el intento de suicidio de niños y adolescentes entre 9 y 14 años"

Somos estudiantes cursantes de generación 2003.

María J Sosa

Verónica Zerpa

Eugenia Canteras

Javier Otero


Yeila Rodríguez

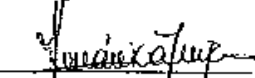
UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DEL PROGRAMA BASICO
UNIDAD PEDAGOGICA

Montevideo marzo de 2009

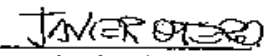
Departamento de dirección del programa básico

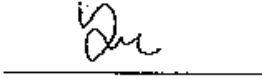
Por intermedio de la presente, nos dirigimos a usted para solicitar conformación de tribunal para la defensa del trabajo final de investigación mismo fue desarrollado bajo la órbita de la cátedra de salud mental; siendo los autores Prof. Adj. Lic. Enf. Álvaro Díaz, Prof. Asist. Lic. en Enf. Natacha Caravallo, siendo el título del estudio: "Factores de estrés que están presentes en el intento de suicidio de niños y adolescentes entre 9 y 14 años"
Somos estudiantes cursantes de generación 2003.


María J Sosa


Verónica Zerpa


Eugenia Canteras

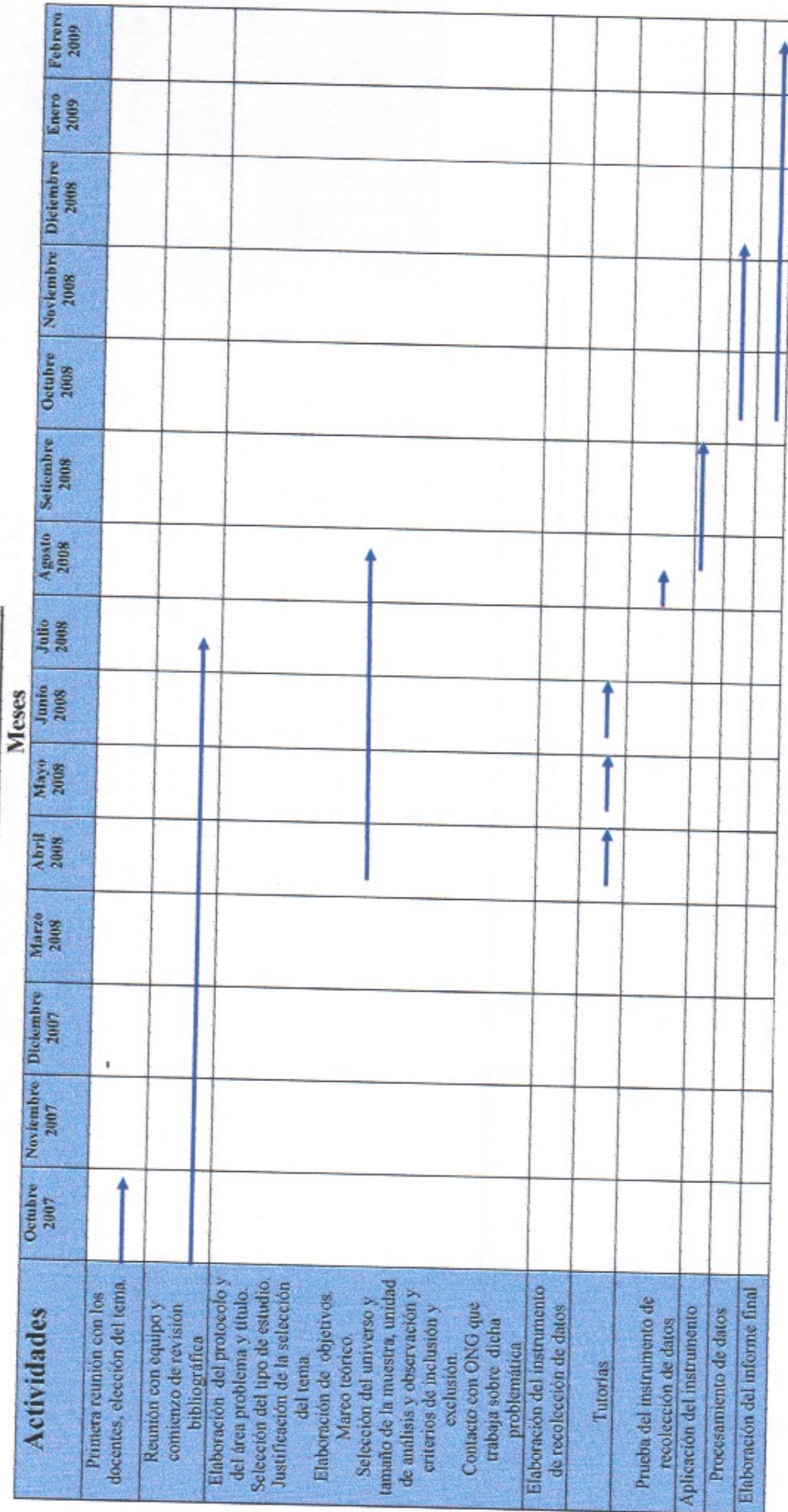

Javier Otero


Yeila Rodríguez

ANEXO N° 6

Diagrama de Gantt

PLAN DE TRABAJO



La inflexión escolar, una señal de alarma

■ De los 38 adolescentes que se suicidaron en 2002, dos tercios había abandonado los estudios y el resto registraba una baja en el rendimiento.

Este fue uno de los datos que resultó de la autopsia psicológica que realizaron los investigadores Irene García y Hugo Rodríguez. "Encontramos una inflexión escolar muy importante, lo que puede ser un efecto de la depresión", dice García, psiquiatra de niños y jóvenes.

A la vez, encontró que la mayoría eran hombres. "Las mujeres intentan la autolimitación más veces, pero los

métodos son menos efectivos", dice Irene García en referencia, por ejemplo, al uso de fármacos.

Del total de casos, solo uno de los jóvenes suicidados estaba bajo tratamiento. "Todavía hoy, la consulta al psiquiatra está como estigmatizada, es para los locos. Muy difícil para los padres pensar en el psiquiatra para un joven", dice la experta. Con respecto a la emulación, es decir, el suicidio por "contagio" de casos en la familia o entorno, la psiquiatra no encontró relación.

La investigación se repetirá con los 44 menores de 20 años

que se suicidaron en 2007. El menor era un chico de 9 años. "Esto es lo paradójico del suicidio en los jóvenes. Cuando tienen toda la vida por delante, es como que no se puede vivir", continúa García.

La reflexión lleva a cuestionarse si los niños y adolescentes tienen una idea clara de la muerte. De hecho, algunas veces los suicidios de los más chicos quedan registrados como accidentes porque se especula con que no saben lo que es la muerte, no saben lo que hacen con un arma o un fármaco.

La psiquiatra García opina

que los adolescentes parecen que no entienden la muerte como algo "irreversible". "Nos encontramos con casos de chicos con planes, como 'salimos el fin de semana', 'hacemos tal cosa' y sin embargo, al poco tiempo se suicidan. Eso es muy llamativo", comenta.

Laura Viola, directora de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina, hace una consideración parecida para los niños. "No tienen la idea clara de que es irreversible. En la fantasía, ellos piensan en modificar la situación. Después que yo me muera, voy a estar mucho mejor acá".



Niños. No logran entender la muerte como algo irreversible.

Dejenme vivir", escribió en una pared de su cuarto y se suicidó. Era un adolescente de los 20 a 35 chicos que cada año resuelve quitarse la vida, un fenómeno marginal en números, pero que potencia lo inexplicable del suicidio. Cuando la vida está por delante, cuando se supone que prima la alegría, el juego o el descubrimiento, cuando nadie se lo espera, incluso ahí, hay niños y adolescentes que no quieren vivir.

Ese es el extremo, la punta minoritaria pero más escandalosa de un problema que crece a la luz de los especialistas: el sufrimiento de los más chicos. El año pasado, el Primer Estudio Epidemiológico Nacional sobre Salud Mental Infantil concluyó que 80.000 niños de entre 6 y 11 años (el 22%) tiene algún trastorno y, entre ellos, son mayoría los internalizados, es decir, la depresión o la ansiedad, "lo que no se ve", según la directora de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica de Facultad de Medicina, Laura Viola.

"La gente está preocupada por los problemas de conducta, por lo externo, lo que se ve, pero este estudio demostró que la angustia interna de los niños es mucho más importante", añade la experta que dirigió la investigación.

Las políticas de prevención y tratamiento no sólo se encuentran con la dificultad de la magnitud ("no puedo mandar a 80.000 niños al consultorio porque saturó el sistema", dice Viola) sino también con esa capa de invisibilidad que minimiza el problema. La depresión en niños y adolescentes, por ejemplo, se manifiesta de modo diferente a los adultos y a veces pasa inadvertida. "Ellos no están el día en la cama, aislados; pueden mantener redes de amigos y sus salidas, pero se muestran irritables, malhumorados, tienen una sensación de embotamiento, de no poder pensar con claridad", enumera algunos síntomas la psiquiatra de niños y adolescentes Irene García.

Ella estudió el suicidio en los menores de 20 años. Con los 38 casos de 2002, aplicó la "autopsia psicológica", un método que, basado en entrevistas a familiares y allegados, busca reconstruir la vida del niño o joven. Descubrió que en casi la totalidad de los casos, los cercanos no sospecharon nunca del suicidio del chico, pese a que en la mitad de ellos había elementos para diagnosticar depresión, el 50% había anunciado que iba a matarse y un tercio lo había intentado antes.

Pasa a la página siguiente ●●●