



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE SALUD MENTAL



DEPRESIÓN CON INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

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

AUTORES:

Br. Améndola Más, María Pía
Br. Bentancor Rodriguez, Leticia Paola
Br. García García, María Cecilia
Br. Machado Gonzales, Luciana Victoria
Br. Perdomo Ferrón, Ana Claudia

TUTORES:

Prof: Lic. en Enf. Garay, Margarita
Prof: Lic en Enf. Vazquez, Luz

Montevideo, 2011

AGRADECIMIENTOS

A nuestras tutoras por su constante apoyo y exigencias.

A la ONG por abrirnos sus puertas y por confiar en nuestro trabajo.

A nuestras familias y amigos por su incondicional apoyo en nuestra formación.

ÍNDICE

- Índice.....Pág. 4
- Resumen.....Pág. 5
- Introducción.....Pág. 6
- Planteamiento del problema.....Pág. 7
- Justificación.....Pág. 8
- Objetivos.....Pág. 10
- Marco teórico.....Pág. 11
- Cartas.....Pág. 22
- Variables.....Pág. 24
- Metodología.....Pág. 31
- Caso control.....Pág. 34
- Resultados.....Pág. 35
- Análisis.....Pág. 53
- Conclusión.....Pág. 61
- Sugerencias.....Pág. 63
- Referencias bibliográficas.....Pág. 64
- Anexos.....Pág. 65

RESUMEN

En la actualidad se ha visto un incremento considerable de intentos de autoeliminación en Uruguay. Este trabajo tiene como finalidad determinar cuáles son los factores que inciden en los intentos de autoeliminación, en adolescentes depresivos entre 14 – 19 años de edad, que asisten a una ONG destinada a la prevención del suicidio, ubicada en la ciudad de Montevideo, en el periodo del 06/10/11 y el 01/11/11 a través de un estudio descriptivo, de corte transversal.

La recolección de datos se obtuvo mediante la confección de un cuestionario para tal efecto.

Los factores que recibieron más porcentaje son Conflictos de pareja, al igual que el factor inespecífico, sin dejar de nombrar una cifra significativa de problemas de familia. En el correr del estudio se constató la existencia de ideas suicidas en mayor cantidad ante los intentos.

El abordaje de esta temática no es exhaustivo, aunque es un punto de partida para crear herramientas para el abordaje en el ámbito de la salud frente a una situación semejante.

INTRODUCCIÓN

Uruguay es el país de América del Sur con la tasa más elevada de suicidio y ocupa el segundo lugar en América latina.

Los intentos de autoeliminación y las ideas suicidas son uno de los motivos más frecuentes de consulta en la ONG destinada a la prevención de suicidios.

Existen escasas publicaciones acerca de la prevalencia y las características de los intentos de suicidio en niños y adolescentes en Uruguay ya que previamente era un hecho que se cometía más en los adultos que en los adolescentes.

Por la importancia que tiene este problema de salud y por el incremento de esta conducta entre persona jóvenes en el país se dedica especial atención a estos grupos de riesgos y motiva la realización de este estudio, que tuvo como objetivo Cuáles son los factores que inciden en los intentos de autoeliminación en adolescentes entre 14 y19 años de edad con DX de depresión, que concurren a una ONG destinada a la prevención de suicidios en el periodo comprendido entre los meses de Octubre-Noviembre del presente año, en la ciudad de Montevideo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Área temática: Depresión con intento de autoeliminación en adolescentes.

Pregunta problema: ¿Cuáles son los factores que inciden en los intentos de autoeliminación en adolescentes entre 14 y 19 años de edad con DX de depresión, que concurren a una ONG destinada a la prevención de suicidios en el periodo comprendido entre los meses de Octubre-Noviembre del presente año, en la ciudad de Montevideo?

JUSTIFICACIÓN

Según un estudio realizado por la Dr. Laura Viola en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en el año 2002 hubo 38 casos de suicidios de adolescentes menores de 20 años.

El MSP menciona en un artículo llamado suicidio en el Uruguay trabajos sobre el tema, que entre el año 2000 y el 2007 se dieron 147 casos de suicidios en adolescentes menores de 19 años: 213 de 15 a 19 años, 32 de 10 a 14 años y 2 casos en menores de 9 años que sucedieron en el año 2004 y 2007; los menores representan el 5% total de las autoeliminaciones.

De acuerdo a un estudio realizado en el hospital Pereira Rossell se destaca que hay un promedio de 146 ingresos anuales de intento de autoeliminación de adolescentes menores a 15 años.

Según datos estadísticos en la ciudad de Montevideo, los trastornos mentales afectan entre 10 y 20% adolescentes menores de 18 años. Se puede decir que más del 20% de los niños padecen a lo largo de su vida alguna enfermedad mental, de ellos entre el 3 y el 4% requieren un tratamiento específico. De acuerdo al artículo¹, el 60% de las enfermedades del adulto comienzan en la etapa de la niñez.

¹ Viola L, Garrido E, Varela A. Revista de psiquiatría de Uruguay. Volumen 72, Nº 1, agosto 2008, Pág. 11

Los datos denotan que las conductas suicidas son más frecuentes en adolescentes que en niños, el 32% de los mismos realizan algún intento de suicidio en algún momento de esta etapa. La prevalencia estimada del suicidio consumado es de 7/100.000 adolescente².

En base a los datos desarrollados anteriormente existe un incremento de casos de depresión, lo cual preocupa, ya que un alto porcentaje de adolescentes con esta patología llegan a realizar un intento de autoeliminación.

La OMS ha categorizado a la depresión entre los diagnósticos clínicos más discapacitantes, y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo, apenas superada por las enfermedades cardiovasculares, por ello nos resulta preocupante ya que afecta al individuo, la familia y la sociedad.

Muchas veces la depresión en el adolescente suele pasar desapercibida, dado que el cambio de comportamiento se toma como rebeldía, o propio de la etapa, donde los padres se niegan a reconocer los factores pre disponentes, por no querer ver a su hijo en esa situación, porque los desconocen, o porque ellos mismos son factores generadores de la misma.

² “Depresión y suicidio en niños y adolescentes”. S. Otero Cuesta, Psiquiatra Infanto-Juvenil, coordinadora del Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil - Centro Hospitalario Padre Menni. Santander, Cantabria

Como futuros profesionales de la salud creemos necesario abordar y difundir los factores mencionados anteriormente, debido a la escasa transmisión al respecto en nuestro medio, sobre la patología y los riesgos que ésta conlleva.

Objetivo general: Conocer cuáles son los factores que inciden en los intentos de autoeliminación en adolescentes con diagnóstico de depresión entre 14-19 años de edad, en una ONG destinada a la prevención de suicidios en la ciudad de Montevideo en el periodo comprendido entre los meses de Octubre-Noviembre.

Objetivos Específicos:

- Identificar cuantos adolescentes tienen diagnóstico de depresión definido.
- Conocer la prevalencia de intentos de autoeliminación en adolescentes con diagnóstico de depresión establecido.
- Informar como influye la familia en el intento de autoeliminación en adolescentes con diagnóstico de depresión.

MARCO TEÓRICO

Depresión consiste en un estado emocional que se caracteriza por sentimientos de tristeza, desilusión, y desesperanza³.

En el desarrollo de este tipo de trastorno está involucrada una combinación de factores físicos, psicológicos y ambientales.

La depresión en sus inicios se denominaba melancolía, del griego clásico μέλας, "negro" y χολή, "bilis".

El origen del término melancolía se encuentra en Hipócrates⁴ (460-377 AC), éste menciona en sus escritos la teoría de los cuatro humores. La misma hace referencia al exceso de algunos de ellos, aquellos individuos con mucha sangre se consideraban sanguíneos (emocionales), aquellos con mucha flema eran denominados flemáticos (equilibrados), los que poseían mucha bilis eran coléricos (violentos), y quienes presentaban mucha bilis negra se denominaban melancólicos (apáticos, tristes).

Dicho médico relata que las enfermedades eran causadas por los humores corporales, entre ellos la bilis negra, cuya excesiva producción era causa directa del estado melancólico que estaría caracterizado por tristeza manifiesta, desvelo e inapetencia, con sed y desasosiego, miedo, aflicción, delirios, dolores fuertes y continuos.

³ Clase "Salud Familiar" Dictada el 08/04/2010 por Lic. Magíster: Teresita Menoni.

⁴ Médico de la Antigua Grecia que ejerció durante el llamado siglo de Pericles. Es considerado una de las figuras más destacadas de la historia de la medicina.

En el año 1725 el británico Sir Richard Blackmore⁵ rebautiza el cuadro con el término actual de depresión.

Robert White en 1764 relaciona depresión mental con espíritu bajo, hipocondría y melancolía.

Previo al surgimiento de la psiquiatría científica la depresión oscilaba entre la magia y las terapias ambientalistas de carácter empírico.

En 1794 Farret comienza hablar de la enfermedad como locura circular reseñando diferencias con la melancolía. La diferencia es la aparición sucesiva de accesos de manía y melancolía con intervalos de lucidez de variada extensión.

Kraepelin⁶ designa a la depresión como locura depresiva en una de sus clasificaciones, sin abandonar el término melancolía para nombrar la enfermedad, manteniendo el término depresión para referirse a un estado de ánimo, afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental.

Hoy en día hay un incremento de los casos de depresión por lo que se convirtió en una de las principales responsables de discapacidad en el mundo entero.

Los trastornos del ánimo se clasifican en episodios depresivos, maníacos, hipomaníacos y mixtos. Dentro de los episodios depresivos tenemos depresión mayor, depresión mayor con episodio único, depresión recurrente y distimia (neurosis depresiva).

⁵ Físico y escritor (1654-1729).

⁶ Psiquiatra Alemán (1856-1926).

Se ha observado la prevalencia de intentos de autoeliminación en el sexo femenino, por el contrario es el sexo masculino el que realmente lleva a cabo el suicidio.

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones:

El deseo de morir: Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente, se puede manifestar en frases como: "la vida no merece la pena vivirla", "lo que quisiera es morirme", "para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto" y otras expresiones similares.

La representación suicida: Constituida por imágenes mentales del suicidio que también puede expresarse manifestando que se ha imaginado ahorcado o que se ha pensado ahorcado.

Las ideas suicidas: Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:

- Idea suicida sin un método específico, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a cabo, responde: "no sé cómo, pero lo voy a hacer".
- Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado en la que el individuo expone sus deseos de matarse, y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: "De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo."

- **Idea suicida con un método específico no planificado**, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué lugar preciso, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de autodestruirse.
- **El plan suicida o idea suicida planificada**, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde realizarlo, el momento oportuno para no ser descubierto, teniendo en claro cuales son los motivos que sustentan dicha decisión que ha de efectivizar con el propósito de morir.

La amenaza suicida: Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.

El gesto suicida: Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que debe considerarse muy seriamente.

El intento suicida: también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente se hace daño a sí mismo.

El suicidio frustrado: Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.

El suicidio accidental: El realizado con un método del cual se desconocía el verdadero resultado, o con un método conocido, pero en el que no se pensó en la muerte como desenlace, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto. También se incluyen los casos en los que no se previeron las complicaciones posibles, como sucede en la población penal, la cual se auto agrede sin propósitos de morir, y asimismo las complicaciones derivadas del acto le privan de la vida.

Suicidio intencional: Es cualquier lesión auto infligida deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte. En la actualidad aún se debate si es necesario que el individuo desee morir o no, pues en este último caso estaríamos ante un suicidio accidental, en el que no existen deseos de morir, aunque el resultado haya sido la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional. Las ideas suicidas son muy frecuentes en la adolescencia sin que ello constituya un peligro inminente para la vida, sino se planifica o se asocia a otros factores llamados de riesgo, en cuyo caso adquieren carácter mórbido, y pueden desembocar en la realización de un acto suicida.

El intento de suicidio es muy común entre los adolescentes con predisposición para esta conducta, se considera que por cada adolescente que comete suicidio lo intentan cerca de trescientos.

La adolescencia es definida como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales, y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

Adolescencia proviene de la palabra *adoleceré* que significa crecer, condición y proceso de crecimiento.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose tres fases: la adolescencia temprana de 10 a 13 años, y la adolescencia media de 14 a 16 años y la adolescencia tardía de 17 a 19 años.

En la adolescencia temprana comienza la separación de la familia, se acelera la tendencia al distanciamiento de la misma. Este período es la época en que se establecen relaciones frías, distantes, muchas veces por medio de un lenguaje en clave y

contestaciones en monosílabos, se interacciona con pares del mismo sexo, surge la atracción por el sexo opuesto y los primeros enamoramientos.

Dentro de la familia los adolescentes se muestran ambivalentes, demuestran afecto y rechazo a la misma vez; dependencia y autonomía. Aparecen los primeros conflictos y peleas, se muestran rebeldes y obstinados.

En la adolescencia media aumenta el distanciamiento con la familia, aparecen los grupos de amigos mixtos, amistades con mayor intimidad, y grupos de pertenencia (positivos o negativos), primeros noviazgos, mayores conflictos con los padres y otros adultos, se da comienzo al hipercriticismo de los adultos.

En la adolescencia tardía las relaciones de pareja son más estables, las mismas se caracterizan por la mayor capacidad de intimar en sus relaciones interpersonales; las relaciones son más maduras, los amigos influyen menos. Con lo que respecta a la familia, en esta etapa las relaciones con los padres se vuelven más cercanas por lo que no hay tantos conflictos.⁷

⁷ Patri Alfredo. "Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente". Santiago de Chile.

La adolescencia implica un proceso de crisis vital a partir del cual se logrará la identidad personal. De allí que se afirme que la crisis evolutiva del proceso adolescente constituye una crisis de identidad.

Entendemos por identidad la capacidad del individuo de reconocerse a sí mismo en el tiempo y en el espacio, surge la conciencia de su mismidad -que implica poseer una imagen corporal- la posibilidad de recordarse en el pasado y proyectarse en el futuro, y se acentúa el vínculo de integración social inicialmente con las figuras parentales y posteriormente con otros.

En la medida que el proceso psicológico de la adolescencia acompaña al biológico de la pubertad, como parte de la identidad personal, se irán consolidando la identidad sexual y la identidad de género, que no siempre se corresponde al sexo que pertenece el individuo.

Dado que la tarea de esta etapa consiste en un proceso de individuación que parte de la situación de dependencia del niño respecto a las figuras parentales para transitar a la autonomía del adulto, el conflicto predominante en la adolescencia es el de dependencia/independencia, y la rebeldía constituye un fenómeno imprescindible para separarse.⁸

⁸ “La adolescencia” José Portillo. Jorge Martínez. María Luisa Vanfi. Facultad de Medicina. Ediciones de la Banda Oriental. Pág 82- 83.

El adolescente atraviesa por tres duelos: el duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya tiene y que está siendo sustituido por uno que todavía no conoce, y que le genera sentimientos encontrados, de vergüenza y de aceptación, lo que es un signo de crecimiento.

Otro de los duelos es el duelo por la personalidad infantil, que enfrenta al adolescente a pensar y ver la vida en forma distinta.

El último duelo es por los padres infantiles que ya no son aquellos héroes o ídolos perfectos, sino que ahora, se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos, y equivocaciones.⁹

La adolescencia, con independencia de las influencias sociales, culturales y étnicas, se caracteriza por eventos universales entre los que se destacan:

- El crecimiento corporal evidenciable en el aumento de peso, estatura y los cambios en las formas y dimensiones corporales.
- El aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcada en el varón, acompañado de un incremento de la capacidad de transportación de oxígeno, de los mecanismos amortiguadores de la sangre, capaces de neutralizar

⁹ Revista Mexicana de Orientación Educativa. N° 8. Marzo – Junio 2006.

de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular.

- Incremento y maduración de los pulmones y el corazón, con un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en las formas y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración no siempre ocurren de forma armónica, por lo que es común que presenten torpeza motora e incoordinación, fatiga fácil, trastornos del sueño, los que pueden generar trastornos emocionales y conductuales transitorios.
- Desarrollo y maduración sexual, con la aparición de las características sexuales secundarias y el inicio de la capacidad reproductiva
- Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado estarán presentes durante esta etapa de la vida y que pueden resumirse de la siguiente manera:
 - Búsqueda de sí mismo y de su identidad.
 - Necesidad de independencia.
 - Tendencia grupal.
 - Evolución del pensamiento concreto al abstracto.

- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual.
- Relaciones conflictivas con los padres que fluctúan entre la dependencia y la necesidad de separación con los mismos.
- Actividad social reivindicativa, tornándose más analíticos, con pensamientos simbólicos, en los que formulan sus propias hipótesis y llegan a conclusiones propias.
- Eligen una ocupación para la que necesitarán adiestramiento y capacitación para llevarla a la práctica.
- Necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura o subcultura específica.¹⁰

¹⁰ Extraído de Artículo del Dr. Sergio A. Pérez Barrero - El doctor cubano experto mundial en el tratamiento y prevención del suicidio. Fundador de la Sección de Suicidiología de la Asociación Mundial de Psiquiatría y de la Red Iberoamericana de Suicidiología. www.google.com - <http://suicidiosenadolescentes> - 11/06/2011 -Hora: 18:20

Montevideo, 8 de Agosto de 2011.

Directora de Último Recurso

Doctora Silvia Peláez

Presente.

Quienes suscriben María Pía Amándola Más, Leticia Paola Bentancor Rodríguez, María Cecilia García García, Luciana Victoria Machado González y Ana Claudia Perdomo Ferrón, titulares de las Cédulas de Identidad Nos. (.....) respectivamente, se presentan ante Usted y solicitan la autorización para concurrir a realizar entrevistas a adolescentes y técnicos de dicha institución.

Motiva la presente solicitud la realización del Trabajo Final de Investigación de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad de la República, la cual tratara sobre usuarios que se atienden por Intento de Autoeliminación, con antecedentes de diagnóstico de Depresión que se atienden con vuestra Ong.

Sin otro particular agradeciendo desde ya, saludan a Ud. muy atentamente.

María P Améndola Más Bentancor Rodriguez Leticia P. García García María C

Machado Gonzales Luciana V. Perdomo Ferrón Ana C.

Las tutoras dejamos constancia que está aprobado el Protocolo del presente trabajo final, el cual cumplirá con los códigos bioéticos de manejo de la información; están autorizadas a realizarlo en la Institución donde lo solicitan. Atte.



Prof. As. Lic. E. Luz. Vázquez

Prof. Ag. Esp. Lic. Margarita Garay

DEFINICIONES OPERACIONALES

Sexo:

Definición conceptual: Clasificación de los hombres o mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios entre ellos la característica anatómica y cromosómica.

Definición operativa:

Femenino.

Masculino.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Escala de valores: Género.

Edad:

Definición conceptual: Edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento, la edad del niño se expresa en horas, días, meses, y la edad de los jóvenes y adultos se expresa en años.

Definición operativa:

14 a 16 años.

17 a 19 años.

Nivel de medición: cuantitativa discreta.

Escala de valores: Años.

Núcleo familiar:

Definición conceptual: conjunto de individuos que conviven bajo el mismo techo.

Definición operativa:

Vive con ambos padres.

Vive con un padre solo.

Sin familia, con quien vive.

Nivel de medición: Cualitativo Nominal

Escala de valores: Composición familiar.

Antecedentes personales:

Definición conceptual: Resumen global, general, del estado de una persona hasta la fecha, incluyendo todos los datos referentes a lesiones, alergias, intervenciones quirúrgicas, inmunizaciones, ingresos hospitalarios e historia obstétrica y psiquiátrica.

Definición operacional:

Patologías crónicas.

Patologías agudas.

Patologías psiquiátricas.

Intentos de autoeliminación.

Diagnóstico de depresión definido.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Escala de valores: Categorías sí o no.

Antecedentes familiares:

Definición conceptual: enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos por la posibilidad que sean heredables

Definición operativa:

Patologías psiquiátricas.

Intentos de autoeliminación.

Patologías crónicas.

Patologías agudas.

Violencia doméstica.

Alcoholismo.

Drogadicción.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Escala de valores: Categoría sí o no.

Procedencia:

Definición conceptual: Origen, principio de donde nace o deriva un individuo.

Definición operativa: Interior.

Capital.

Nivel de medición: Cualitativa nominal

Estado civil:

Definición conceptual: situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operativa:

Soltero.

Unión libre.

Casado.

Separado.

Divorciado.

Otros.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Ocupación:

Definición conceptual: Conjunto de tareas que constituyen un puesto de trabajo o que se supone serán cumplidas por una misma persona

Definición operativa:

Estudiante.

Desocupado.

Empleo estable.

Empleo inestable.

Pensión.

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Escala de valores: Ingresos.

Número de hijos:

Definición conceptual:

Definición operativa: 0, 1, 2, 3 o más de 3.

Nivel de medición: Cuantitativa discreta.

Hábitos Nocivos:

Definición conceptual: Son los producidos por el consumo de una sustancia nociva que incrementa el riesgo de sufrir un deterioro físico.

Definición operativa:

Tabaquismo.

Alcoholismo.

Consumo de sustancias psicoactivas

Nivel de medición: Cualitativa nominal.

Escala de valores: Categoría sí o no.

Actividades recreativas:

Definición conceptual: Las actividades recreativas son técnicas que no están orientadas hacia una meta específica y que ejercen su efecto de un modo indefinido e indirecto, donde los grupos pueden elegir actuar con sus objetivos principales puestos en el campo de la recreación.

Definición operativa:

Club.

Deportes.

Actividad en espacio cerrado.

Actividades en espacios abiertos.

Nivel de medición: cualitativa nominal.

Nivel de instrucción:

Definición conceptual: Término que se utiliza para hacer mención a estudios cursados que posee el individuo; Grado de estudio más alto aprobado por la población de cinco años y más de edad, en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional.

Definición operativa:

Analfabeto.

6 años aprobados.

9 años aprobados.

12 años aprobados.

Nivel de medición: Cualitativa ordinal

Escala de valores: Años aprobados.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal a adolescentes que concurren a la ONG destinada a la prevención del suicidio ubicada en la ciudad de Montevideo en la zona del municipio A, con edades comprendidas entre 14 y 19 años en el periodo Octubre-Noviembre del presente año, que presenten diagnóstico de depresión definido y hayan realizado algún intento de autoeliminación.

Universo: Todos los adolescentes que concurren a una ONG destinada al trabajo de prevención de suicidio ubicada en la ciudad de Montevideo en la zona del municipio C, con edades comprendidas entre 14 y 19 años en el periodo Octubre-Noviembre del presente año.

Muestra: Todos los adolescentes que concurren a la ONG destinada al trabajo de prevención de suicidio ubicada en la ciudad de Montevideo en la zona del municipio C, con edades comprendidas entre 14 y 19 años en el periodo Octubre-Noviembre del presente año, que presenten diagnóstico de depresión definido y hayan realizado algún intento de autoeliminación.

Criterio de inclusión: Adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 19 años con diagnóstico de depresión definido e intento de autoeliminación, que asisten a la ONG destinada a la prevención de suicidios.

Criterio de exclusión: Adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 19 años que no presenten ni diagnóstico de depresión definido ni intento de autoeliminación.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el procesamiento de los datos se utilizará la estadística uní y bi-variada dependiendo de cada uno de los objetivos específicos del estudio.

Los datos se presentarán en tablas de frecuencia uni-variadas y tablas de contingencia, dependiendo del análisis propuesto.

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaborará un cuestionario para recolectar información de los adolescentes con depresión que asisten a la ONG destinada a la prevención de suicidios, con el fin de conocer los factores que inciden en los intentos de autoeliminación de los mismos.

El instrumento será anónimo, por lo que preserva la identidad de todos los adolescentes con depresión encuestados, además de contar con la autorización previa del director responsable de la fundación de dicha ONG.

Se recabará a su vez datos de la historia clínica de los adolescentes con el fin de alcanzar la información necesaria para caracterizar la población a estudio y llevar a cabo los objetivos de nuestra investigación.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

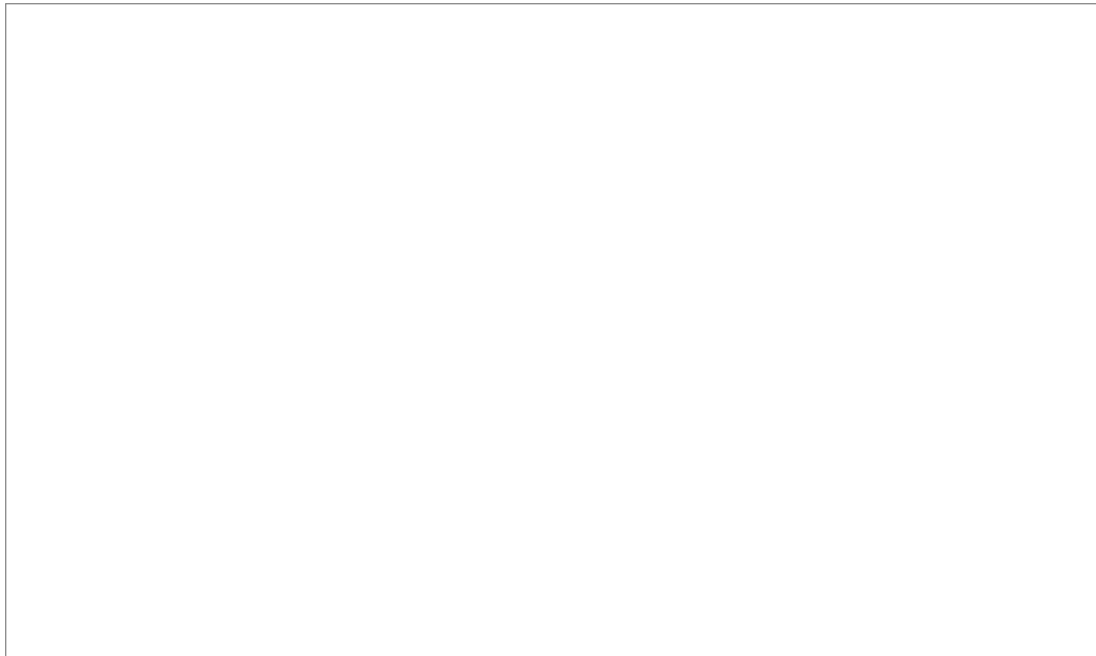
Se aplicó el cuestionario a 5 adolescentes pertenecientes a una ONG ubicada en las ciudades de Castillos, Carmelo y Nueva Palmira. Los mismos presentan depresión y además cometieron intentos de autoeliminación.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de muestra según sexo de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Sexo	FA	FR%
Femenino	11	44
Masculino	14	56
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.

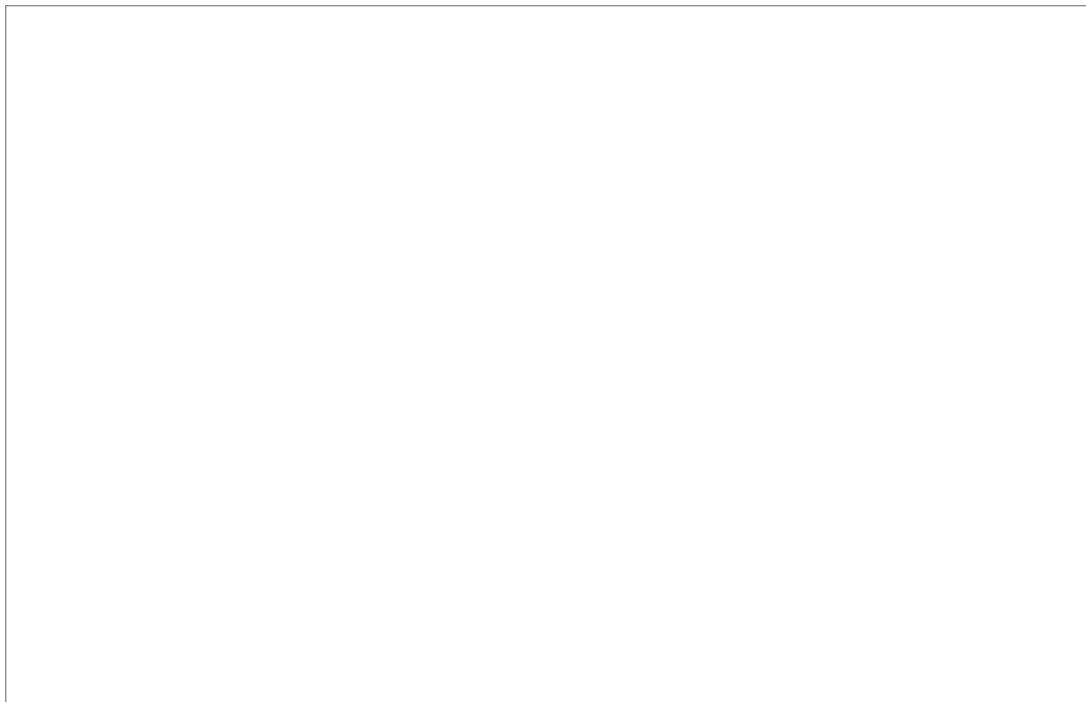


En la gráfica se destaca una prevalencia del sexo masculino con un 56 %.

Tabla 2. Distribución de muestra según edad de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Edades	FA	FR %
14 años	2	8
15 años	3	12
16 años	4	16
17 años	6	24
18 años	10	40
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



Observamos que en la gráfica el mayor porcentaje es de los adolescentes con 18 años con un 40 %.

Tabla 3. Distribución de muestra según estado civil de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Estado Civil	FA	FR %
Soltero / a	23	92
Unión Libre	2	8
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



Estos datos nos arrojan que un 92 % de nuestra muestra son solteros.

Tabla 4. Distribución muestra según nivel de instrucción de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Nivel de Instrucción	FA	FR %
> de 6 años aprobados	1	4
6 años aprobados	8	32
9 años aprobados	16	64
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



64 % de los adolescentes tienen 9 años de nivel de instrucción aprobados.

Tabla 5. Distribución de muestra según ocupación de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Ocupación	FA	FR %
Desocupado/a	6	24
Empleo estable	1	4
Empleo inestable	2	8
Estudiante	16	64
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.

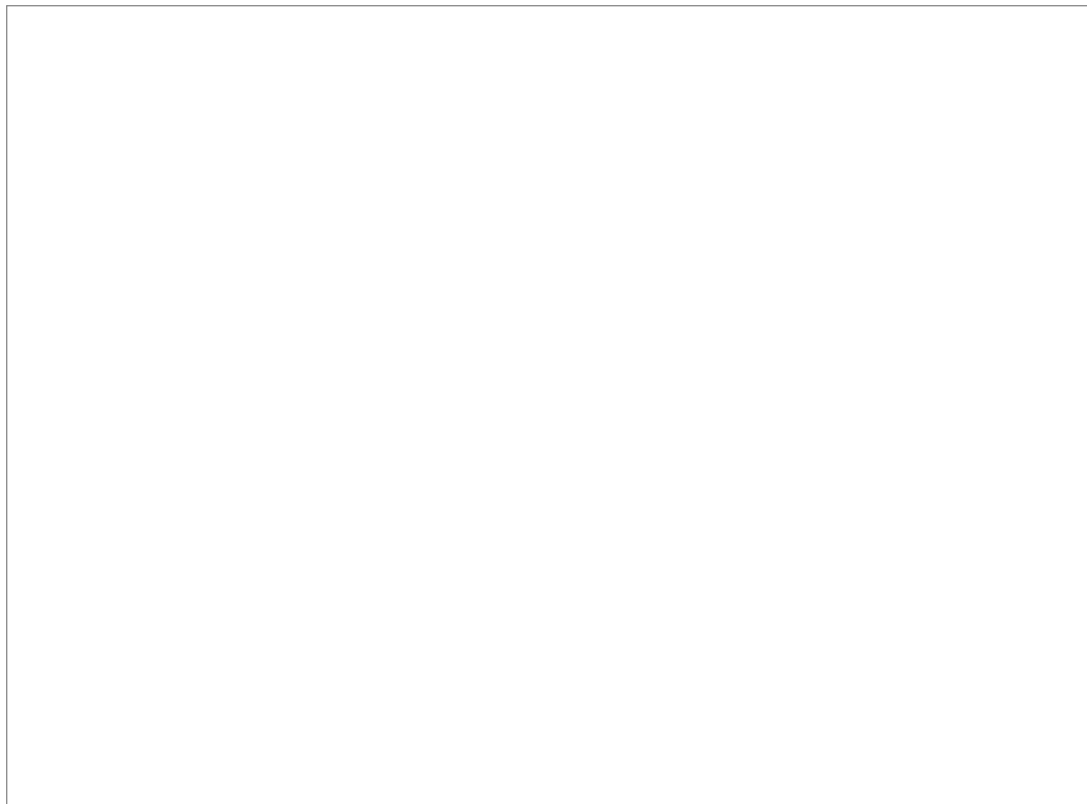


Un 64 % de los adolescentes son estudiantes.

Tabla 6. Distribución de muestra según núcleo familiar de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Núcleo Familiar	FA	FR %
Familia Nuclear	19	76
Familia Monoparental	4	16
Persona sin familia	2	8
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.

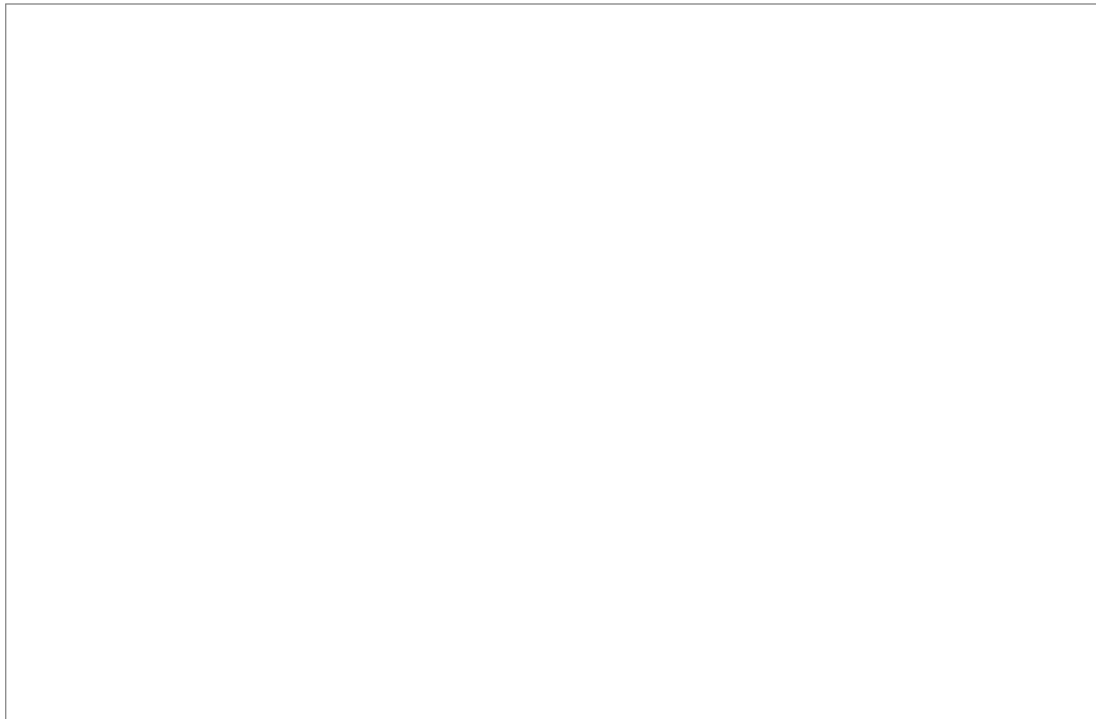


Con respecto al núcleo familiar de la muestra de adolescentes un 76 % tienen familia nuclear.

Tabla 7. Distribución de muestra según antecedentes personales de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Antecedentes Personales	FA	FR %
Patologías Crónicas	2	7,7
Patologías Agudas	1	3,9
Internaciones Previas	1	3,9
Patologías Psiquiátricas	9	34,6
IAE	3	11,5
Sin antecedentes	10	38,4
N	26	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



Estos datos nos reflejan que un 38,4 % de los adolescentes no presentan antecedentes personales.

Tabla 8. Distribución de muestra según antecedentes familiares de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Antecedentes Familiares	FA	FR %
Patologías Psiquiátricas	2	7,7
IAE	1	3,9
Violencia Domestica	1	3,9
No posee	22	84,6
N	26	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



Un 84,5 % de los adolescentes de la muestra no poseen antecedentes familiares.

Tabla 9. Distribución de muestra según hábitos nocivos de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Hábitos nocivos	FA	FR %
Presenta	6	24
No presenta	19	76
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



De los adolescentes entrevistados tenemos un 76 % los cuales no presentan hábitos nocivos.

Tabla 10. Distribución de muestra según consumo de tabaco de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Consumo de tabaco	FA	FR %
No fuma	20	80
Ocasional	1	4
Moderado	3	12
Intenso	1	4
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



El 80 % de los adolescentes pertenecientes a la muestra elegida no fuman.

Tabla 11. Distribución de muestra según consumo de alcohol de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Consumo de alcohol	FA	FR %
No consume	23	92
Moderado	2	8
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.

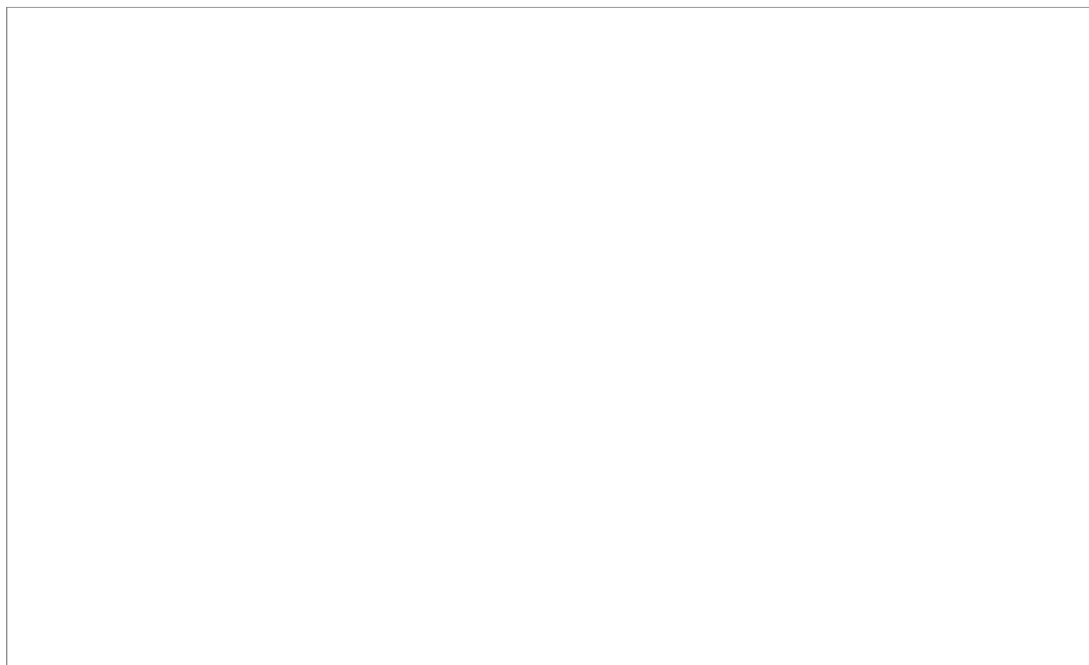


Un 92 % de nuestra muestra de adolescentes no consume alcohol.

Tabla 12. Distribución de muestra según variable consumo de sustancias psicoactivas de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Consumo de sustancias psicoactivas	FA	FR %
Psicofármacos	8	32
Estupefacientes	1	4
No consume	16	64
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



Un 64 % de los adolescentes no consumen sustancias psicoactivas.

Tabla 13. Distribución de muestra según variable actividades recreativas de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Actividades Recreativas	FA	FR %
Realiza	4	16
No realiza	21	84
N	25	100

LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZAN SON: 3 DEPORTES, 1 MUSICA.

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



El 84 % de los adolescentes de la muestra de la investigación no realizan actividades recreativas.

Tabla 14. Distribución de muestra según intento de autoeliminación de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

IAE	FA	FR %
1	11	44
2	1	4
Ideas Suicidas	13	52
N	25	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.

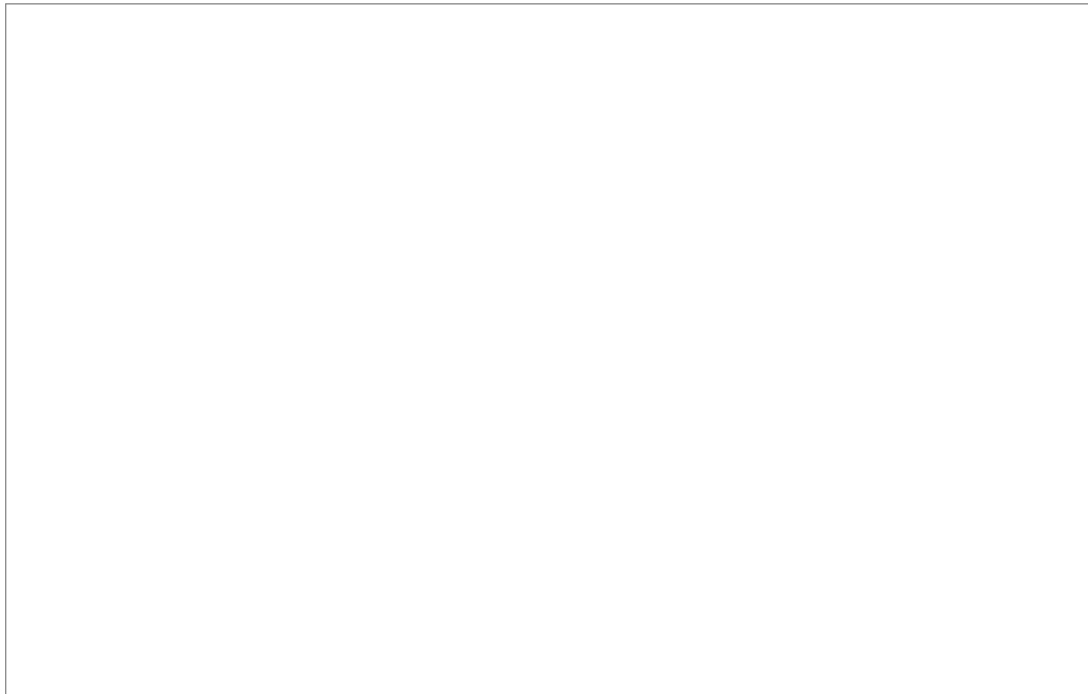


Un 52 % de nuestra muestra tiene ideas suicidas.

Tabla 15. Distribución de muestra según cantidad de años del último intento de autoeliminación

Cantidad de años del último IAE	FA	FR %
1 año	1	7,7
2 años	5	38,4
3 años	3	23,1
4 años	3	23,1
mas de 5 años	1	7,7
N	13	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.

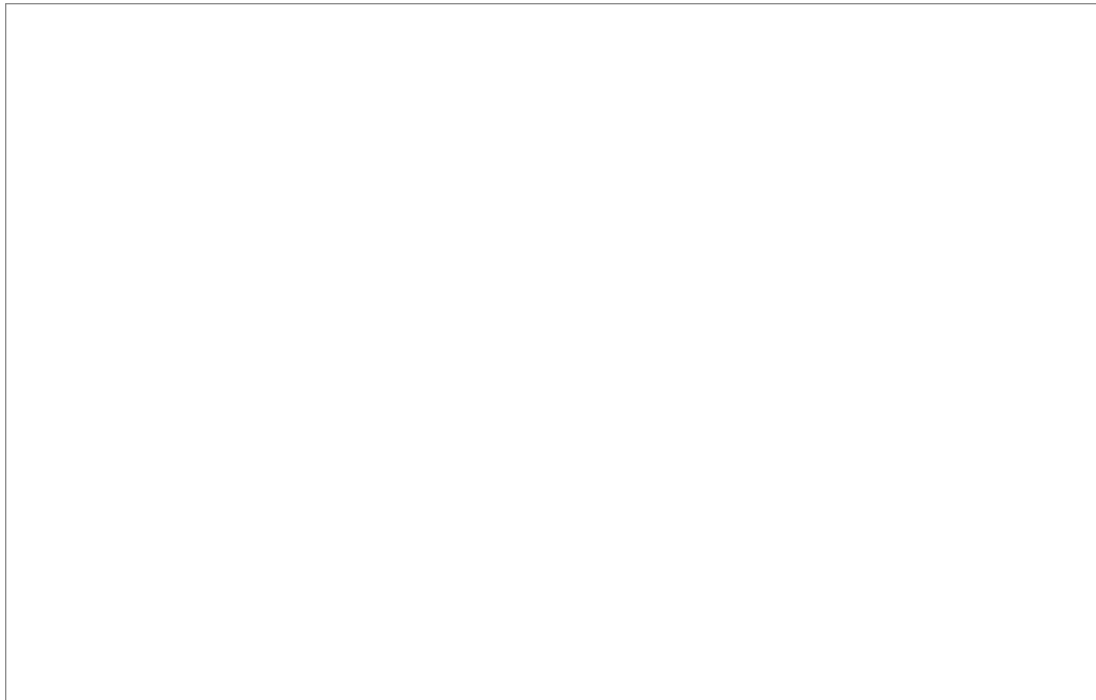


Un 38,4 % de los adolescentes de nuestra muestra que han intentado autoeliminarse lo han hecho hace más de 5 años.

Tabla 16. Distribución de muestra según causa del Intento de Autoeliminación de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Causa del IAE	FA	FR %
Problemas Familiares	2	15,3
Problemas Sociales	1	7,7
Inespecífico	4	30,8
Problemas de pareja	4	30,8
Problemas económicos	1	7,7
Imagen Corporal	1	7,7
N	13	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.

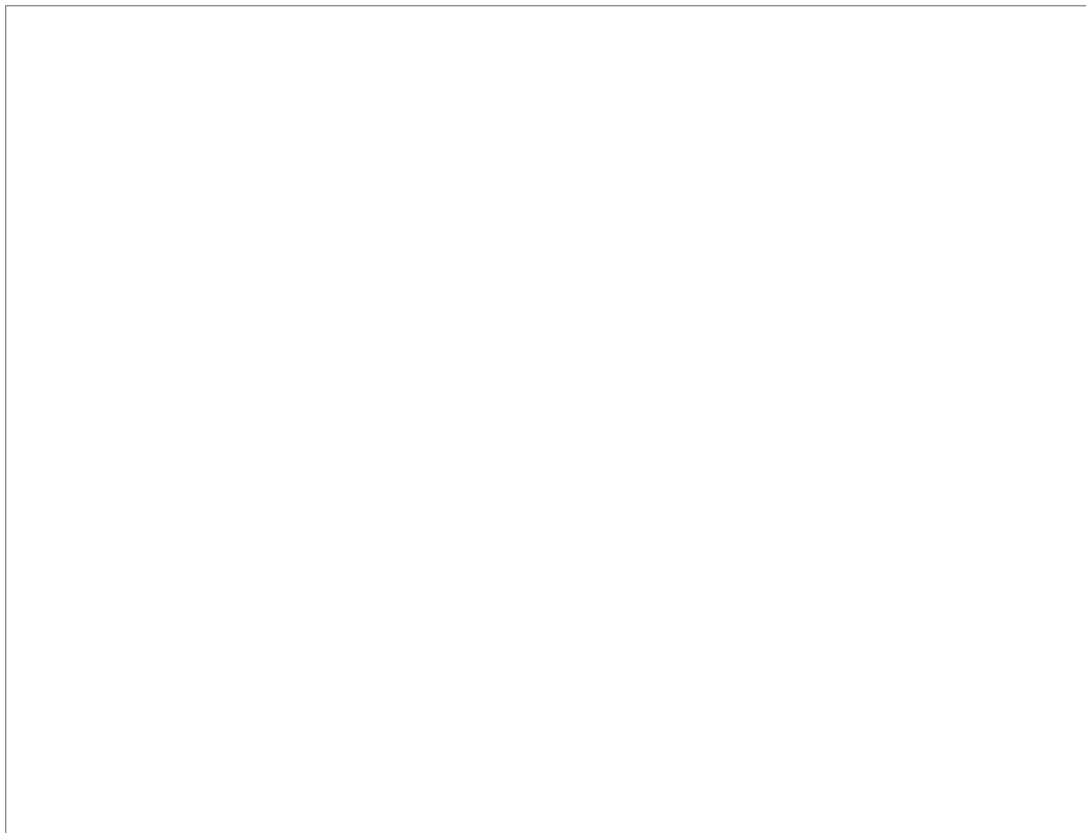


Relacionado a la causa de los intentos de autoeliminación nos encontramos con que un 30,8 % prevalecen los problemas de pareja y los problemas inespecíficos.

Tabla 17. Distribución de muestra según tratamiento del Intento de Autoeliminación de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Tratamiento IAE	FA	FR %
Farmacológico	8	44,4
Rehabilitación	10	55,6
N	18	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



Un 55,6 % de nuestra muestra se encuentran en rehabilitación.

Tabla 18. Distribución de muestra según tratamiento de ideas de autoeliminación de adolescentes pertenecientes a la ONG recabados en el mes de octubre 2011

Tratamiento de ideas de IAE	FA	FR %
Farmacológico	2	15,4
Rehabilitación	5	38,5
Sin tratamiento	6	46,1
N	13	100

Fuente: datos recabados a través de la aplicación del cuestionario aplicado.



Un 46,1 % de la muestra elegida se encuentra sin tratamiento de las ideas de autoeliminación.

ANÁLISIS

De los resultados obtenidos 75 adolescentes ingresaron a la ONG destinada a la prevención del suicidio en el correr de este año.

Se toma una muestra en la cual 25 adolescentes presentan diagnóstico de depresión, que además hicieron uno o más intentos de autoeliminación y/o presentan ideas suicidas durante los últimos 5 años. Se aplicó un instrumento elaborado por las estudiantes, el cual se desarrollo en la consulta con el psicólogo.

De la muestra de 25 adolescentes el 48 % presentan intento de autoeliminación y el 52 % presentan ideas suicidas. Frente a la temática de nuestro interés, nos acercamos a adolescentes que tienen más ideas que intentos propiamente dichos, a causa de problemas con su pareja y de problemas inespecíficos, seguido de un porcentaje por problemas familiares.

Las ideas suicidas, son todos los pensamientos que pueden culminar en el término de una vida, ellas tienen diferentes formas de presentarse en un individuo y son muy frecuentes

en esta etapa de la vida, siendo un alerta presente en éstos y al asociarse a factores de riesgo, se puede consumir el acto suicida.

Según la Dra. Peláez ¹¹ quienes intentan suicidarse han hablado sobre ello, pero a veces el mensaje es ignorado por sus allegados como una señal de riesgo.

Este análisis se basa en el estudio de variables que se plantean con anterioridad, para relacionarlas con el intento de autoeliminación y la depresión en esta muestra. Dichas variables son demográficas (sexo, edad, nivel de instrucción, núcleo familiar, ocupación) además de factores desencadenantes, antecedentes psiquiátricos y antecedentes familiares.

Podemos mencionar que en la muestra abordada predomina el sexo masculino con un 56 %, representando un 44% el sexo femenino. Las edades de los mismos están comprendidas entre 17 y 18 años con un 64% (16 adolescentes), seguido por 15 y 16 años con un 28% (7 adolescentes) y un 8 %, 2 adolescentes con 14 años.

¹¹ Dra en Psiquiatria, directora de la ONG destinada a la prevención de suicidios, Ex presidenta de la asociación latinoamericana para la prevención del suicidio.

La prevalencia de los intentos de autoeliminación se da más en mujeres (55%), al contrario de los hombres (43%), los cuales piden menos ayuda, verbalizan menos su problemática y eligen métodos más violentos e irreversibles, los que conducen a cometer el suicidio. Esto lo podemos relacionar con cifras dadas a conocer por el Ministerio de Salud Pública, en su última Jornada Nacional de Prevención del Suicidio, la cual arroja que en el año 2009 hubo 539 suicidios y de éstos el 78% lo cometieron hombres.

En su mayoría son solteros (92%; 23 adolescentes), con secundaria incompleta (64%, 16 adolescentes) que residen en la ciudad de Montevideo, y presentan antecedentes psiquiátricos (36 %, 9 adolescentes), antecedentes psiquiátricos familiares (8%, 2 adolescentes), así como antecedentes personales de intentos previos (48%, 12 adolescentes). Un (52%, 13 adolescentes) presentan ideas suicidas.

Un 64% (16 adolescentes) son estudiantes los cuales presentan escolaridad predominante de secundaria incompleta, el 24% están desocupados (6 adolescentes), 8% (2 adolescentes) presenta empleo inestable, y 1 adolescente presenta empleo estable (4%). En general hay una mayor tendencia al intento de autoeliminación en los que no están vinculados al desarrollo de actividades que implican una realización personal.

Como aspecto positivo cabe destacar que en su mayoría son estudiantes y no presentan hijos a su cargo, el presentar actividades detiene los pensamientos obsesivos y negativos de autoeliminarse.

En cuanto al estado civil, 23 adolescentes son solteros (92%), otras investigaciones¹² coinciden con lo encontrado al señalar la existencia de mayor cantidad de intentos en jóvenes solteros, lo que refiere como predictores de riesgo dado que el aislamiento que experimentan ante la ausencia de soporte emocional frente a la sensación de frustración, tristeza o desesperación.

El 34,6 % (9 adolescentes) presentan antecedentes patológicos personales de trastornos psiquiátricos, según la revisión bibliográfica es más frecuente que ocurra una mayor cantidad de intentos de autoeliminación o ideas suicidas en enfermedades depresivas y descompensaciones de enfermedades psiquiátricas crónicas (esquizofrenia, trastornos de la personalidad entre otras) constituyen un factor de riesgo importante.

¹² Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay” Aspectos relacionados con el intento de suicidio.

Existe un predominio de familia nuclear con un 76% (19 adolescentes), seguida por monoparental 16% (4 adolescentes) y sin familia un 8% (2 adolescentes).

Realizando un enfoque en estas variables, se percibe que en su mayoría los adolescentes presentan una familia nuclear.

A pesar de ello luego de entrevistarnos con el Licenciado en Enfermería Carlos de los Santos, funcionario de la ONG, nos manifiesta que esto no conlleva a que el adolescente tenga el apoyo y la contención necesaria de la familia.

Como antecedentes familiares, un 7,7 % presentó trastornos psiquiátricos, éstos se pueden relacionar con factores hereditarios, de aprendizaje, desórdenes de su personalidad y cultural entre otras. Un 3,9 % (1 adolescente) tiene antecedentes de intento de autoeliminación y un 84,6 % no presenta antecedentes familiares.

Las enfermedades crónicas, agudas y el alcoholismo con un 8% al igual que el consumo de tabaco con un 20 %, se reconocen por el hecho de repercutir como un factor de riesgo, lo que no constituye un factor desencadenante. A nivel nacional como internacional, se ha observado que el intento de autoeliminación y la idea está asociado a la depresión.

El conflicto inductor (factor desencadenante principal) está asociado a problemas de pareja (30,8 %; 4 adolescentes) al igual que las causas inespecíficas. Los problemas familiares corresponden a un 15,3 % (2 adolescentes), y los problemas sociales, económicos y de imagen corporal con un 7,7 %, cada uno correspondiente a un adolescente.

Estos conflictos de pareja reflejan en esta etapa, como se vive en nuestra sociedad el compromiso con el otro. Son relaciones más liberales, informales y de escasa responsabilidad. Cuando un problema se desencadena en este tipo de parejas, aparecen las discusiones, peleas, situaciones que se ven más potenciadas por presentar esta patología y por atravesar esta etapa.

En esta instancia es donde se pierde o se interrumpe la comunicación, en la relación de pareja y supone que el adolescente se aísla aún más y este último forme un factor más de riesgo para el intento de autoeliminación.

La pareja del adolescente es el sustento que presenta ante situaciones estresantes cuando hay ausencia de una estructura familiar.

Cuando este vínculo se pierde o se rompe, surge el conflicto de pareja.

En cuanto a problemas inespecíficos, se hace mención a situaciones o sucesos donde se desconoce la causa,

Se pueden aludir a circunstancias que llevan al adolescente a desencadenar pensamientos o ideas de dejar la vida de sufrimiento que están atravesando, no significando esto, que lleguen a consumar el suicidio sino que quieren culminar con la situación que sobrellevan.

Muchas veces estas situaciones pasan desapercibidas, es por esto que se debe tener presente que en un adolescentes con depresión sumadas estas condiciones, determina un factor desencadenante de intento

Los problemas con la familia surgen en base a relaciones conflictivas con los mismos, frente a la necesidad de anhelar independencia.

A su vez la sobreprotección dada por la familia, en ciertas oportunidades no comprende los espacios que necesita el adolescente.

La familia es la institución social donde el ser humano desde que nace, constituye su relación más duradera y su primer sustento económico. En ella se aprenden valores, principios y costumbres que en un futuro forman la personalidad del adolescente. Éste se muestra muy vulnerable a cambios en su estructura familiar, y en situaciones como enfermedades, divorcios, fallecimientos, violencia, padres con patologías psiquiátricas y relaciones disarmónicas con estos, puede surgir una disfunción familiar

Si los adultos y los adolescentes que conforman el núcleo familiar no son capaces de entenderse, de acomodarse unos a otros, puede surgir allí el conflicto. Estas situaciones a veces son muy difíciles de manejar, llegando a un punto, donde es necesario que los padres acudan a pedir ayuda.

Cabe señalar que un 64% no consume sustancias psicoactivas (16 adolescentes) al contrario de un 32% que ingiere psicofármacos (8 adolescentes) y un 4% hace uso de estupefacientes.

De los adolescentes que presentan intentos de autoeliminación un 44% (10 jóvenes) se encuentra en tratamiento farmacológico, mientras que un 56% recibe rehabilitación, la cual consta de psicoterapia y atención psiquiátrica.

Especialistas en el tema¹³ mencionan que otra causa de intentos de autoeliminación e ideas suicidas es el mal o no tratamiento de la depresión o el mal diagnóstico de la misma.

De acuerdo a los datos brindados por la ONG, de los adolescentes pertenecientes a la muestra, se puede destacar el predominio del sexo masculino, con 18 años de edad, solteros, que estudian y que tienen 9 años aprobados en el sistema educativo, que poseen una familia nuclear, sin hijos a su cargo.

Es importante resaltar que como antecedentes personales presentan patologías psiquiátricas, aunque no aparecen antecedentes familiares de relevancia, no realizan actividades recreativas, no consumen alcohol ni tienen el hábito, de fumar en forma intensa, más de la mitad no consumen sustancia psicoactivas, aunque aparece un muy bajo porcentaje que ingieren estupefacientes.

¹³ Dra. Pelaez, Dra en Psiquiatria - directora de la ONG destinada a la prevención de suicidios, Ex presidenta de la asociación latinoamericana para la prevención del suicidio - Dr. Carlos J. Finlay “Aspectos relacionados con el intento de suicidio” – Licenciado Carlos de los Santos, funcionario de la ONG.

CONCLUSIÓN

Culminando esta investigación estamos en condiciones de decir que encontramos dificultades en el momento de llevar a cabo el abordaje con la población elegida. Esto no solo se debe a la franja etárea seleccionada para el estudio sino por la temática misma como lo son la depresión y el intento de autoeliminación.

Como futuros profesionales de la salud, deberíamos difundir más herramientas para que tutores logren reconocer las ideas suicidas, ya que se debe actuar rápidamente en estas situaciones, evitando el paso siguiente que puede ser irreversible.

Como reflexión final y como futuros profesionales de la salud, frente a este incremento de intentos de autoeliminación, ideas suicidas y suicidios en nuestra sociedad y en el mundo, no debemos postergar más su abordaje oportuno y su prevención precoz.

Para poder lograrlo es necesaria la promoción de salud en este tema, lo cual en el ámbito que vivimos, no es visible. Se debería de dar protección a los grupos de riesgo, diagnosticándoles oportunamente y tratándolos en forma eficaz, abordando los factores que llevan al intento de autoeliminación y así al suicidio.

Sería aconsejable que no solo se involucren en la promoción, los profesionales de la salud pública, sino tener en cuenta eslabones que interfieren en la formación del adolescente como lo son los cuidadores, educadores, maestros, profesores y en especial familiares. Igualmente la adolescencia es un buen momento para actuar ya que no está estructurada por completo su personalidad, allí es que ciertos aspectos pueden ser desarrollados aún.

Un comportamiento suicida afirmativo, así como un entorno familiar que no otorga contención y soporte, sumado síntomas depresivos como lo son la desesperanza, agresividad y sentimientos de soledad, por poco significativo que parezcan debe suponer la posibilidad de realizar un intento de autoeliminación y se debe actuar pronto y eficazmente para evitarlo.

SUGERENCIAS

Dentro de la formación del Licenciado en Enfermería, capacitarlo para el abordaje del adolescente suicida.

Confeccionar una ficha anexa a la Historia Clínica sobre antecedentes de IAE ó ideas suicidas, que contenga como realizó el intento de autoeliminación, si recibió atención luego del mismo, y si aún está bajo tratamiento. En cuanto a las ideas, especificar las mismas y motivo aparente, quedando un registro en la misma independientemente del médico especialista tratante.

Que se capacite a los docentes de los diferentes centros de estudio para la detección temprana y oportuna de signos de alarma para su abordaje eficaz.

Más difusión radial y televisiva.

Creación de más instituciones destinadas a la prevención y tratamiento del intento de autoeliminación.

Cada cierto periodo se realice relevamientos de datos estadísticos en el Uruguay.

Que se continúen realizando investigaciones por parte de estudiantes sobre esta temática, para contrastar cambios y concientizar.

BIBLIOGRAFÍA

Rigol Cuadra A, Ugalde A, Rigol M. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: Trastornos del Estado de Ánimo. Barcelona: Salvat; 1991. p. 443-446

Ketzoian C. Estadística Médica: Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2004.

Merina JP, Palacios P. Diccionario de la lengua española. Barcelona: Nautas Sociedad; 1978. 2 Tomos.

Gispert C. Diccionario de Medicina. Barcelona: Océano/Mosby; 2006.

FUENTES DOCUMENTALES

www.google.com

www.wikipedia.com.org

<http://www.es.mimi.hu>

<http://www.escuela.med.puc.cl/tipopubl/manuelsemiologia>.

<http://www.definicionabc.com>

<http://www.cdi.gub.com>

<http://www.member.fortunicity.com>

<http://www.netdoctor.es>

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades / Semanas	07-2 al 13-2	14-2 al 20-2	21-2 al 27-2	28-2 al 6-3	14-3 al 20-3	21-3 al 27-3	1-5 al 30-6	1-7 al 28-7	12/8	1-9 al 26-10	26-10 al 31-10	1-11	3-11	14-11	6-12
Comienza revisión bibliográfica															
Se realiza búsqueda de posibles lugares para llevar a cabo la investigación															
Se plantean objetivos.															
Se continua con revisión bibliográfica															
Se replantea pregunta problema															
Se define diseño metodológico															
Se inicia resumen del tema a elección.															
Se determinan variables a estudio.															
Se realiza justificación.															
Se realiza operacionalización de las variables															
Comunicación telefónica con ONG (Inv)															
Se fija encuentro															
Se realiza comunicación telefónica con ONG (Caso control)															
Se realiza bibliografía y Anexos															
Correcciones de errores en el protocolo															
Aprobación del Protocolo															
Recolección de datos															
Análisis de los datos															
Conclusiones															
Sugerencias															
Aprobación del trabajo de investigación															67
Fecha de defensa															

PRESUPUESTO

Pasajes.
Impresiones.
Lápiz.
Papel.
Internet.
Llamadas telefónicas.
Fotocopias.