



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

Universidad Academia De Humanismo Cristiano

Departamento de Psicología

**INTERVENCIÓN Y PROCEDIMIENTOS ANTE EL DESEO DE MORIR EN LA
INFANCIA: UN ESTUDIO DESDE LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD
MENTAL**

Estudiante: Daniel Enrique Morales Espina

Profesora: Carolina Bienzobas Gwynnz

Artículo para optar al grado de Psicólogo.

Santiago 2019

Resumen

El suicidio en niños y adolescentes es un serio problema de salud pública que ha registrado un aumento importante a nivel mundial, es la décima causa de muerte mundial y la segunda causa de muerte entre los 15 y 29 años. Este estudio pretende mostrar que los niños y niñas es uno de los grupos sociales que a lo largo de la historia han sido invisibilizado y no reconocida por los adultos como sujeto ciudadano capaz de ejercer sus propios derechos. No es sólo un fenómeno natural directamente derivado del desarrollo o crecimiento físico, es, además, una construcción social con diferentes miradas, y surgidas en diferentes momentos históricos, y espacios geográficos, en los cuales se hace presente y determinante los diferentes factores de riesgos y protectores que pueden incidir en el deseo de morir.

En este trabajo se hace una revisión teórica pudiendo introducir la problemática y las diferentes miradas que existen a nivel mundial, incluyendo entrevista semi-estructurada con profesionales de la salud pública de Chile, que trabajan en CESFAM, con el objetivo de poder conocer los métodos y miradas que se están utilizando, los factores de riesgo y protectores y la identificación del perfil del NNA ante esta problemática.

Palabras claves: Ideación suicida- Infancia- Depresión infantil -Enfoque de derecho

Abstract

The children and teenager's suicide is a serious issue on public health that has registered a significant increase across the world, it is the tenth cause of death globally and the second cause of death between 15 and 19 years old teens. This paper aims to show that the boys and girls are one of the social groups that has been invisibilized and unrecognized throughout history by the adults as citizen subject able to exercise their own rights. It is not only a natural phenomenon directly derived from the development or physical growth, it is also a social construction with different points of view and emerged from historical moments and geographical areas, in which it is present and decisive the different risk factors and protectors that can influence in death wish.

This work will do a theoretical revision, being capable of introducing the problem and the different viewpoints that exist globally, including a semi-structured interview with public health professionals of Chile, who work in CESFAM, in order to learn the methods and views that are being used, the risk factors and the identification profile of NNA to confront this phenomenon.

Key words: Suicidal ideation- Childhood- Childhood depression- Rights approach

Introducción

Los trastornos mentales son uno de los factores de riesgo más preponderantes para la comisión de suicidio. La infancia y adolescencia son periodos críticos para el desarrollo de trastornos mentales (De la Barra, 2010) los que, de no ser tratados, perdurarán hasta la adultez. Alrededor del 90% de los y las adolescentes que se suicidan presentaban algún tipo de trastorno mental en el momento del suicidio, y más del 50% presentó un trastorno mental en los dos años previos (De la Barra, 2010)

Estudios dan cuenta que en Chile 22,5% de niños, niñas y adolescentes presenta algún trastorno mental. Dentro de los trastornos que se asocian a la conducta suicida se encuentran los trastornos depresivos y bipolares, la esquizofrenia y el consumo abusivo de alcohol y otras drogas, por otro lado, particularmente en niños y niñas se suman los trastornos conductuales y TDAH (De La Barra, Vicente, Saldivia, & Melipillán, 2012). Por ello la importancia de prevenir la aparición de problemas y trastornos de salud mental, así como también la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en caso de que se presenten en la infancia, constituye una importante vía de intervención para la disminución de la conducta suicida.

Al respecto, un estudio realizado en México (Miranda de la Torre, Cubillas Rodríguez, Román Pérez, & Abril Valdez, 2009) evaluó la ideación suicida en niños/as de 10-13 años, midiendo la depresión con el CDI (Cuestionario de depresión infantil) “encontrando porcentajes altos (29,2%) de ideación suicida en niños escolarizados, corroborando la relación entre depresión e ideación en niños/as, a pesar de este factor de riesgo,

comentan que no es imprescindible su presencia para que este se manifieste en la ideación”.(p.501)

Para comprender mejor la ideación suicida se entenderá que la palabra suicidio proviene del latín “sui” (uno mismo) y “cederé” (matar) lo que se define como el hecho de “matarse a sí mismo” (Vicuña & Sepulveda, 2003)

Cabe destacar que esta conducta suicida en la niñez y adolescencia, se entiende como un continuo de manifestaciones que incluye la ideación, el gesto, la tentativa suicida y el suicidio consumado, siendo la ideación suicida de interés para esta investigación ya que es el primer eslabón de un futuro acto suicida (Viñas Poch, Ballabriga, & Domenech, 2000)

Si bien los suicidios consumados en la infancia son escasos, distintos autores (Gerardo Roa, et al, 2003; Tishler, et al, 2007). Sugieren que la “epidemiología de los suicidios en preadolescentes es imprecisa”. Al respecto Cyrulnik, (2011) refiere que para “este grupo etario, las tasas de mortalidad por suicidio reportadas pueden estar subestimada ya que las cifras sólo contemplan los suicidios evidentes” (p17).

Relacionado a lo anterior, la epidemiología y estadística del suicidio, se basa principalmente en los certificados de defunción y en las pesquisas judiciales. La calidad de los datos sobre mortalidad, incluso en los países más desarrollados, es variable en general, particularmente en lo que concierne a los suicidios. Esto se da en muchos países, por prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, existe la tendencia a clasificar estas defunciones entre las de causas externas no intencionadas, o en las de causas indeterminadas; o bien se clasifican como muertes secundarias a infarto cardiaco o similar para evitar así los inconvenientes de la realización de autopsias

u otro tipo de investigación que identifique la causa precisa de una muerte inexplicable. (OMS 2000 en Minsal, 2013)

Esta problemática se puede apreciar en Chile, que al igual que en muchos países del mundo, es especialmente preocupante el aumento de la mortalidad por causas externas en los adolescentes, las que representan el 60% del total de las muertes. En el grupo de adolescente entre 10 a 14 años, la tasa de suicidios aumentó de 1,0 por 100.000 el año 2000 a 1,9 por 100.000 el año 2009. Del mismo modo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de suicidio aumentó de 8,6 a 11,4 por 100.000 en el mismo periodo. (Minsal 2010)

Esto generó que en el 2011 el Gobierno de Chile presentara una estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 conocida como “Elige vivir sano” reconociendo que las enfermedades mentales empeoran la calidad de vida, aumentan el riesgo de enfermedades físicas y tiene un costo económico muy alto para el país. En este plan se proponen 50 objetivos de salud, de los cuales cuatro refieren directamente a metas de salud mental entre ellas “disminuir la mortalidad adolescente asociada a suicidio” .(Errázuriz, Valdés, Vohringer, & Calvo, 2015, p1181)

La detección anticipada de la ideación suicida en la infancia puede constituir una medida eficaz, sobre todo si al observarse que las secuelas de “la depresión Infantil mal diagnosticada o atendida pueden presentarse a mediano o largo plazo, siendo la infancia la etapa que antecede a la adolescencia, existe alta probabilidad de que en este periodo de cambios se manifiesten conductas de riesgo tales como el alcoholismo, ideación y conducta suicida”. (Chávez, Correa, Klein, & Macías, 2017, p502).

Mencionado esto, las investigaciones acerca de la tentativa de suicidio infanto-juvenil, dan cuenta de la presencia de antecedentes de intento suicida, alcanzando un 30% de efectividad en intento por segunda vez en el mismo año (Von Dessauer, et al, 2011, p43), porcentaje altos, considerando el grupo etario de estudio y que este factor aumenta el riesgo de lograr el objetivo. Estos autores destacaron la baja proporción de tratamientos previos en Psiquiatría o Psicología, aun cuando muchos de los niños/as o adolescentes presentaban intentos previos de suicidio.

En cuanto al suicidio, está estrechamente relacionado con la Salud Mental, ya que aproximadamente “Más del 90% de los casos se asocian con trastornos psiquiátricos” (Gvion y Apter, 2012, p5). Siendo los trastornos depresivos los que se vinculan con mayor frecuencia, según la literatura, a la manifestación de la conducta suicida infanto-juvenil. (Almonte, et al 2000; Díaz de Mattos, et al, 2010; Miranda et al 2009; Tishler et al 2007; Toro et al 2009; Viñas et al, 2000).

A pesar de aquello, el diagnóstico de enfermedad mental y más si se trata de síntomas depresivos o ansiosos en la población de niños y adolescentes, es un reto para el psicólogo clínico dada las características en ocasiones atípicas de estos cuadros en este grupo etario. La mayoría de las personas, incluso muchos médicos, consideran que estos síntomas son exclusivos del adulto y que, si éstos se presentan en un niño/a o en un adolescente, probablemente sean secundarios a “comportamientos” encaminados a llamar la atención o a querer manipular su entorno psicosocial. (Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzman, & Granados, 2011, p.909).

En ese sentido, resulta preocupante la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en niños/as y adolescentes en nuestro país. Un estudio realizado por Vicente, Valdivia, Melipillán, Valdivia, & Kohn(2012) con una muestra aleatoria probabilística de la población infanto juvenil chilena (66%) entre los 4 y 18 años, determinó que la mayoría de los niños y adolescentes con un trastorno mental diagnosticado no recibió atención de ningún tipo (p.452)

Factores Asociados a la conducta suicida Infanto-Juvenil

Existe consenso entre los autores respecto a la multicausalidad de la conducta suicida infanto-juvenil. Se han descrito un sin número de factores asociados, sin embargo, en población pediátrica (menores de 14 años), los estudios coinciden en la relevancia que tiene el contexto familiar y la presencia de trastornos psiquiátricos a la base (Carmona, et al, 2010; Mosquera,2016 Retamal; 2010; Tishler, et al, 2007; Viñas, et al 2000; Vianchá, et al, 2013; Von Dessau, et al,2011) planteando que la aparición de un factor de riesgo asociado con las ideas suicidas, no puede ser considerado como el único factor asociado, ya que el suicidio es un proceso dinámico de carácter multifactorial y no sólo un hecho estático e individual. Dentro de estos factores los que más se destacan son los entornos familiares comprendiendo que constituyen una de las estructuras más importantes y es la base de procesos de desarrollo emocional y social; estructura que se ha modificado sustancialmente con los cambios sociales, por lo cual se ha incrementado la vulnerabilidad de las personas, y especialmente de los adolescentes (Pérez et al., 2013, p. 554).

Por otro lado, Martín López (2015) explicara que “la baja cohesión familiar, inconsistencia en el establecimiento de límites y normas, entre otros, se han asociado a conductas suicidas en niños/as y adolescentes”.

A nivel social, Aceituno, Miranda, & Jiménez, (2012) plantean que un factor asociado a la conducta suicida es el proceso de crecimiento económico y cambios en el mercado del trabajo. Según los autores, las cifras más altas de prevalencia de trastornos mentales se encuentran en ciudades que han tenido un acelerado desarrollo económico.

Como país cada vez son mayores las exigencias para los NNA, precisamente por las demandas de una sociedad que los satura de información y de procesos que superan sus capacidades de respuesta como la competitividad y la frustración de esta. Además, la agresión y violencia a la que están expuestos cierta parte de la infancia en Chile se constituye como un factor de riesgo

Estas exigencias también repercuten en las instituciones educativas donde los NNA pasan la mayor parte del tiempo teniendo como un nuevo fenómeno el Bullying, el cual está presente en todos aquellos contextos de relaciones interpersonales, en los que niños/as y adolescentes están juntos de forma más o menos obligatoria pero relativamente permanente y donde el sentirse aceptado por parte del grupo de pares reviste singular importancia para el desarrollo de la dimensión social del sujeto (Valadez, Amezcua, González, Montes, & Vargas, 2011).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto es necesario precisar ¿En qué consiste el modelo de intervención actual de los centros de salud familiar de Conchalí ante la ideación suicida en la infancia? Pudiendo generar mayor conocimiento y consenso ante las intervenciones realizadas por los/as Psicólogos/as que trabajan en CESFAM.

Objetivos

Objetivo General:

Conocer la percepción de los psicólogos que trabajan en centros de salud familiar (CESFAM) respecto al procedimiento y tratamiento que deben realizar ante casos de ideación suicida infantil.

Objetivos Específicos

1) Conocer las prácticas y acciones realizadas por los psicólogos pertenecientes a CESFAM respecto a la ideación suicida infanto-juvenil.

2) Identificar los principales factores de la ideación suicida infanto-juvenil, según los psicólogos de CESFAM de la comuna de Conchalí.

3) Describir las propuestas y mejoras a realizar por los psicólogos pertenecientes a CESFAM respecto a la ideación suicida infanto-juvenil.

Método

Diseño

Esta investigación se centró en el paradigma interpretativo, el cual plantea el hecho de describir la experiencia, dando a conocer lo que se observa o se conoce. Por otro lado, se plantea el hecho de observar y describir los procesos vivenciales, en donde resulta esencial que el investigador conozca la realidad tal como otros actores sociales la experimentan, por lo tanto, desde este modelo se comprende a las personas dentro de su propio marco referencial (Álvarez, 2009). Determinado esto es posible señalar que la presente investigación es de carácter cualitativo, ya que se accedió a la percepción de un grupo de profesionales Psicólogos respecto a los procedimientos a los que están sujetos los Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la comuna de Conchalí y los factores que desde su perspectiva inciden en el deseo de morir en niños/as y preadolescentes.

Estrategias de producción de información

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de entrevistas semiestructuradas, las cuales se basaron en una guía de asuntos y preguntas, en las que el entrevistador tuvo la libertad de introducir interrogantes adicionales para precisar conceptos o tener más información de los temas deseados (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006)

participante

La muestra fue intencional, no probabilística y de sujetos voluntarios. De acuerdo con esto los criterios de selección de la muestra fueron profesionales psicólogos:

1) Que trabajen actualmente en centros de salud familiar (CESFAM); 2) Que lleven al menos más de cinco años trabajando en CESFAM; 3) Que trabajen directamente en el área infanto-juvenil; 4) Que hayan intervenido por lo mínimo cinco casos de depresión infantil e ideación suicida.

Procedimiento

Se estableció contacto inicial con profesionales Psicólogos/as de centros de salud mental familia de la comuna de Conchalí, se les informó sobre los objetivos del estudio y los aspectos éticos, donde se obtuvo la firma para el consentimiento informado. La entrevista se realizó a Psicólogos/as de diferentes Cefsam de la comuna.

El procedimiento usado para analizar la información recolectada fue la técnica de análisis de contenido, ya que dicho procedimiento se ajusta a los conocimientos descriptivos e interpretativo del fenómeno y a sus contenidos latentes y manifiestos que se intentan estudiar (Cáceres, 2003) Este tipo de técnica, se focaliza directamente en el material verbal obtenido de la información proporcionada por el entrevistador, permitiendo en primera instancia identificar el contenido expreso del relato, así como la subjetividad y el sentido de las acciones descritas. Con estos contenidos, se procedió a organizar los datos directos e identificar las unidades de registro, estableciendo categorías y clasificaciones en función de un *análisis descriptivo* Piñuel, (2002)

Resultados

Para analizar la información agrupada por medio de las entrevistas semiestructuradas que se realizaron, se establecieron diferentes códigos que luego pasaron a formar parte de categorías más amplias, la primera categoría corresponde a las acciones específicas que realizan los profesionales psicólogos/as y las diferentes redes y vías con las que trabajan. La segunda categoría es evaluación del fenómeno, la cual está compuesta por los obstaculizadores, facilitadores, el diagnóstico general y los principales factores de riesgos. Por otra parte, en la tercera categoría se incluyen la vivencia subjetiva del profesional y la afectación emocional de los/as profesionales ante la intervención de ideación suicida en la infancia. Y por último la cuarta categoría incorpora nuevas propuestas en la prevención de la ideación suicida y su perspectiva de la metodología actual.

A continuación, se presentarán los resultados de las entrevistas aplicadas a los profesionales psicólogos/as de los Centros de salud familiar de Conchalí

I. Procedimientos y acciones Específicas

Esta categoría corresponde a las más importantes de la presente investigación, ya que agrupa material informativo que hace referencia a los objetivos que se plantearon. En relación a las acciones específicas descritas, tiene que ver principalmente con los lineamientos diseñados del servicio de salud pública en Chile, las cuales están divididas en tres niveles, siendo los centros de salud mental familiar el primer nivel de atención (APS) esto se genera para hacer cierto filtro de la gravedad de la sintomatología y edad correspondientes.

Psicólogo/a 1: *“...atendemos los niveles más preventivos en tratamiento, COSAM es un nivel secundario y ya el Hospital Psiquiátrico y Roberto Del Río es nivel terciario...”* que corresponden a la jurisdicción como área norte”.

Por otra parte, los profesionales hacen gran énfasis en que el trabajo se ha facilitado gracias al protocolo comunal que se inició desde el 2016 y que se ha implementado durante el 2018, generando una atención más focalizada que pueda responder a la demanda espontánea y al que hacer del profesional ante diferentes problemáticas a la hora de intervenir en conjunto con otras instituciones de la comuna.

Psicólogo/a 3: *“... se postuló una buena práctica comunal, donde se trabajó con los 18 colegios de la comuna...”* *“esto propuso que el trabajo se afianzará con los establecimientos educacionales generado una serie de acciones que debe hacer la dupla psicosocial de los colegios, por ejemplo, la entrevista con los estudiantes, la entrevista con los apoderados, consentimiento informado... y todo eso ha quedado plasmado en dos flujogramas “...uno de acciones que tenía que hacer el colegio frente a un suicidio consumado y otro flujograma que es de ideación suicida... pesquisado en el colegio con la finalidad de poder agilizar la pesquisa temprana de una ideación suicida.”*

A pesar de que en atención primaria el tiempo de intervención es más escaso, algunos de los profesionales refieren resolver gran parte de los problemas sin llegar a derivar a los otros niveles de intervención, pero si efectivamente cuando hay un plan ya consagrado por parte del NNA y antecedentes que avalen una posible consumación, se derivan a los niveles de mayor complejidad, como refieren algunos entrevistados.

Psicólogo/a 3: *“...El principal procedimiento que se realiza ante una ideación suicida ...es indagar el motivo de esta ideación, cómo se da está ideación, cuánto tiempo tiene...” “...si tiene intentos anteriores de suicidio y si tiene un plan de como ejecutar esta idea, de cómo llevarla a cabo...” “...en el caso por ejemplo de que sea solo una ideación suicida nosotros lo que hacemos, llamamos al adulto responsable le informamos acerca de esta situación... le explicamos los cuidados a seguir básicamente dependiendo siempre de la magnitud...”*

Psicólogo/a 4: *“Porque no toda ideación suicida tiene que ver con el intento suicida final, no toda idea de muerte tiene que ver con que este niño va a llegar a hacerlo, se entiende que, en menor cantidad de caso de niños, se deberían presentar ideación suicida, no debería ser, pero sin embargo estamos tratando con personas, preadolescentes, niños que tienen distintas circunstancias biopsicosociales...”*

Psicólogo/a 1: *“...lo que hacemos es intentar resolver, indagar, ver cuáles son las posibilidades reales de que esto llegue a suceder y en el caso de haber sido una ideación suicida como tal solamente, hablar sobre cuáles son sus motivaciones, qué es lo que desea terminar, porque finalmente lo que se haga es que no quiere terminar con su vida sino que quiere terminar con alguna situación puntual de su vida y a lo que asimilan generalmente es la muerte, el fin de todo, el fin de algo...”*

Mencionado esto los profesionales refieren que los principales criterios para poder dar de alta a un NNA con ideación suicida se basan principalmente en observar el fortalecimiento en los factores de protección y resolución en los factores de riesgo, así también una mayor concientización por parte de los adultos responsables ante la situación de los NNA.

Psicólogo/a 1: *“Efectivamente el niño tiene que lograr el estado premórbido es decir que logre un poco estar como estaba antes de que este fenómeno comenzara a manifestar y depende del diagnóstico asociado, porque el fenómeno suicida si lo vemos en una perspectiva diagnóstica se puede dar en un compromiso del ánimo, en un cuadro depresivo se puede dar en un compromiso ansioso angustioso, o en un proceso de desarrollo que está alterando de alguna forma, puede tener un compromiso médico o psicosocial, familiar, escolar... entonces habría que considerar el abordaje respecto a esa condiciones de base y si hay una resolución o una respuesta de eso, entonces este fenómeno en el fondo está en un contexto multifactorial y que tiene que ser entendido como tal y en ese sentido habría que procurar que esos factores de riesgo estén suficientemente resueltos o que los factores de protección estén suficientemente levantados y activados para que entonces uno piense que no solamente se resolvió aquello que de alguna manera promovía la afectación sino que también esté asegurado que los factores de protección continúen y se proyecten para procurar que el niño esté lo suficientemente defendido de ahí en más”*

II. Evaluación Diagnóstica

Esta categoría se compone por el diagnóstico, los factores de riesgo, obstaculizadores y facilitadores ante la intervención de la ideación suicida. Respecto al diagnóstico se observa que hay bastante concordancia con los episodios depresivos y la ideación suicida, pero para este grupo etario existe cierta discrepancia en que a pesar de estar presente la depresión, no es posible hablar de una etiología sino más bien de causas multifactoriales que se ligan frecuentemente a problemas socioculturales, por otro lado los entrevistados/as hacen énfasis en el aumento de derivación para el grupo etario infantil indicando que antes del 2015 no habían mayores derivaciones a salud por ideación suicida y a raíz del piloto y de la buena práctica comunal se ha logrado mayor sensibilización en los establecimientos educacionales generando una mayor pesquisa y derivaciones a los centros de salud familiar.

Psicólogo/a 2: *“...Es difícil hablar desde la patología, ya que sí puede haber rasgos de personalidad depresiva o padres con depresión que ha afectado de alguna manera el vínculo con el hijo o su relación, pero hablar de patología con este rango de edad sería muy drástico...”*

Psicólogo/a3: *“...Las problemáticas socioculturales que produce o que pueda producir la no resolución de conflictos o problemas, por lo tanto, puede llevar a este pensamiento suicida, más que una depresión, más que la sintomatología como tal, es reactivo a algo, aquí hay carencia económica en la comuna, hay consumo de drogas importante y de pronto eso conlleva a que se pueda presentar esta ideación suicida...”*

Así mismo, en la subcategoría factores de riesgo se relacionan principalmente a su entorno familiar, la falta de apego, la escasa familia extensa, expresando los entrevistados que ante la inhabilidad tanto física o moralmente de los padres, muchas veces se hacen responsable del cuidado los consanguíneos más próximos que no siempre tienen las competencias necesarias para crianza de un NNA. Así también uno de los factores que más se repiten es haber tenido experiencias de maltratos en los establecimientos educacionales, siendo el acoso escolar una de las primeras causas de derivación ante esta problemática en los últimos años.

Psicólogo/a 4: " una familia distanciada emocionalmente más que físicamente, distanciada de este usuario de una manera que también provoca en ellos la falta de herramientas para solucionar los conflictos emocionales, por lo tanto, aparece inmediatamente esta ideación..."

Psicólogo/a 1: "...creo que en los niños que he visto mayor riesgo de depresión o con estas conductas, ideaciones digamos, tiene que ver más con el bullying, en mi caso, que generalmente no es un año o un curso, sino que a veces es una experiencia de maltrato por años, donde ya hay un daño, se cronifica y se hace el síntoma cuando el niño ya empieza a adelgazar o cuando empieza con dolor de "estómago" o cualquier excusa para no ir al colegio, somatizaciones ligado a eso."

A la vez se observa que nuevamente la poca concientización de algunas familias en estos casos se revela como un claro obstaculizador, por el hecho de no contar con la adherencia y la credibilidad de los padres hacia el niño o niña estancando y limitando la intervención en sí.

Psicólogo/a 1: *“nos encontramos con que efectivamente hay padres que no quieren recibir la atención por las razones que sean, porque se atienden en otro lado, porque ellos creen que no es tan grave...” “...muchas veces hacen distancia emocionalmente de ellos entonces no reconoce mucho los motivos, más que comprender los juzgan, los acusan de algo...”*

Siguiendo con la subcategoría de limitaciones, los entrevistados expresan que el tiempo y la frecuencia con las que pueden ver a los pacientes es escasa (mensualmente) dado que, al ser la puerta de entrada a la atención por salud, es muy masivo y general el abordaje, tendiendo a veces a perder el hilo conductor del tratamiento. Por el contrario, la subcategoría relacionada con los facilitadores, los profesionales mencionan que la implementación de la ficha CLAP (Control Joven Sano) que es una evaluación preventiva que realiza el equipo de salud a NNA de los colegios, ha generado un nicho desde una muestra de jóvenes que han mencionado ideación suicida durante la evaluación de esta ficha, pudiendo complementar como fuente de derivación la evaluación que hace la matrona y la enfermera de los centros de salud familiar.

III. Vivencia Subjetiva

En esta categoría se encuentran la Afectación Emocional y la Vivencia del Usuario según la percepción de los psicólogos. En cuanto a la afectación emocional de los profesionales, se evidencian opiniones cruzadas, por un lado, se menciona el desgaste emocional relacionado con tener que abordar las ideaciones suicidas en NNA, así como también las vulneraciones de derecho que se observan en los sujetos de atención.

Psicólogo/a2: *“...definitivamente si nos afectan los riesgos suicidas, nos afectan vulneraciones hacia los niños, nos afectan el acoso escolar, la alianza que podemos tener o no, la fluidez de trabajo con los colegios. Si definitivamente el área de Salud Mental es un área que genera y está comprobado, agotamiento en los equipos de trabajo...”*

. Con respecto a la vivencia del usuario lo profesionales mencionan que al haber variados factores que te pueden llevar a la ideación suicida, se busca dar un sentido al sujeto, nutrirlo de información y empoderamiento, brindando los medios y herramientas suficientes para pedir ayuda en el caso de necesitarlo. Por lo mismo se genera un trabajo en paralelo con los adultos responsables, quienes tienen que estar al tanto de lo que está pasando ya que finalmente es quién debe reaccionar ante cualquier tipo de agravamiento de esta sintomatología. Esto también ha generado cambios de acuerdo a como se está mirando la infancia, respecto a eso, profesionales indican.

Psicólogo/a : *”pre adolescente y adolescente su adherencia es menos probable por un tema de etapa, se sienten súper sanos entonces como que todo lo que le pueda estar pasando según lo que ellos puedan creer o su percepción es que lo pueden superar ellos mismos, entonces que ellos se acerquen acá, por su propia voluntad, es súper difícil,*

generalmente son derivados, la mayoría la verdad y cuando llegan acá les cuesta reconocer este motivo de consulta ,solamente vienen por que tienen que venir o porque los traen..” .

Psicólogo/a 5: “ Hay un cambio importante a propósito de este tema de la visibilidad de los niños como sujeto de derecho y derecho a la atención clínica y no solamente de eso sino que también como sujeto complejo que en verdad la infancia no es necesariamente arquetipo de momento felices de la vida, donde el ser cómo que no tiene conciencia de la complejidad o de lo problemática en su relación con el entorno, con el medio qué puede ser más o menos complejo o caótico o conectado con ciertos factores de riesgos etc.

IV. Propuesta de mejoras

Por último, la categoría de propuesta de mejoras incorpora nuevas ideas en la prevención de la ideación suicida y su perspectiva de la metodología actual. Respecto a las propuestas, los psicólogos hacen referencia a que el mayor trabajo está enfocado en trabajar en conjunto con las instituciones educacionales pudiendo tener pesquisas tempranas para la prevención, así también mejorar la formación curricular basado en el autoconocimiento, el trabajo de las emociones y frustraciones.

Psicólogo/a: “...se necesita entender desde un plano más emocional, con la expresión...” “Mucho contenido obligatorio y muy poco del desarrollo de la persona...”

Psicóloga/a “...que trabajen la felicidad, que puedan quizás trabajar para prevenir el tema de los trastornos del ánimo que es lo que más se ve...”

Por otro lado, la idea de trabajar con los adultos responsables en que tomen sensibilización ante esta problemática, mediante instancias de las mismas redes.

Psicólogo/a 2: *“...:uno de los temas que queremos abordar el 2019 y que no lo realizamos este año con los colegios a nivel comunal, es el trabajo con los apoderados, que es fundamental, sensibilizar frente al tema y no solamente sobre el suicidio sino que más que el suicidio es como lo que gatilla llegar a un chico/a tener esa determinación, problemas familiares, la falta de comunicación, el no tener espacio para que el NNA pueda comunicar lo que le está sucediendo y no que haya un reto...”*

En torno a la metodología se considera un proceso que está cambiando la modalidad, expresando los entrevistados que se nota la falta de más profesionales en el área de APS en rigor del nivel de demanda que existe en la comuna. por consiguiente, se consideran que este año (2018) ha sido de mucho valor que se hiciera el protocolo, ya que anteriormente funcionaba más disperso, dejando en cierto sentido la intervención al criterio de cada profesional. Ahora existen dos flujograma y reuniones todos los meses con el hospital psiquiátrico y Roberto del Río, reafirmando una mejor consolidación con las demás redes intervinientes y una guía en común ante el que hacer frente a una ideación o consumación suicida en la infancia. Cabe mencionar que a pesar de que cada profesional ocupa ciertos criterios para el diagnóstico o para la terapia en sí, los Centros de Salud Familiar se alinean principalmente a un modelo clínico sistémico dando gran énfasis en observar todas las aristas familiares y sociales del sujeto de atención. Para finalizar con la metodología los profesionales mencionan la importancia de trabajar el reconocimiento de las emociones y el control de aquellas.

Psicólogo/a 4: “ Es importante enseñarles sobre las tolerancia a las frustraciones y la resiliencia, que aprendan tanto a ganar como a perder y que al momento de tomar contacto con esas experiencias que los afecta, comprendan que también es parte de la vida y que la forma para poder enfrentarlo parte por hablar de aquello, por darle palabra a lo que están sintiendo... entonces allí la importancia de que el adulto pueda hablar de esto, porque el niño también lo hará, si los adultos lo expresan y escuchan no habrá sentimientos de desacreditación y sabrán que eso es una experiencia o una vivencia posible”

Tabla 1
Código y Resultados

Código	Definición Breve	Definición Concreta	Ejemplo
AC	Acciones Concretas	Se refiere a las acciones específicas que realiza el profesional ante una ideación suicida	<i>“El modelo de salud familiar habla del paciente y su entorno, nuestra mirada es clínica sistémica”</i>
DIAG	Diagnostico	Explica cuáles son los principales diagnósticos relacionado con la conducta suicida	<i>“generalmente hay sintomatología depresiva, pero para este grupo etario es más común los factores socioculturales”</i>
FAC-RIES	Factores de Riesgo	Los principales factores de riesgo que visualizan los profesionales	<i>“creo que en los niños que he visto mayor riesgo de depresión o con estas conductas, ideaciones digamos, tiene que ver más con el acoso escolar,”</i>
OBS	Obstaculizadores	Se refiere a lo que hace más difícil el trabajo del profesional	<i>“muchas veces los padres hacen distancia emocional, no reconocen el motivo”</i>
FAC	Facilitadores	Se refiere a lo que facilita el trabajo del profesional	<i>“los colegios han estado bien sensible en derivar y cuando lo hacen también derivan en cierta medida al adulto responsable y nosotros dentro del protocolo recibimos a los niños siempre con un adulto responsable de tal manera de asegurar la adherencia”</i>
AFECT-EMO	Afectación Emocional	La afectación emocional del profesional ante la intervención de este fenómeno	<i>“creo que es una necesidad abordarla y hablar el tema”</i>
VI-USU	Vivencia del usuario	Percepción que tiene los profesionales sobre el proceso de los usuarios en centros de salud familiar	<i>“es muy importante que el profesional tenga algún espacio o haga algún proceso de estrategias para sobre llevarlo”</i>
PROP	Propuesta de nuevas intervenciones	Entrevistado propone nuevas propuestas para la prevención de la ideación suicida	<i>“si es que existiese los recursos, trabajar en las reuniones de papá intentar entregar información de que es el suicidio, que es riesgoso para un niño “</i>
MET	Metodología	Perspectiva sobre la metodología y procedimientos actuales	<i>“se postuló una buena práctica comunal, donde se trabajó con los 18 colegios de la comuna”</i>

Datos Obtenidos en entrevistas (elaboración propia)

Discusión

La presente investigación se ha enfocado en la percepción de los profesionales psicólogos/as respecto a las acciones y procedimientos que realizan en los Centros de Salud Familiar (CESFAM), esto de acuerdo con lo planteado por la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte y más específicamente la Red de Salud Mental, a través de Unidad de Gestión en Red Local (UGRL Salud Mental). Por lo cual los lineamientos para la intervención del usuario dependerán del nivel de gravedad en que se encuentre para la intervención. Por otro lado, se puede señalar que el 80% de los casos llegados a los Centros de Salud Familiar de la comuna de Conchalí previamente son derivaciones del sistema educacional, por lo cual se ha tenido que tomar medidas que vayan en plus de un trabajo en conjunto con los colegios de la comuna para la sensibilización y capacitación a los mismos profesionales de los recintos educacionales ante esta temática.

En la primera categoría lo que más resalta en las acciones específicas, es el trabajo que se ha llevado gracias al protocolo que se ha ido implementando con mayor énfasis el 2018, los profesionales refieren que ha sido de gran ayuda porque ha mantenido parámetros de trabajo y ha regulado el que hacer frente a esta problemática, cabe mencionar que esta “buena práctica comunal” fue un proyecto que postulo en el 2016 teniendo como pionero al cesfam Juanita Aguirre, el cual gano y gracias a eso se pudo implementar en los demás cesfam de la comuna de Conchalí, teniendo una crítica al servicio de salud metropolitano norte ya que los profesionales expresan que es una

temática que no existía en el servicio de salud, solo estaba la intención , reconociendo que es un problema que ha ido en incremento, pero no ha habido ninguna propuesta formal para la intervención de este fenómeno antes de esta “buena práctica comunal”. Esto cobra aún más relevancia comprendiendo el plan nacional de prevención del suicidio diseñado en el 2007 y aprobado, oficialmente incluye estrategias de prevención recomendadas por la OMS y basadas en datos científicos, a saber 15 planes de prevención regional e intersectorial coordinados por la autoridad sanitaria, entre ellos “capacitación del personal de salud, en particular el de atención primaria de salud y el de las salas de urgencias; programas de prevención en las escuelas, centrados en la protección socioambiental, la autoestima, aptitudes para la vida, la resolución de situaciones de crisis y competencias para la toma de decisiones.”

En relación con la Evaluación Diagnostica, se puede rectificar al igual que autores como De la Barra, Miranda de la Torre, que la Depresión es una de las principales causas en la sintomatología de una idea suicida, pero para el grupo etario Infantil y adolescente los profesionales indican que las causas o factores están siempre asociados a indicadores más biopsicosociales, lo cual no está ajeno de generar una “depresión infantil” pero si es más común que para este rango de edad, sea la idea de terminar con algo que ocurrió en algún momento determinado y que se caracteriza por la impulsividad que presentan, así también hay consenso con los autores en que los factores de riesgos familiares, los ambientes sociales caóticos, escolares, generan debilitamiento en las funciones paternas y maternas, la falta de límites que promueven un despliegue emocional y conductual que no les ayuda a tener habilidades para la vida, habilidades necesarias para poder responder a los entornos tan complejos de hoy, eso se visualiza

mayoritariamente en la falta de tolerancia a la frustración siendo muy determinante el poder tener la capacidad de lidiar ante estas situaciones.

En relación a esto los obstaculizadores que se perfilan en su gran mayoría con las familias que no sensibilizan frente a este fenómeno por lo cual mediante el protocolo y de la buena práctica comunal, se ha implementado en ese caso, solucionar la situación en primera instancia con la institución educativa y de no tener solución, llegar a medidas legales, la cual se realiza un trabajo en conjunto con OPD (Oficina de Protección de Derechos de la Infancia) generando acuerdos de derivación por negarse a prestar la atención y negarse al derecho de la salud, previniendo a la vez que pueda existir otras vulneración hacia el NNA.

En cuanto a la tercera categoría, y la afectación emocional de los profesionales refieren que trabajar en salud mental, genera un estrés laboral, a pesar de aquello el convivir en una comuna donde la vulneración de derecho está presente, donde el estrato socio económico no es de los más alto, la postura del profesional es de naturalizar temáticas que pueden sonar o asimilar como complejas, en parte esta experiencia ha servido como fortaleza en los profesionales para afrontar con mayor neutralidad las problemáticas sociales como el deseo de morir en los NNA. Lo anterior también se relacionan con las nuevas propuestas, las cuales todo parece indicar que el trabajo en conjunto con los establecimientos educaciones y la sensibilización con sus familiares es lo fundamental para la prevención del suicidio, esta nuevas ideas también generan una brecha con las demás entidades, reconociendo que se debe fortalecer a los psicólogos educacionales para una pesquisa temprana la cual se compone a la vez con las nuevas estrategias que se están tomando en la convivencia de los colegios, cabe mencionar

que muchos de estos colegios municipales cuentan con una dupla psicosocial lo cual sigue siendo escaso para la cantidad de estudiantes promedio que asisten por establecimiento.

La información y el análisis obtenido en esta investigación proporciona una mirada desde el mismo profesional sobre los procesos que realizan ante una ideación suicida en la infancia, según la percepción de los profesionales entrevistados, los procedimientos y el protocolo creado ha tenido buenos resultados, pero es importante recalcar que hasta hace dos años no existía protocolo o derivaciones desde los colegios por ideación suicida, comprendiendo que este fenómeno a nivel nacional ha ido en incremento desde el 2010 hay una falta de proactividad y de problematizar realidades que no están ajenas a nuestra sociedad, aun cuando Chile cuenta hoy con planes y programas de salud mental, éstos se deben actualizar y articular en una práctica de políticas públicas coherentes, de calidad y de aplicación universal, con respeto de los derechos ciudadanos. Es obligatorio profundizar el modelo comunitario de salud mental, cerrando las brechas existentes, resolviendo las incoherencias y necesidades insatisfechas, alcanzando los estándares de calidad requeridos. Un estudio realizado por Vicente, Valdivia, Melipillán, Kohn (2012) refieren que en un estudio con una muestra aleatoria la población infanto juvenil entre los 4 y 18 años la mayoría (66%) se presentaba un trastorno mental diagnosticado, del cual no recibieron atención de ningún tipo.

Esto se puede reflejar en que el gasto público en salud mental de Chile es bajo en relación con los países desarrollados, llegando sólo al 2,4% del gasto total, muy lejos de la recomendación mínima de la OMS. Esto reduce la cobertura y obliga a desarrollar tareas principalmente curativas, genera gastos de bolsillo a las personas, aumenta la

automedicación de psicofármacos y sobrecarga a los equipos de salud primaria y especializada, entre otras consecuencias.

Los retos para lograr cambios dependen del contexto, que pueden incluir limitaciones en el conocimiento de los interesados directos acerca de cómo cambiar la manera de trabajar tomando en consideración los datos científicos, las creencias personales, actitudes y percepciones con respecto al cambio, y riesgos y beneficios percibidos. Sin duda hay una barrera con esta infancia vulnerada e ignorada que no va a la par con el desarrollo del país en relación con mantener una salud pública mental consistente, donde sus políticas estén orientadas a que toda acción sanitaria reconozca a la persona como sujeto de derecho, desde su gestación y a través de todo su ciclo vital, en interacción con su medio ambiente. Las acciones sanitarias deben poner énfasis en consecuencia, en la promoción, prevención y el tratamiento oportuno y rehabilitación para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, lo cual, a pesar del arduo trabajo de los profesionales en los diferentes niveles de salud, también de instituciones educativas, se aprecia la falta de recursos y de problematización a niveles intersectoriales relacionado con esta infancia. Por último, como lineamiento en investigaciones futuras, sería ideal poder hacer una muestra más amplia en relación a como están trabajando otros CESFAM ante este fenómeno suicidal, pudiendo tener un consenso que genere cambios determinantes en atención primaria de salud familiar y las otras entidades que intervienen ante la ideación suicida en la niñez.

REFERENCIAS.

- Aceituno Morales, R., Miranda Hiriart, G., & Jiménez Molina, Á. (2012). Experiencias del desasosiego: Salud Mental y Malestar en Chile. *Revista Anales*, 1-16.
- Bourdet-Loubère, S., & Philippe Raynaud, J. (2013). Suicidal Ideation and Attempts during Midle Chilhood:Associations with Subjective Quality of Life and Depression. *Open Journal of Medical Psychology*, 93-100.
- Miranda de la Torre, I., Cubillas Rodríguez, M., Román Pérez, R., & Abril Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*.32, (6) 495-502.
- Álvarez, J. (2009). *Cómo hacer investigación Cualitativa. Fundamentos y Metodologías*. México: Paidós.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativ de contenido: Una alternativa Metodológica Alcanzable. *Psicoperspectivas, revista de la Escuela de Psicología, Facultad de Filosofía y Educación Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.*, 2,53-8.
- CÁCERES, P. (2003). ANÁLISIS CUALITATIVO DE CONTENIDO: UNA ALTERNATIVA METODOLÓGICA ALCANZABLE. *Psicoperspectivas, II*, 53-81. .
- Carmona, A., Arango, C., Castrillón, C., Escobar, J., García, J., Godoy , c., . . . López, J. (2010). Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un hospital infantil de Manizales. *Archivos de Medicina (Col)*,10,(1) 9-18.
- Chávez, A., Correa, F., Klein, A., & Macías, L. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 501-514.
- Cyrulnik, B. (2011). *Cuando un niño se da muerte*. Barcelona, España: Gedisa, S.A.
- Cyrulnink, B. (2014). *Cunado el niño se da Muerte*. Barcelona: Gedisa.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vohringer, P., & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista medica de Chile*, 1179-1186.
- Gerardo Roa, C., Pérez, J., Salazar, A., Piraguata, O., López, C., & Ramírez, L. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendido en el Hospital Universitario del Valle,Cali. *Colombia Médica*,34,(1) 9-16.
- Gvion, Y., & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public Health Reviews*,34(2) 2.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación*. México: MC. Graw-Hill.
- Marfín López, T., & Ibarra López, A. (2015). Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar. Tlaquepaque, Jalisco, México: El Manual Moderno.
- MINSAL. (2010). *Departamento de Estadísticas e Informaión en Salud*. Obtenido de <http://www.deis.cl>
- Minsal. (2013). Ministerio de salud. Programa nacional de prevención del suicidio:Orientaciones para su implementación.Departamento de salud mental división de prevención y control de enfermedades subsecretaría de salud pública, 1-72

- Mosquera, L. (2016). Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología con Niños y Adolescentes*, 9-18.
- Ospina, F. d., Hinestrosa, M. F., Paredes, M. C., Guzman, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista de salud pública*, 13.
- PÚBLICA, M. D.-S. (2007). *Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con trastornos mentales, Usuarios del servicio nacional de menores*. Santiago: División de prevención y control de enfermedades, departamento de salud mental.
- Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S., & Khon, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile*, 1275-1282.
- Tishler, C., Staats, N., & Rhodes, A. (2007). Suicidal Behavior in children younger than Twelve: A diagnostic challenge for Emergency Department Personnel. *Academic Emergency Medicine*, 810-818.
- Toro, D., Paniagua, R., Gonzalez, C., & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio. *Facultad de Nacional de Salud Pública*, 301-308.
- Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R., & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9,(2) 783-796.
- Vianchá, P., Mildred, A., Bahamón, M., Marly, J., Alarcón, A., & Linda, L. (2013). Variables Psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8, (1), 112-123.
- Vicente, B., Valdivia, S., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud Mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista de Medicina de Chile*, 447-457.
- Vicuña, A., & Sepulveda, R. (2003). *Elementos para el manejo de la conducta Suicida en la Atención Primaria de Salud*. Santiago: CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA Y SALUD MENTAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD N° 2.
- Viñas Poch, F., Ballabriga, J., & Domenech, E. (2000). Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*. 12,(4) 594-598.
- Von Dessauer, B., Ortiz, P., Hinostroza, T., Bataszew, A., Velásquez, A., Correa, M., . . . Mulet, Á. (2011). Intento de Suicidio Vía Ingesta. *Revista Chilena de Pediatría*, 42-48.

