

216



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0297038

REVISION BIBLIOGRAFICA DE
"LA TENTATIVA DE SUICIDIO EN
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO. ESCOLAR (7-12 AÑOS)"

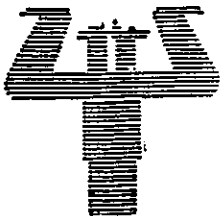


EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

TESIS

QUE PRESENTA PARA OBTENER EL
TITULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA:

RODRIGUEZ OCHOA NANHIELY



DIRECTORA DE TESIS:
LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ

REVISOR DE TESIS:
DR. MARIO CICERO FRANCO

MEXICO DF. 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A mis padres quienes
me han dado las bases
necesarias para lograr
el éxito en las distintas
esferas de mi vida.**

**A mis hermas:
Karina e Itzel**

**A la Lic. Blanca Elena Mancilla
por su dirección, asesoramiento y
apoyo para la elaboración de esta
Tesis.**

**Al Dr. Oscar Sánchez Guerrero
por su apoyo y orientación para
la realización de esta Tesis.**

**A todos mis compañeros
y amigos de carrera, con
quienes juntos logramos
salir adelante, y muy en
especial a Belém Sánchez
Lelis, quien a lo largo de
todos estos años me demostró
ser una verdadera amiga.**

PARABOLA DEL BUEN SUICIDIO

Una pequeña historia. Un día cuando ingresé a la preparatoria, vi a un chico de mi clase caminando hacia su casa desde la escuela. Su nombre era Kyle y estaba cargando todos sus libros a casa en viernes? Debe ser un matado.

Tenía planeado un gran fin de semana (fiestas y un juego de futbol en la tarde así que solo me encogi de hombros y seguí mi camino. Mientras caminaba, vi a un grupo de chicos corriendo hacia Kyle. Le tiraron los libros que traía cargando y lo empujaron para que cayera al suelo. Sus anteojos salieron volando y vi como cayeron en el pasto a unos tres metros de él. Miró hacia arriba y observe una terrible tristeza en sus ojos. Mi corazón se volcó hacia él. Corrí a él y mientras se arrastraba hacia sus anteojos, vi lágrimas en sus ojos.

Mientras le entregaba sus anteojos, le dije: *Esos tipos son unos idiotas. Deberían ocuparse en algo. Me miró y dijo: Oye, ¡gracias!*. Había una enorme sonrisa en su cara. Era de esas sonrisas que mostraba auténtica gratitud. Le ayudé a recoger sus libros y le pregunté dónde vivía. Resultó que vivía cerca de mi casa, así que le pregunté por qué nunca lo había visto en el vecindario. Dijo que había ido a una escuela privada anteriormente (yo nunca me había juntado con un chico de una escuela privada). Hablamos en el camino a casa. Resultó ser un chico muy agradable. Lo invité a jugar futbol conmigo y mis amigos el sábado en la mañana y aceptó.

Pasamos juntos el fin de semana y mientras lo conocía, más me agradaba. Mis amigos pensaban igual. Llegó la mañana del lunes y allí estaba Kyle de nuevo con su enorme montón de libros. Lo detuve y le dije que si continuaba así, iba a conseguir muy buenos músculos. El simplemente se rió y me pasó la mitad de los libros. Durante los siguientes cuatro años, Kyle y yo nos convertimos en los mejores amigos.

Cuando estábamos por salir de la preparatoria, empezamos a pensar en la Universidad. Kyle escogió Georgetown, mientras que yo escogí Duke. Ya sabía que siempre seríamos amigos y que la distancia nunca sería un problema. El decidió convertirse en doctor y yo conseguí una beca en futbol para estudiar en la escuela de negocios. Lo molestaba todo el tiempo de que era un matado. Incluso fue de los primeros seleccionados por Universidades y se estaba preparando para el discurso del día de graduación. Me alegré de no tener que ser yo el que tuviera que pasar al frente y hablar.

El día de graduación, Kyle lucía fantástico. Se adaptaba e incluso se veía bien con anteojos. Tenía más citas que yo y todas las chicas lo amaban. Bueno, algunas veces estaba realmente celoso de él. Hoy era uno de esos días en que él estaba nervioso. Así que le di una palmada en la espalda y le dije: Oye, amigo, estarás genial. Me miró con una de esas miradas (de agradecimiento), sonrió y dijo: Gracias.

Mientras empezaba su discurso, aclaró su garganta y empezó. El tiempo de graduación es el de agradecer a aquellos que nos ayudaron a lograrlo a través de esos años difíciles; nuestros padres, nuestros hermanos, tal vez un entrenador... pero más que nada a los amigos. Estoy aquí para decirles que ser un amigo es el mejor regalo que puedes dar a alguna persona. Les

voy a contar una historia –prosiguió (yo miraba incrédulamente a mis amigos mientras contaba la historia del primer día que nos conocimos)-. Había planeado suicidarme ese fin de semana –dijo. Nos contó acerca de cómo había vaciado su casillero para que su mamá no tuviera que hacerlo después y estaba llevando sus cosas a la casa.

Me miró profundamente y me regaló una sonrisa. Gracias a Dios, fui salvado. Mi amigo me salvó de hacer lo indecible. Oí una exclamación de la multitud, mientras ese guapo y popular muchacho nos comentó de su momento de debilidad. Yo vi a sus padres mirándome y sonriendo agradecidamente.

Hasta ese momento no me di cuenta de la profundidad de esto.

INDICE

| | Pág. |
|---|------|
| OBJETIVO..... | 1 |
| HIPÓTESIS..... | 1 |
| INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| JUSTIFICACION..... | 4 |
| | |
| CAPITULO 1 | |
| <i>ANTECEDENTES.....</i> | 5 |
| | |
| CAPITULO 2 | |
| <i>DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO ESCOLAR DE LOS 7 A LOS 12 AÑOS.....</i> | 13 |
| | |
| CAPITULO 3 | |
| <i>DEFINICIONES DE SUICIDIO.....</i> | 15 |
| <i>3.1 APROXIMACIONESTEORICAS DEL SUICIDIO.....</i> | 19 |
| <i>3.2 ELSUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE JUNG.....</i> | 23 |
| <i>3.3 EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA ADLERIANO.....</i> | 25 |
| <i>3.4 EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE KAREN HORNEY.....</i> | 27 |
| <i>3.5 INTENTO SUICIDA.....</i> | 29 |
| <i>3.6 SUIIDIO CONSUMADO.....</i> | 31 |
| | |
| CAPITULO 4 | |
| <i>¿POR QUÉ SE SUICIDAN?.....</i> | 35 |
| | |
| CAPITULO 5 | |
| <i>SUICIDIO INFATIL.....</i> | 40 |
| <i>5.1 METODOS USADOS.....</i> | 43 |
| <i>5.2 ¿POR QUÉ SE SUICIDA UN NIÑO?.....</i> | 44 |
| <i>5.3 DEPRESION INFANTIL.....</i> | 45 |
| <i>5.4 CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN INFANTIL.....</i> | 49 |
| <i>5.4.1 CRITERIOS CLINICOS.....</i> | 49 |
| <i>5.4.2 CRITERIOS BIOLÓGICOS.....</i> | 50 |
| <i>5.4.3 CRITERIOS PSICOLÓGICOS.....</i> | 50 |
| <i>5.5 IMPULSIVIDAD INFANTIL.....</i> | 55 |
| | |
| CAPITULO 6 | |
| <i>CONLUSIONES Y DISCUSIONES.....</i> | 58 |
| <i>6.1 CUADRO SINÓPTICO DEIDICADORES DE SUIIDIO INFANTIL.....</i> | 63 |
| <i>6.2 CUADRO SINÓPTICO DE DISTINTOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS.....</i> | 65 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 67 |

OBJETIVO:

- * Conocer si el niño escolar con intento suicida sabe si el hecho de suicidarse es irreversible.
- * Describir los indicadores de suicidio infantil.
- * Organizar la información que existe acerca del suicidio infantil para una mejor y más rápida consulta por parte de los estudiantes de psicología de los primeros semestres.

HIPOTESIS:

- * El niño en edad escolar (7-12 años), sabe que la muerte es irreversible.

OBJETIVO:

- * Conocer si el niño escolar con intento suicida sabe si el hecho de suicidarse es irreversible.
- * Describir los indicadores de suicidio infantil.
- * Organizar la información que existe acerca del suicidio infantil para una mejor y más rápida consulta por parte de los estudiantes de psicología de los primeros semestres.

HIPOTESIS:

- * El niño en edad escolar (7-12 años), sabe que la muerte es irreversible.

INTRODUCCION:

Cuando se habla de suicidio se piensa en primera instancia en algún adolescente (según el INEGI 1997), ya sea que lo haya hecho por problemas de interacción, por problemas de drogas, etc. O de algún adulto, pero principalmente pensamos que lo hizo por algún problema de dinero o simplemente porque fue muy cobarde para enfrentar sus problemas sean cuales fueran.

Sin embargo es muy poco o se piensa menos que un niño pueda llegar siquiera a intentar suicidarse y menos aún el hecho que lo haya realizado.

Esto tal vez se dé porque nos da miedo siquiera el pensar que un niño sea capaz de cometer un acto de esta naturaleza, ya sea por su corta edad o porque es poco común que esto suceda además de que la literatura que hay al respecto también es muy escasa.

Pero fue hasta la década de los 30 donde se empezaron a realizar más investigaciones acerca del suicidio infantil; siendo Shilder, Bender, Meninger, Spece y Brent algunos de los primeros investigadores en abordar el tema, sirviendo de base para posteriores investigaciones.

Pero uno de los obstáculos que siempre encontraron es el concepto de irreversibilidad de la muerte, hasta qué edad saben los niños que la muerte es irreversible, según Spece y Brent este concepto lo entienden a partir de los 7 años.

Ahora bien ¿porqué se suicida un niño?, existen diversas explicaciones; desde que fue un accidente, ya sea que el niño tomo la pistola de papá y sin querer se disparo, porque tiene problemas escolares, su rendimiento es bajo, porque tiene algún problema con algún maestro o compañero, o tal vez esté deprimido, o bien tal vez sea su mamá o algún familiar el que esté deprimido y tenga ideaciones e intentos suicidas y el niño esté tratando de imitar a esa persona, ya que según Green y Orbach, los niños que habían intentado el suicidio provenían de un hogar en el que sus madres manifestaban sus deseos de morir.

Dado que el niño entre los 7 y los 12 años se encuentra en la edad escolar es común que intenten hacer o parecerse a sus seres queridos y admirados en especial a la madre. Así si tienen una madre que es suicida no es raro que el niño siga este patrón de comportamiento.

Pero ¿cómo se suicida un niño? Se ha visto que la forma más común es la ingestión de fármacos (principalmente las aspirinas y los tranquilizantes) que son productos que están al alcance de ellos, el ahorcamiento es más común en un ámbito rural, el uso de arma de fuego y lanzarse desde lo alto de un edificio es más común en las grandes ciudades.

Sea cual fuere el método usado, o porqué lo haga es un tema que debe ser estudiado más a fondo.

JUSTIFICACION:

El problema se conoce poco, es una situación grave y deben conocerse mejor los factores que lo favorecen o precipitan, y por ende, hacer un mejor trabajo preventivo.

Se necesita organizar la información disponible para que sirva de consulta.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES:

Existen numerosas investigaciones acerca del suicidio (y entre otras están las de; Lara Tapia H. 1975, Rodríguez Sala Ma. Luisa 1963, Stengel E. 1965, Pierre Morón 1983). En donde se trata de explicar las razones por las cuales cometen dicho acto, dan definiciones acerca del suicidio y quiénes son más vulnerables a cometer dicho acto. Sin embargo es muy poca la literatura que existe acerca del suicidio o intento suicida en niños y menos aún existe literatura reciente ya que la mayoría de ésta, data de décadas muy atrás.

Ahora que también se debe tomar en cuenta el concepto de muerte en los niños ya que va variando según la edad del menor. Así podemos ver que algunos investigadores han estudiado el concepto de muerte que tiene el niño y el que tiene el adulto. Para Spece y Brent “el concepto de muerte tiene tres aspectos fundamentales: 1)La muerte es siempre irreversible, definitiva y permanente; 2) la caracteriza la ausencia de funciones vitales; 3) la muerte es universal, es decir todos los humanos moriremos en algún momento” (cit. en Craig J. Grace, 1994).

Dichos investigadores descubrieron que los menores de 5 años aún no entienden estos tres componentes en su concepto de muerte.

De acuerdo con la psicóloga Aurora Jaimes Medrano (1998), el concepto de muerte es abstracto y difícil de abordar, ya que intervienen aspectos tales como la edad, la cultura, la educación, la sociedad y la religión.

Es por eso que para niños pequeños (de los 2 a los 4 años), el hecho de morir significa solo un estado temporal como si se tratara de alguien que solo está dormido y que puede despertar en cualquier momento; lo cual está aún más reforzado por los personajes de dibujos animados los cuáles mueren y reviven una y otra vez. Estos niños aún no entienden que una persona que esta muerta, todas sus funciones vitales terminan, para ellos solo dejan de hacer cosas visibles como el comer, beber y moverse, sin embargo aún siguen haciendo cosas como las de soñar y aprender. Y por último aún no entienden que la muerte es universal y que todos moriremos en algún momento, para ellos sus padres o más comúnmente su madre y/o él mismo nunca morirán y siempre van a estar juntos.

Hay niños que piensan que haciendo un poco de magia o de actos místicos como el rezar podrán evitar el hecho de morir.

Para Grace J. Craig (1994), el concepto de muerte como tal, generalmente aparece entre los 5 y los 7 años de edad.

Sin embargo aún así es difícil aceptar la muerte de algún ser querido ya sea para un adulto y más aún para un niño que si bien ya sabe intelectualmente, emocionalmente aún le es difícil aceptarlo, primeramente porque el niño a los 5 años aún es egocéntrico y piensa primordialmente cómo o en qué le afectará dicha pérdida. Segundo porque aún no entiende el concepto de causalidad y no entiende que su abuelita murió de vejez o por alguna enfermedad, el niño tal vez se esté preguntando por qué lo abandono su abuela, tal vez lo hizo porque él se portó mal y piensa que si se porta bien de ahora en adelante su abuela regresará.

Esto aunado a la falta de atención que sufre un niño después de la muerte de un ser querido ya que la gente mayor que se encuentra alrededor del menor, se encuentra sumido en una depresión por lo que no le hacen caso al niño y mucho menos le explican de manera adecuada el porqué de la muerte de esa persona. Esto empeora cuando se trata de la muerte de alguno de los padres ya que el que sobrevive es el encargado, por lo general, de dar la noticia al menor, esto ocurre casi inmediatamente después de ocurrido

el hecho, sin embargo en algunas ocasiones dicha información puede postergarse por días e incluso hasta meses, cuando no se le dice al menor de la muerte inmediatamente se le dice al niño que el padre-madre salió de viaje o que está en el hospital, o bien cuando la noticia es dada, es muy común decirle al pequeño que el padre muerto se fue al cielo o que está con Dios, sin embargo cuando la familia no es muy devota y no se le ha inculcado la religión al niño, éste puede creer que el “cielo” es algún lugar de donde el padre puede regresar e incluso puede preguntar que cuando regresará.

Por lo que es de vital importancia saber cuáles son las reacciones normales de un niño ante la pena por la muerte de un ser querido y cuáles no lo son, de acuerdo con la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1998), es normal que el niño reaccione con tristeza durante las siguientes semanas a la muerte de ese ser querido sin embargo si la tristeza se prolonga por más de un par de meses y sigue negándose ante dicha pérdida, una reacción probable del niño será la negación del suceso (negar que dicha persona murió); es probable que más adelante ese niño esté sufriendo de problemas tales como un síndrome depresivo. Si la persona fallecida era esencial para la sobre vivencia del niño (tal como papá o mamá) la ira es una señal perfectamente normal, la cual puede ser manifestada de diferentes formas tales como juegos violentos, pesadillas, irritabilidad, y más comúnmente el niño reaccionará con enojo hacia los sobrevivientes de la familia.

Después de la muerte de papá o mamá un niño podría reaccionar con una regresión hacia una etapa anterior, es decir el niño comenzará hablar como si tuviera menos edad, posiblemente vuelva a mojar las sábanas durante la noche, etc.

A los niños que se les explica que la muerte es como quedarse dormido, a menudo le tienen miedo a la noche ya que conlleva el hecho de dormir por lo que no quieren quedarse dormidos ya que podrían morir mientras duermen; generalmente los niños comienzan a preguntar sobre la muerte desde niños cuando ven a un insecto o una rata muerta, por lo que es adecuado decirles toda la verdad acerca de la muerte desde ese instante y responder a todas las preguntas que el niño pueda tener en ese momento

además de decirles que la muerte es algo que a todos nos va a ocurrir algún día incluyéndolo a él y a sus padres, además de que se les puede hacer partícipes en el periodo de duelo de la familia, tal como prender una velita al ser que se murió ir al cementerio si este así lo desea, etc.

Sin embargo hay que estar atentos ante los síntomas que pueden ser indicadores de que algo está ocurriendo, por ejemplo un periodo prolongado de depresión, durante el cual el niño pierde todo interés en sus actividades cotidianas, insomnio, pérdida del apetito o miedo por un periodo prolongado a estar solo, la regresión a una edad más temprana durante un periodo largo, imitación excesiva hacia la persona fallecida, no querer asistir más a la escuela, decir frecuentemente que se quieren ir con la persona muerta, todos estos son indicadores de que el niño está sufriendo y que necesita ayuda. Sin embargo puede darse el caso de que en la familia no se demuestran los afectos por lo que a los niños tampoco se les está permitido expresar lo que están sintiendo en ese momento; por lo que además de ayudar al niño a superar la etapa de duelo cuando este así lo requiera también será de vital importancia brindar esa ayuda a la familia como un tratamiento global que incide en el niño.

Recientemente se han realizado varias investigaciones en las cuales se estudia la posible relación entre el maltrato infantil y las conductas suicidas.

-Entre ellas tenemos la realizada por Maker, Azmaira Hamid, Kimmelmeier, Markus; y otros investigadores en un estudio que realizaron con una muestra de 131 mujeres jóvenes (entre los 18 y 43 años), las cuales en su infancia habían sido testigos de violencia intramarital en su infancia dichas jóvenes reportaron dicho dato se recabo por medio de la aplicación de una batería de cuestionarios para recabar cuales eran los síntomas que ellas sufrían (cabe mencionar que la muestra en un principio fue de 200 mujeres de las cuales sólo 131 contestaron el cuestionario completo) posteriormente se procedió a llamarlas por teléfono a aquellas que hubieron contestado toda la batería los instrumentos que se utilizaron fueron el de Violence Scale of the Conflict Tactics Scale (CTS-PVS).

Los resultados muestran que aquellas que fueron testigos de una violencia severa durante su infancia muestran un gran número de conductas antisociales (robo, delincuencia. Aquellas que fueron testigos de una violencia de moderada a severa, mostraron altos niveles de depresión, los síntomas se incrementaban al grado de llegar a los intentos de suicidio en la medida que la violencia aumentaba.

Otro estudio realizado por Strauss, Birmaher, Boris, Bridge, Jeffrey; et.al (2000). En dicha investigación ven la asociación que existe entre el nivel de ansiedad en niños y adolescentes y los intentos e ideaciones suicidas que se presenta dicha población. La muestra estuvo comprendida de 1979 pacientes de entre 5 y 19 los cuales fueron tomados de una clínica psiquiátrica, en primera instancia se les aplicó el Shedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present Episode (K-SADS-P). Los sujetos se categorizaron en: ideación suicida (n=768), intento suicida (n=394) el diagnóstico psiquiátrico se basó en los criterios del DSM-IV para comparar y determinar si los desórdenes de ansiedad son un factor que influye en las ideaciones e intentos suicidas. También se tuvo un grupo control en donde existían desórdenes de ansiedad sin ideaciones ni intentos suicidas. En los resultados obtenidos de dicha investigación, no se encontraron diferencias entre los tres grupos, ideaciones, intentos y no suicidas, en los desórdenes de ansiedad en general o en un desorden en específico, desorden de pánico, agorafobia, fobia social, fobia simple y desórdenes obsesivos-compulsivos.

En los más jóvenes (edades menor o igual a 15 años), prevalece significativamente más el desorden de ansiedad de separación relacionado con los intentos suicidas, comparado con las ideaciones. En los más grandes (mayores de 15 años) prevalece más el desorden de ansiedad generalizada en los que tienen ideaciones.

Los datos también muestran un incremento en los intentos suicidas en adultos quienes muestran desórdenes de pánico, y ataques de pánico según lo reportan los autores de la investigación.

“Pilowsky y otros, realizaron una investigación con adolescentes y encontraron una significativa relación entre los ataques de pánico y la ideación suicida e intentos suicidas(cit en Strauss, John, et al, 2000).

La literatura muestra que:

-La presencia de algún desorden de ansiedad es asociado con los intentos e ideaciones suicidas.

-En los intentos e ideaciones suicidas prevalece u desorden de ansiedad más específico que en los no suicidas.

En el estudio antes mencionado sólo 5 (el 1.2%) de los que intentaron el suicidio tenía menos de 10 años, y 20 (el 5%) tenía menos de 12 años.

Thompson Martie P; y Kaslow Nadine J. (2000). Realizaron una investigación con mujeres afroamericanas; en donde su hipótesis era que las distintas formas de maltrato (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia emocional, negligencia física) y altos niveles de estrés post traumático estaba relacionado con el intento suicida que tuvieron para ello utilizaron una n=157; los autores suponen que las mujeres con estrés post traumático y una historia de maltrato infantil podrían tener mas riesgo de cometer el intento suicida, según estos autores los datos nacionales (de Estados Unidos) revelan que aproximadamente 1.5 millones de niños han experimentado abuso físico, más de un millón han sufrido por negligencia y casi 500 mil niños han sufrido abuso sexual antes de llegar a los 18 años.

“La investigación en general muestra que el maltrato infantil tiene consecuencias a corto y a largo plazo en la salud mental según lo reportan los autores Beitchman, Zucher, Hood, DaCosta, Akman, e 1991; y Boudewyn & Liem en 1995”(cit en Thompson Metie, 2000).

Los resultados encontrados en dicho estudio revelan que las mujeres con estrés post traumático y una historia de maltrato infantil en cualquiera de las 5 formas antes

mencionadas son significativamente más propensas a cometer el intento suicida que aquellas que no sufrieron maltrato infantil o que no tienen estrés post traumático.

Garnefski Nadia y Arends Ellen realizaron un estudio entre jóvenes estudiantes de secundaria de entre 12 y 19 años quienes habían sufrido de abuso sexual. Los resultados muestran que los hombres y mujeres que sufrieron de abuso sexual infantil reportaban mas problemas conductuales y emocionales como intentos suicidas que los que no fueron abusados sexualmente. Entre los problemas de conducta se encuentran el abuso de sustancias, conductas agresivas y delincuencia.

En otro estudio realizado por Bagley Christopher y Loretta Young (1998), con un grupo de 28 mujeres las cuales habían sufrido de abuso sexual infantil, las cuales se encontraban en terapia, mostraban baja autoestima depresión e intentos suicidas.

Juon Hee-Soon y Margaret E. Ensminger (1997); realizaron un estudio longitudinal y prospectivo en un total de 1242 sujetos de raza afro americana, en el cual examinaron la prevalencia de conductas suicidas y su relación con la integración social, depresión agresión y abuso de sustancias. Los datos de la entrevista revelan que el uso de cocaína frecuentemente lo relacionaban con la depresión. Los resultados sugieren que la integración social, depresión, agresión y uso de drogas son importantes factores de riesgo para que se presenten conductas suicidas en este grupo de Afro Americanos.

Datos similares encontraron Debra K. Peters y Lillian M. Range (1995), los cuales usaron un cuestionario para comparar la conducta suicida y las disuaciones cognitivas usando un estricto concepto de abuso sexual infantil y uno liberal. Los datos rebelan que aquellos que fueron abusados sexualmente reportaban mas conductas suicidas que los que no habían sufrido de abuso sexual independientemente del concepto que se empleara ya fuera un concepto estricto o uno liberal.

De la misma manera Mark F. Yama, Stephanie L. Tovey, Bruce S. Fogas y Jennifer Morris (1995), investigaron la relación entre el abuso sexual, el alcoholismo de los padres (o el padre) y un medio ambiente de conductas suicidas por parte de la familia. Dicha investigación se realizó con 165 mujeres estudiantes de la Universidad de Idaho. Los resultados demuestran que las experiencias infantiles de abuso sexual y un padre alcohólico predicen altos niveles de suicidios y aumenta si se cuenta con una historia familiar de intentos suicidas.

CAPÍTULO 2

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO ESCOLAR DE LOS 7 A LOS 12 AÑOS

Según lo menciona Craig un niño de 6-7 años todavía aprende y se expresa por medio de su cuerpo.

Antes de los 7 años el niño todavía concibe al mundo de una manera muy simple y unidimensional.

A partir de los 6 años el niño empieza a construir “cosas” con cuanto objeto tenga en sus manos, además de que a partir de esta edad se vuelven más obstinados y no desean hacer otra cosa si no han terminado la tarea que previamente estaban realizando, de esta manera un niño que es obstinado puede tener un mejor rendimiento escolar que aquel que no lo es ya que siempre dejará las tareas inconclusas.

Además de que el medio ambiente también influye de sobremanera ya que un niño desnutrido no rendirá de manera satisfactoria en la escuela ya que siempre estará pasivo y sin fortaleza para cumplir con las exigencias que se le piden por carecer de la energía suficiente para lograrlo.

Así también adquieren dominio sobre su cuerpo lo cual les produce sentimientos de capacidad lo que eleva su autoestima, y logran sentirse pertenecientes al grupo, sin embargo aquellos niños a los que sus compañeros lo juzgan como torpe quedan fuera de las actividades del grupo, pudiéndose sentir rechazados incluso mucho tiempo después de que haya desaparecido su torpeza.

De acuerdo a la teoría de Piaget el niño entre los 5 y 7 años marcan la transición entre el pensamiento Pre-operacional al de las operaciones concretas; el pensamiento se vuelve menos egocéntrico y más lógico, empieza a conocer el concepto de irreversibilidad, es más flexible y mucho más complejo, empieza a establecer las relaciones causa-efecto, sus constantes preguntas de ¿porqué? dan inicio a una pre-causalidad especialmente si tiene el objeto concreto a la vista y ven ocurrir los cambios. Aparece el principio de conservación en principio si se vacía un líquido de un recipiente a otro más estrecho el niño entre los 7-12 años dirá que es el mismo líquido.

El niño es capaz de establecer series ya sea en dimensiones crecientes o decrecientes; puede establecer clasificaciones, las cuales consisten en agrupamientos de acuerdo a las características de los objetos.

Un niño entre los 8-12 años empieza con la curiosidad de querer saber como funcionan las cosas.

“Piaget definió “operación” como una acción mental reversible. El periodo concreto operacional, significa por tanto que el niño es capaz de realizar acciones mentales reversibles en los objetos reales o concretos, pero no en ideas abstractas”(Grace J. Craig, 1992).

La capacidad de memorizar aparece entre los 5-7 años, por lo que más tarde pueden inventar historias o imágenes visuales que les ayudan a recordar.

La imagen corporal que tienen los niños va evolucionando conforme va creciendo el niño, para uno que tiene menos de 5 años dibujará una persona basándose en palitos sin embargo después ya es capaz de hacer figuras mucho más complejas, así un niño entre los 6-12 años se interesará más por sus órganos internos preocupándose más por el cerebro y el corazón dibujándolos conforme el se los ha imaginado, así el corazón lo dibujará como generalmente lo ha visto comúnmente en las cajas de chocolates en forma de “corazón”.

CAPITULO 3

DEFINICIONES DE SUICIDIO

Ahora bien, ya que analizamos algunos conceptos de muerte que tienen los niños es necesario analizar el hecho de que ellos mismos pueden quitarse la vida.

Antes que nada debemos analizar el hecho de que la conducta suicida abarca entre otras las siguientes conductas: Las ideas de muerte en las que sólo se tienen pensamientos relacionados con quitarse la vida o producirse daño voluntariamente.

La ideación suicida es la que existe acerca de provocarse daño a sí mismos de los cuales muchos de los síntomas son parecidos a los de la depresión.

El de la tentativa de suicidio que es el tema al que nos avocaremos durante todo el trabajo.

Para ello veremos algunos conceptos que existen sobre suicidio y tentativa de suicidio.

“Según el diccionario de uso español, Moliner (1981) suicidio está formado a imitación del inglés, con el pronombre latín “sui” y la terminación de “homicidio”, que es la acción de matarse a sí mismo” (cit en Sarro Blanca, 1991).

Sin embargo el término de suicidio es relativamente nuevo ya que anteriormente se usaban otros términos para referirse al acto de matarse a sí mismo.

De acuerdo a “Rosen (1975) (cit en Polaino-Lorente, 1988) en las sagradas escrituras se hacen algunas referencias a la práctica del suicidio en los hebreos como manera de escapar de sus perseguidores.

Las escuelas filosóficas del estoicismo y epicureísmo, contemplaron al suicidio como una salida natural a dos posturas enfrentadas. Siguiendo esta línea “Homero está

de acuerdo con esta postura, sin embargo para Sócrates el suicidio sólo es aceptado en algunas circunstancias". (Cit en Polaino-Lorente 1988).

"Los partidarios de la escuela pitagórica así como Aristóteles están en contra del suicidio por considerarlo una ofensa a Dios y al Estado" (cit en Polaino-Lorente, 1988).

"De acuerdo a los anglosajones la palabra suicidio fue utilizada por Chreton en 1651 o como puntualiza Álvarez en 1971, fue empleada por Browne en 1635 y publicada en 1642" (Blanca Sarró, 1991).

La iglesia en el segundo Concilio de Orleáns (533) y en el Concilio de Braga (563), se rehúsa a celebrar funerales condenando de esta manera a todo aquel que se hubiera suicidado. Esta forma de pensar perduraría durante toda la edad media.

Sin embargo existían algunos filósofos que no estaban de acuerdo con esa postura ya que como "Hume decía, cada hombre tiene derecho a disponer de su propia vida"(cit en Polaino-Lorente, 1988).

"El uso de la palabra suicidio no se generalizó hasta la primera década del siglo XIX, y se acepto en la 5ª edición del Diccionario de la Real Academia Española en 1817" (Blanca Sarró, 1991).

A fines del siglo XIX se plantea el tema del suicidio en las ciencias positivas, y cuando de trata se hace en tres ámbitos distintos: el psiquiátrico y psicológico y el sociológico.

El primer trabajo realizado dentro del ámbito de la psiquiatría es realizado por "Falret (en 1922) quien publica su libro llamado De la Hipocondría y del suicidio, en dicho libro se trataban las causas y características de las personas que intentaban el suicidio, así como posibles métodos terapéuticos para tratar a dichos pacientes".

Para Martí (1982) el término suicidio aparece por primera vez en La falsa filosofía y el Ateísmo (obra escrita por Fray Fernando de Ceballos, 1772), libro en el cual se critica la obra de Voltaire.

Para Durkheim se llama suicidio a toda muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ésta el resultado que se debía producir.

Baechler define al suicidio como una conducta que está encaminada a buscar y encontrar una solución a un problema existencial a través de la muerte.

Kreitman en 1977 propone cambiar la palabra intento de suicidio por el de parasuicidio, y lo define como un acto mortal en el que una persona de forma deliberada se auto lesiona.

Farberow en 1980 divide las conductas autodestructivas directas o conscientes, que corresponden a la tentativa de suicidio y al suicidio consumado, y las indirectas o inconscientes que tienen un carácter insidioso y prolongado, no son reconocidos como actos suicidas.

Shneidman en 1976 propuso nuevos conceptos en los cuales se incluía el término suicidio, los cuales son: muerte intencionada, que corresponde al suicidio; muerte no intencionada, que es la natural, y la muerte subintencionada, en la que la persona muerta participo consciente o inconscientemente en la aceleración de su propia muerte, ya sea de forma accidental, por indiferencia o descuido.

En el CIE-10 se propuso denominar al intento de suicidio como auto lesión intencionada y definirla como una conducta de afrontamiento. “Se considera más apropiada esta expresión porque en muchas tentativas de suicidio, más que la búsqueda de la muerte, las motivaciones son conseguir una interrupción de una experiencia consciente, asociado a una demanda de atención para movilizar o modificar el entorno” (Blanca Sarró, 1991).

Y ya en 1969, la Organización Mundial de la Salud, denota la expresión de acto suicida como a “todo hecho por el cual un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal” (Blanca Sarró, 1991).

La tentativa de suicidio se define prácticamente igual que el suicidio sin embargo aquí no se tiene como fin la muerte, la persona suicida se provoca lesiones a sí misma pero el acto es interrumpido antes de que dé como resultado la muerte.

Para “Shneider” la tentativa de suicidio es un suicidio frustrado, sea cual sea la razón por la cual fracasa, ya sea por haber utilizado un método inadecuado, por la intervención de otra persona, etc. (cit en Sarro Blanca, 1991).

Para Stengel la tentativa de suicidio incluye otros aspectos tales como: una demanda de afecto y/o ayuda que generalmente no es consciente, un aspecto de juego con la vida y una agresión.

“Otros autores valoran los actos suicidas como una secuencia de conductas que van desde la intención, la amenaza, la tentativa, hasta el suicidio consumado”(Blanca Sarro, 1991).

Puede considerarse que el suicidio es una escapatoria de una situación vital intolerable y más aún si las situación es externa y visible, el suicidio se convierte muchas veces en un acto de valentía; pero si el conflicto desencadenante es interno e invisible, el suicidio es una “locura”.

3.1 APROXIMACIONES TEORICAS DEL SUICIDIO

Para Menninger el suicidio es un asesinato del propio yo, pero también es un asesinato efectuado por el propio yo “es una muerte en la cual se combinan en una sola persona el asesino y el asesinado” (cit en Polaino-Lorente, 1988).

Según Menninger el suicidio tiene tres componentes:

1.- El deseo de matar:

Para dicho autor la teoría del suicidio se basa en que el deseo de matar, puede ser repentinamente cambiado por fuerzas externas y volverse contra la persona que desea matar, es decir quiere matar a alguien y termina matándose a sí mismo, quedando en forma de suicidio; sin embargo esto puede ocurrir cuando:

- a) Como se ha demostrado que realmente hay un reflejo de las tendencias destructivas sobre el propio individuo de tal modo que el yo es tratado como si fuera un objeto externo.
- b) Las personas propensas al suicidio suelen ser sumamente ambivalentes en sus afectos.
- c) Cuando hay súbitas interrupciones en las vinculaciones con el objeto.

Se sabe que en las épocas tempranas del desarrollo del inconsciente se puede ver al cuerpo como si no formara parte de nosotros mismos, así como también amenazar o lastimar a nuestro cuerpo como si con dichas acciones se afectara a alguien más que está dentro de nosotros.

A esto más tarde se le conoce como un mecanismo de defensa llamado introyección, “debido a que una persona identificada parece haber sido introyectada en

el yo”(Menninger, 1972).

Debido a esto muchas veces lo que se desea que suceda a otra persona generalmente puede ser transportado sobre uno mismo. “Este cambio de los sentimientos hostiles contra el yo, cuando dicha introyección ha sido hecha (la mayor de las veces inconscientemente), tiene así un uso patológico”(Menninger, 1972.)

Es por eso que según Menninger las más de las veces cuando alguien se hace daño a sí misma, en realidad está lastimando a alguien más pero de manera indirecta.

Sin embargo ¿porqué se agreden a sí mismos y no a la persona que les está causando daño?. Dicha agresión puede ser mermada por varios factores internos principalmente el miedo, sobre todo el miedo a las consecuencias que del acto de asesinar se deriven tales como el hecho de ir a la cárcel por dicho crimen. Otro factor es el de la conciencia que actúa como un juez riguroso, contra uno mismo, de éste modo y siguiendo dicha teoría es más fácil dañarse uno mismo que lastimar a alguien más.

Y por último el desviar de objeto puede ser resultado de un debilitamiento del odio que sentía. Según Menninger el amor y el odio siempre van de la mano aunque alguno de ellos es el que sobresale. De manera tal que cuando se lastima a alguien más, lo que impera es el odio, sin embargo, cuando esto no sucede, se dice que disminuyó el odio y aumento el amor hacia la persona a la cual se le quería hacer daño.

Se sabe que en los suicidios generalmente existe un factor que actúa como precipitador que es el que “empuja” a cometer dicho acto, sin embargo hay casos en los que éste elemento precipitador no existe. Así aquella persona que se deprime y llega al intento de suicidio por hechos que aparentemente son insignificantes de acuerdo a Menninger son personas que no han madurado emocional y psicológicamente ya que depositan una valía exagerada en cualquier objeto y su pérdida simplemente es irresistible, para éste autor dichas personas se quedaron en una forma infantil de amar y ser amados; así como el niño lactante sufre ante el destete dichas personas sufren ante

cualquier pérdida por insignificante que parezca.

La melancolía se suscita ante la pérdida de un ser querido, una persona “normal” reacciona ante el dolor que le provoca ésta pérdida siente que le falta algo, sin embargo con el paso del tiempo se acostumbran a dicha pérdida y se recuperan ante este dolor. Pero en aquellas personas perturbadas emocionalmente éste dolor provocado por la melancolía en lugar de ir disminuyendo con el tiempo va en aumento, y con frecuencia expresa que desearía ser castigado e incluso morir el mismo. Así en dichos individuos predomina el odio hacia sí mismos en lugar del amor.

De acuerdo a Freud en su obra “*El Yo y el Ello*” (1914) distingue las dos clases de instintos: Instintos sexuales o Eros la cual comprende además de los instintos sexuales no inhibidos, los instintos sublimados y de meta inhibida, además de los instintos de auto conservación.

La otra clase de instintos son los llamados instintos de muerte, los cuales su objetivo es el de conducir al ser vivo en un estado vegetativo, inerte.

2.- El deseo de ser matado:

“Ser matado es la modalidad extrema de sometimiento al igual que matar es la forma extrema de agresividad” (Menninger, 1972).

Quien experimenta deseos criminales de igual forma experimenta aún así sea de manera inconsciente deseos de ser castigado por estos deseos

Es común ver que aquel que ha perpetuado un intento de suicidio lo hace después de desear la muerte de alguien más y muy comúnmente de un ser querido; por lo que es tanto su sentimiento de culpa que prefiere ser castigado de la misma forma en la que él deseó dicho mal, sin embargo a veces no se tiene el suficiente valor para intentarlo de manera activa, así que provocan o buscan su muerte de manera indirecta, descuidándose

de una enfermedad, no siguiendo las indicaciones del médico tratante, etc.

De igual manera se ha llegado a pensar que el suicidio puede ser hereditario sobre todo en aquellas personas que ya tienen el antecedente de uno o varios familiares con intento o suicidio consumado; sin embargo no existe evidencia científica que sustente dicha hipótesis.

Sin embargo para Abadi los múltiples suicidios que existen en una familia pueden ser vistos como un fenómeno de pseudo herencia, provocado por identificación.

3.- El deseo de morir:

Para Menninger el deseo de morir está más latente en aquellas personas que en su profesión corre un constante peligro (alpinistas, corredores de automovilismo; etc.)

O bien como un reto al instinto de muerte, y más comúnmente en aquellas personas que deliberadamente se descuidan con el propósito de contraer una enfermedad grave o incurable.

Según lo menciona Menninger (1972), este deseo de morir está vinculado con el deseo de regresar al seno materno y más en aquellas personas que intentaron el suicidio por ahogamiento relacionando el agua con el vientre materno.

3.2 EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE JUNG:

Jung elaboró una teoría psicológica del suicidio en donde básicamente explica la dinámica de éste.

Para casi todos nosotros la muerte es irremediable, simplemente algún día todos moriremos, sin embargo hay quienes se anteponen al tiempo y buscan de manera activa su propia muerte o acelerarla.

Freud propuso el “instinto de muerte” y el “instinto de vida”, así en los suicidas predomina el instinto de muerte, que tiene influencia directa sobre el ego.

“Para Jung el ego no es el centro del organismo individual capaz de portar el significado de la vida; para él el ego se convierte meramente en el centro de la parte consciente del funcionamiento de nuestra personalidad”(cit en Farberow L. Norman, 1980).

Otro concepto importante para Jung, es el self que tiene, un lado oscuro y uno brillante. Cuando predomina el lado oscuro la muerte se hace más deseable o menos terrible que la propia vida. Este hecho se vuelve un requisito indispensable aunque no único para que un ser se intente suicidar.

De acuerdo a esto se plantean seis situaciones en las que se hace presente este concepto del lado oscuro del self:

- 1.- La muerte del héroe o del mártir hace que el individuo quiera parecerse a él en lugar de preservar el ideal de este.
- 2.- El dolor irresistible o una terrible angustia hacen que la muerte se vea más aceptable que seguir soportando ese dolor o angustia.

- 3.- De esta manera ya no se le tiene miedo a la muerte, sino a la vida misma.
- 4.- El hecho de querer reunirse “mágicamente” con la persona amada que ha fallecido suele despojar a la vida de todo significado, es preferible estar a lado de la persona que seguir viviendo “solo”.
- 5.- La búsqueda de la libertad, es una manera muy peculiar de intentar el suicidio, es mejor suicidarse y de ésta manera quedar “libre” que seguir en un encierro como lo podría ser la cárcel.
- 6.- Y la situación opuesta, buscar la reclusión, se ha gozado de una vida plena y satisfactoria que ahora se merece permanecer en un mundo oscuro, como castigo.

Jung hace hincapié en que la persona que se suicida busca inconscientemente el renacimiento de su alma.

La fuerza arquetípica de la magna mater tiene un aspecto dador de vida y otro quitador de vida, que se compara con el lado oscuro y brillante del self. Así el lado oscuro tiene la tendencia de destrucción en lugar de renacimiento; por lo que si se le advierte al paciente de este peligro y se le ayuda a enfrentarse a él por medio de una terapia, el acto suicida no se llevará a cabo y por lo tanto tampoco se repetirá en futuras ocasiones.

Así mismo existe el suicidio activo y el pasivo. El suicidio activo es aquel en el que la persona actúa en contra de sí misma de una manera activa, es decir participa de manera directa en su autodestrucción. El suicidio pasivo se refiere sobre todo a las personas que sufren de alguna enfermedad incurable y simplemente dejan de luchar por extender un poco más el tiempo que les queda de vida.

Por otro lado existen los intentos de suicidio sinceros y los que solamente son para llamar la atención. En los primeros la persona que intenta el suicidio lo hace de

manera tal que no pueda ser salvado. Los segundos son preparados de manera que pueda ser salvado de la muerte, logrando con esto llamar la atención de cualquier manera el riesgo de muerte sigue existiendo.

Así también el suicidio puede ser planeado o impulsivo. En el suicidio planeado la persona prevé todos los aspectos involucrados, desde con que arma lo hará, en que lugar, si habrá nota de despedida, etc.

El suicidio impulsivo es aquel en el que la persona tiene lo que Jung llama un “ego de isla flotante” en el que la persona carece de personalidad y se deja llevar por la corriente de manera tal que actúa por impulso.

3.3 EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA ADLERIANO:

Para Adler cada persona es un todo unificado, movido por una fuerza que se sobrepone a todo.

La teoría adleriana es una teoría de campo en la que el medio ambiente que rodea al individuo tiene influencia sobre el, por lo que sus acciones también influirán sobre su entorno social.

Por lo que una persona con algún trastorno mental buscará satisfacer sus propias necesidades sin interesarle que para ello tenga que desafiar a la sociedad o sin importarle que sus metas tengan sentido solamente para él y no así para la sociedad.

“Este esfuerzo en el trastorno mental ha sido designado por Adler como un esfuerzo hacia el lado inútil, es inútil desde el punto de vista de la sociedad porque no representa una contribución y a menudo constituye un riesgo, pero a la vez es también inútil para el individuo” (cit en Farberow L. Norman, 1980).

Otro concepto que se maneja en la teoría Adleriana es el de “interés social” que es la capacidad de poder empatizar con nuestro prójimo y estar en armonía con la sociedad.

Adler propone cuatro características de las personas que son suicidas:

- A. **ESTILO DE VIDA MIMADO:** las tendencias suicidas se desarrollan en aquellos individuos en los cuales desde la temprana infancia ha dependido del cuidado de otras personas los cuales le han otorgado todo sin necesidad de esfuerzo del propio individuo para obtenerlas, por lo que a la larga esperan que todos cumplan sus deseos, esperan siempre resultados favorables a ellos, son malos perdedores y son incapaces de participar en un juego activo con sus compañeros.
- B. **SENTIMIENTOS DE INFERIORIDAD Y META EGOCÉNTRICA:** Las personas suicidas tienen baja autoestima desde pequeños. Así como también la persona que intenta el suicidio puede ser ambiciosa y vanidosa por lo que sienten que tienen el poder de controlar la vida y la muerte como mejor les parezca.
- C. **GRADO DE ACTIVIDAD:** Entre las personas mal adaptadas la mayor cantidad de actividad (entendiendo la actividad como ansiedad), se encuentra en los criminales, en la neurosis compulsiva y en las personas suicidas.

D. **AGRESIÓN VELADA:** A menudo la persona suicida reprocha a alguien sobre su situación o se reprocha a sí mismo por lo que la agresión puede estar dirigida tanto hacia los demás como hacia sí mismo.

“Adler también plantea que puede haber suicidio entre personas bien adaptadas en cuyo caso son aquellas en las cuales se sufre de una enfermedad incurable y extremadamente dolorosa, sufrimiento irremediable, ataques crueles e inhumanos, miedo de que descubra actos vergonzosos o criminales” (cit en Farberow L. Norman, 1980).

Así también existe el tipo de personalidad imperativo en el que el grado de actividad es relativamente menor por lo que prefieren lastimar a otros y así en algunos casos la persona suicida se lastima a sí misma con el fin de lastimar a otros.

3.4 EL SUICIDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE KAREN HORNEY:

Para Horney el suicidio se debe a un fracaso en el desarrollo del self esta autora ve al suicidio como una autodestrucción total del individuo, sin embargo para ella el ser humano no nace con tendencias hacia la destrucción como lo plantean las teorías freudianas.

“De acuerdo a Horney la dependencia neurótica se inicia en la primera infancia” (cit en Farberow L. Norman, 1980).

Las actitudes que tienen los padres de sobreprotección para con sus hijos, ver al niño como un juguete, o un inválido que no puede hacer nada útil en la mayoría de los casos inconscientes, hacen que en el niño se desarrolle un proceso que Horney denominó “angustia básica”.

Horney destacó cuatro fases del crecimiento neurótico en el niño:

- A. Si el niño logra sobreponerse a la angustia, tiende a sentirse como un ser superior.
- B. Cuando el niño recibe constantes demandas contradictorias, se ve nuevamente en un periodo de angustia en el cual el niño, debe aprender a dominar dichas demandas para poder así satisfacerlas.
- C. Cuando el niño disfraza sus sentimientos de superioridad, proceso que generalmente ocurre en la imaginación aunque algunas ocasiones llegan a transformarse en actos.
- D. Por último la formación del yo idealizado, el concepto que ahora tiene el niño de sí mismo como un ser superior y que además espera que los demás lo reconozcan como tal

“Esta divergencia entre el yo idealizado y el verdadero yo, fue denominada por Horney como la “alienación del yo” (cit en Farberow L. Norman, 1980).

El odio a sí mismo, que muchas veces puede terminar como un suicidio, se genera como una estrategia del yo idealizado para realizar sus propias metas de manera inmediata. Además de que es un castigo contra el verdadero yo por la constante humillación que el yo idealizado recibe del verdadero yo.

“Algunas veces, si la intensidad y carácter vengativo del odio hacia sí mismo es muy grande y no existe la posibilidad de desahogarlo, y si la persona está muy alienada,

puede producirse el suicidio, algunas veces voluntario y otras veces accidental” (Farberow, 1980).

“Elizabeth Kilpatrick señala tres factores principales subyacentes que provocan el acto del suicidio, los cuales son: la falta de esperanza, la alineación y el sufrimiento” (cit en Farberow L. Norman, 1980).

Horney describió además un tipo de relación al que llamó “orientación renunciada” en el que la persona no soporta la expresión de ningún sentimiento, no tienen ningún tipo de meta, excepto la de imposibilitar al yo con eficacia, hasta que desaparece totalmente.

3.5 INTENTO SUICIDA:

Ajuriaguerra (1984), establece que el 10% de las tentativas de suicidio acontecen antes de los 12 años y que un 4% antes de los 10 años.

Los intentos son relativamente frecuentes entre los 10 y los 15 años (un 29% aproximadamente alcanzando su máximo entre los 15 y 18 años (67%) alcanzando la cima alrededor de los 23 años.

Además de que los intentos de suicidio son más comunes en las mujeres que en los hombres sobre todo entre los 15 y los 24 años, los hombres al parecer lo hacen en una edad más avanzada.

De acuerdo a las clases sociales es más común en la clase baja.

Según O. Fernández Moujan, "el fracaso produce aislamiento e incrementa la hostilidad; ésta puede descargarse en forma auto agresiva (suicidio) o hetero agresiva (delincuencia)". (cit en M. Abadi, 1973)

Siguiendo con éste autor en un estudio que realizó de 1967 a 1969 en una muestra de 40 casos y 30 de control, encontró que el 77% de los que habían intentado el suicidio eran mujeres mientras que el resto fueron hombres; además los clasificó en dos grupos: Benignos y Malignos.

En los Benignos; hay un manejo de la agresión de manera suave en donde se hace discriminación del objeto (en histeria o depresión), así como cierta capacidad de simbolización; la estructura de personalidad predominante es neurótica y psicótica, además de que en éste grupo el intento suicida es una reacción ante un estresor externo.

En el grupo maligno sucede lo contrario no existe manejo de la agresión no hay un reconocimiento del objeto; prevalece en ellos la confusión y la dificultad de simbolización, la estructura de personalidad predominante es psicótica, el carácter del suicida es patológico.

Sin embargo el significado de los intentos suicidas pueden ser diversos, puede ir desde una evitación de una situación desagradable por ejemplo una reprimenda por una mala calificación, o el intento de atraer hacia sí la atención o el cariño que cree haber perdido (esto frecuentemente se da cuando hay una separación de los padres o la muerte de alguno de ellos) denominado la mayoría de las veces como un intento de suicidio-chantaje, como un deseo de castigar haciéndose daño el mismo logra dañar al otro, según Ajuriaguerra toda madre ha experimentado que cuando su hijo intenta agredirla lo hace a través de su propio cuerpo, negándose a comer por ejemplo.

También es común que antes de el intento suicida del niño haya ocurrido la muerte de alguno de los padres o de algún familiar muy querido, alguna hospitalización, por enfermedad o alguna separación, por lo que se plantea una relación entre conducta suicida y algún estado depresivo del niño.

Según "Duché, Riquet, Gessell, Bakwin, existe un continuum entre accidente, suicidio-accidente, suicidio-juego y suicidio con deseo de muerte conscientemente expresado. (cit en Ajuriaguerra, 1984)

Algunos niños adoptan conductas de desafío como el caminar por el filo de la azotea de su casa o de algún edificio, atravesar las calles si poner atención a los carros, o tienen un historial de frecuentes accidentes tales como fracturas diversas, múltiples quemaduras, accidentes domésticos, mordeduras de perros, etc.

Así, se debe estar atento y encontrar una posible relación entre estas conductas y un posible intento suicida por parte de estos niños.

3.6 SUICIDIO CONSUMADO:

En 1996 se realizó un estudio sobre la evolución del suicidio como causa de muerte para la población mexicana en el periodo de 1970-1994. Se utilizaron los datos provenientes de los certificados de defunción, así como los datos censales correspondientes a dicho periodo. Los resultados de dicho estudio muestran que en 1970 ocurrieron 554 defunciones por suicidio en toda la República Mexicana, de ambos sexos, y en 1993 la tasa se elevó a 2603. En dicho año las tasas más altas se registran en Tabasco y Campeche mientras que las tasas más bajas se reportaron en Tlaxcala y el

Distrito Federal.

De acuerdo al grupo de edad es más frecuente el intento de suicidio entre los jóvenes sobre todo entre los 18 a los 30 años, mientras que entre el grupo de edad de los 40 a 50 años prevalece el suicidio consumado.

En Chile el caso no es más alentador sino muy por el contrario según la revista chilena de Pediatría, la incidencia del suicidio se ha triplicado en los países occidentales durante los últimos 30 años, siendo al igual que en EE.UU. la segunda o tercera causa de muerte entre los jóvenes de entre los 15 a 19 años.

Este hecho también se ha incrementado en la ciudad de Managua (Nicaragua) en donde a partir del año de 1996, el fenómeno se ha ido incrementando de una manera acelerada según lo reporta Vladimir López reportero de "El nuevo diario" (de Managua), en su investigación sobre el tema en un informe de la Policía Nacional (de dicha ciudad), revela que de las 192 personas que se suicidaron, del primero de enero de 1998 hasta el 7 de septiembre del mismo año, 24 fueron menores, edades entre los 10 y los 15 años.

Según Mauricio Abadi (1959) propone que el suicidio es una reacción psicótica que resulta de algunos mecanismos de defensa del yo frente a estímulos estresores de los cuales trata de escapar.

El suicida trata de escapar de dicho peligro que lo "persigue" de manera que solo en la muerte encuentra "seguridad" fuera del alcance de su perseguidor. De manera tal que para dicho autor el perpetrar el suicidio es una regresión a la posición esquizo paranoide de Melanie Klein.

Recordemos que Melanie Klein definió esta posición como una fase del desarrollo en que el bebé ya reconoce objetos totales y se relaciona con tales objetos, es

decir nos encontramos en la fase en que el niño ya es capaz de reconocer perfectamente a su madre; y que además es capaz de relacionarse con ella como objeto total y no como aquel pecho que le da de comer o aquellas manos, ojos, rostro; y que además ahora ya sabe que su madre como objeto total, puede a veces ser buena y a veces mala, y la integra además sabe perfectamente que es la misma persona la que es buena y mala, es aquí cuando el bebé se percata que depende totalmente de su madre y cuántos celos le pueden provocar las personas que se le acercan a ella.

A medida que el *yo* del bebé va madurando durante esta fase, el niño se da cuenta de que es el una misma persona la que odia pero que también ama a esa persona que es su madre, es aquí donde se enfrenta con los conflictos vinculados con su propia ambivalencia. Ahora la ansiedad del niño provienen de sus propios impulsos destructivos que hayan destruido o lleguen a destruir al objeto amado del cual depende totalmente. Esta posición comienza en la fase oral en donde el amor y la necesidad provocan el deseo de devorar, así como también se intensifica el proceso de introyección ya que el niño ahora se da cuenta de que su objeto amado es ajeno a él y que puede separarse y alejarse de él por lo cual siente la fuerte necesidad de guardarlo dentro de sí.

En ésta posición surgen otros sentimientos que antes el niño no conocía: el duelo y la nostalgia por el objeto bueno que siente perdido y destruido; y la culpa, sentimiento típico de esta posición sensación que es provocada por el sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad. Estos sentimientos llevan al bebé a querer reparar el daño que ha provocado con sus ideas de destrucción y quiere devolverle la vida a quien se la quitó, como cree que esta destrucción ha sido causada por sus propios pensamientos destructivos ahora también cree que con su propio amor puede reparar el daño que según él causó.

Durante el duelo, el niño experimenta sentimientos de tristeza, antes, durante y después del “desastre”.

Además cuando un ser querido muere en el proceso de duelo del menor, la pena por la pérdida de la persona está siendo intensificada por las fantasías inconscientes de

haber perdido también las “cosas” buenas de esa persona y haberse quedado únicamente con las “cosas” malas, por lo que es aún más angustiante para el niño.

“El mayor peligro para el sujeto en duelo es la vuelta contra sí mismo del odio hacia la persona amada perdida”. (Klein Melanie, 1974).

Cuando el sujeto que se encuentra en la fase de duelo, logra reinstalar dentro de sí a la padres buenos y a la persona recientemente fallecida, y reconstruye su mundo interno el cual estuvo desintegrado y en peligro, puede llegar a vencer la pena que siente y así lograr seguridad y armonía, elaborando de esta manera satisfactoriamente el periodo de duelo.

Es en esta fase en donde también el niño empieza a distinguir entre fantasía y realidad externa. Cuando las circunstancias son favorables los sentimientos de omnipotencia y destrucción por parte del niño van desapareciendo gracias a la reaparición de la madre tras su ausencia, su atención y sus cuidados. “El bebé descubre gradualmente tanto los límites de su odio como de su amor, y a medida que su yo crece y se desarrolla encuentra cada vez más recursos para influir realmente sobre la realidad externa”. (Segal Hanna, 1992)

Según Hanna Segal la posición depresiva nunca se llega a elaborar completamente ya que siempre tenemos ansiedades propias de esta fase relacionadas con la ambivalencia y la culpa y situaciones de pérdida que hacen que reavivan experiencias depresivas. Los objetos que introyectamos como buenos durante la etapa adulta, simbolizan y representan aquel primer objeto bueno y con ellos la ansiedad de perderlo por lo que se reviven ansiedades sentidas originalmente durante la posición depresiva.

Si la posición depresiva no se ha elaborado lo suficiente la capacidad del yo de recuperar internamente los objetos buenos, el desarrollo posterior es mucho menos favorable; ya que el yo se sentirá acosado por la ansiedad constante de perder totalmente las situaciones internas que le son placenteras es decir que son buenas, su relación con la realidad es frágil y hay un temor constante y en ocasiones una verdadera amenaza de hacer una regresión a la psicosis.

CAPÍTULO 4

¿POR QUÉ SE SUICIDAN?

Para Edgardo H. Rolla el suicidio no se debe al instinto de muerte sino a un miedo intenso a vivir.

El suicidio puede ser provocado por una serie de factores, entre los que se encuentra los del ambiente, ya sea familiar o social.

Un factor importante es la pérdida de un ser querido o una crisis económica, dichos eventos pueden ser vividos como pérdidas irreparables.

“Psicoanalíticamente se podría expresar este hecho diciendo que la pérdida de un objeto libidinal muy valioso es una de las motivaciones del suicidio” (M. Abadi, 1973).

De acuerdo a J. Wallace y Alistair para un hombre los factores que pueden ser precipitantes para el suicidio son; problemas de trabajo, desempleo, problemas económicos, alcohol, problemas en casa y problemas sexuales, todos estos problemas son generalmente asociados con intento suicida en los hombres mientras que en las mujeres el factor que actúa como precipitante es la dificultad o problemas en las relaciones interpersonales y problemas psicológicos como una depresión severa, un trastorno ansioso-depresivo y personalidad de tipo borderline.

Así como también son más susceptibles los hombres y mujeres solteros a repetir el intento suicida en diversas ocasiones que aquellas que son casadas. Aquellas personas que utilizan drogas psicotrópicas y alcohol también son más susceptibles a repetir el acto suicida.

Para Ángel Garma el suicidio es visto como un acto de auto sadismo intenso, ya que el yo realiza una acción sumamente agresiva contra sí mismo, de manera tal que logra destruirse.

Para los que padecen melancolía el suicidio es más latente ya que para ellos su muerte es una forma de escapar de una vida que les es desagradable, además de ser una forma de castigarse por sus múltiples culpas.

Otro estado depresivo es el de duelo que ocurre cuando se ha perdido a un ser querido ya sea por muerte o por separación de dicha persona. En éste estado de duelo, puede sufrirse de una distorsión de apreciación de la realidad en la que la vida parece insignificante y carente de sentido por lo que puede haber ideación o intento suicida y en el peor de los casos suicidio consumado.

Así A. Garma propone cuatro factores distintos que se presentan en el periodo de duelo:

- 1.- Disminución del afecto hacia la persona que se fue.
- 2.- Tristeza.
- 3.- Alteración de la realidad.
- 4.- Algunas tendencias agresivas contra el yo (sí mismo). (Esto cuando es extremo, en donde ya se observa psicopatología).

Las relaciones del melancólico son siempre ambivalentes, aún si se encuentran en fases no depresivas, por esta razón existen conflictos que tienen como consecuencia la pérdida del objeto libidinal. Dicha pérdida puede desencadenar una depresión psicógena.

Siguiendo con ésta línea "Toolan, propone una relación entre los intentos de suicidio

y los estados depresivos siendo el común denominador en estas personas, con reacciones depresivas la pérdida de objeto de amor lo cual ocurre generalmente durante el periodo de latencia (entre los 6 y los 12 años) ya que según lo menciona dicho autor es un periodo en que los impulsos sexuales siguen estando latentes pero estáticos". (cit. en J. Wallace y Alistair, 1972)

"Greer y Gunn" en un estudio que realizaron demostraron que una cuarta parte de los pacientes que intentaron suicidarse habían perdido a sus padres durante la niñez, y un número considerable eran sociópatas, ya que provenían de hogares destruidos (cit. en J. Wallace y Alistair, 1972).

Cuando el ambiente, que rodea a una persona con ideas de suicidio, deja de ser desagradable, disminuye la agresión y con ello las ideas de suicidio van desapareciendo.

Para "Bromberg y Shilder" (cit en Abadi, 1973). La muerte tiene diversos significados:

- 1.- Es vista como una forma de huida a una situación intolerable.
- 2.- Lo pueden utilizar como un método para tratar de forzar a alguien más a dar amor, cosa que no hubieran hecho de otra forma.
- 3.- Puede ser vista como un equivalente a la unión sexual.
- 4.- Puede significar la mayor perfección narcisista, en la que la muerte puede otorgar al suicida permanencia inamovible.
- 5.- Así como también es una idea masoquista que sirve para aliviar las culpas que siente la persona suicida.

6.- Todos los instintos libidinales encuentran una expresión profunda en la idea de muerte.

Existen manifestaciones de personas que intentan suicidarse que uno de los principales motivos que los orilló a tomar dicha decisión fue la de estar al lado de un ser querido. Sin embargo si lo vemos en forma estricta tanto el cuerpo del suicida como la de la persona muerte se destruyen de igual forma, sin que estén juntos.

Por otra parte según Abadi (1973), todo acto suicida es un acto psicótico, así como la intencionalidad de un acto es independiente de su toma de conciencia por parte del sujeto.

“Todo paciente con tendencias suicidas es un individuo atemorizado, presa del pánico y poseído por un verdadero delirio de persecución, las más de las veces inconsciente” (cit en M. Abadi, 1973).

Aunque la sintomatología presentada sea en apariencia característica de una depresión, en el fondo es un delirio de persecución por ello, se supone que el suicidio es un acto de escapatoria ante el perseguidor.

Según Abadi, el suicidio desde éste punto de vista puede ser catalogado como un mecanismo de defensa del *yo* el cual trata de escapar de manera mágica de aquello por lo que se siente perseguido o amenazado.

Este autor postula también que el suicidio es una actuación psicótica, como se mencionó anteriormente por 2 razones:

- 1- Por tratarse de ansiedades psicóticas, y
- 2- Por utilizar el *yo* mecanismos de defensa muy regresivos y mágicos, basados en la omnipotencia infantil en la negación de la muerte, y en la disociación del *yo* (en la que

una parte se identifica con el perseguidor y otra es la que trata de escapar, suicidándose para lograrlo.

El suicidio puede ser visto como un acto de magia en donde el fin del suicida no es alcanzar la muerte, sino todo lo contrario seguir viviendo pero lejos de aquello que lo mortifica (persigue), de esta manera “el suicidio es una muerte mágica que no lo mata de veras sino que le permite cierta forma invisible de sobre vivencia” (cit en M. Abadi, 1973).

CAPITULO 5

SUICIDIO INFANTIL:

Como ya se menciona anteriormente el suicidio infantil es poco frecuente pero existe, generalmente dicho acto se observa con más frecuencia después de la pubertad; sin embargo también se pueden observar casos de niños menores de 10 años que han cometido un intento suicida que generalmente es una consecuencia de una dinámica familiar disfuncional, de un estado depresivo intenso por lo que intentan quitarse la vida, se agreden o por lo menos experimentan la ideación suicida.

Es en los años treinta cuando se empieza a estudiar mas a fondo este problema siendo "Schilder en 1934, Bender en 1937"(cit.en Polaino-Lorente 1988), los primeros en hacer estudios acerca de las actitudes infantiles sobre la muerte, "Meninger en 1938 construye tres teorías para tratar de explicar el suicidio, las cuales estaban basadas en el instinto de muerte que expuso Freud, las cuales están en función de que el sujeto desee matar, ser matado o morir"(cit en Polaino-Lorente).

Sin embargo mucho se ha dicho que el niño no sabe el concepto de irreversibilidad de la muerte y a eso atribuyen que el niño no sea capaz de intentar suicidarse ya que para los niños, la muerte es un estado temporal por esta razón algunos "accidentes", como el de tomarse líquidos mortales, pastillas, etc.; se cuentan como muerte accidental y no como suicidio.

Para Spece y Brent el niño a partir de los 7 años ya comprende el concepto de muerte.

De 1984-1988 Pfeffer y sus colaboradores realizan unos estudios con una muestra de niños escolares de 6-12 años, cuyos resultados indican que el 11.9% tenía alguna forma de conducta suicida, de los cuales un 8.9% expresaba tener ideas de suicidio, y un 3% lo había intentado. A los 2 años se les volvió a evaluar encontrando que las ideas de suicidio habían aumentado a 17.9% y las tentativas habían disminuido al 15%.

En España en el año de 1983 según el INE, la tasa de mortalidad por suicidio dentro del grupo de 5-9 años era de 0.06% al año de los 10-14 años aumentaba a un 0.43% al año. Martí en 1984 encontró que en Barcelona había una tasa de 5.8% de suicidios en niños de 10-14 años, no habiendo ninguno en niñas de esa edad.

En Francia en 1982 se computaron 1.4% para niños menores de 15 años y un 0.3% en niñas de la misma edad.

En Australia en 1980 la tasa de suicidio era de 2.3% al año. Las estadísticas de Estados Unidos tienden a clasificar al suicidio en niños menores de 10 años como muerte accidental. Pero según la Oficina Nacional de Estadística, la tasa de suicidio en niños de 10-14 años en 1955 era de 0.04% y para 1975 aumento a 1.2%. En 1960 según una clínica psiquiátrica el 10% de los niños y adolescentes habían manifestado signos de tener intentos suicidas.

En Chile según la revista chilena de pediatría, el suicidio se triplicado en los países occidentales en las tres últimas décadas, ocupando entre la segunda y la tercera causa de muerte entre los adolescentes de entre los 15 y los 19 años de edad.

“En general, los intentos suicidas en la infancia suelen aumentar desde los 12 a 14 años, incrementándose a partir de esta edad”(Carlos Cobo 1992).

Por otro lado se ha visto que el suicidio consumado es más frecuente en varones, mientras que la tentativa es más común en las niñas. Así también se observó que los intentos y las amenazas verbales son más frecuentes entre los niños de 10-14 años.

Shneidman en 1968 propone una clasificación de acuerdo al grado de intensidad del intento suicida que es:

Alto; la persona quiere definitivamente quitarse la vida.

Media; el sujeto está muy ambivalente, no está plenamente consciente del riesgo que corre.

Baja; el individuo no tiene deseo consciente de quitarse la vida, pero quiere asumir ese riesgo.

Ausente; el sujeto no tiene intención de matarse.

En México la tasa de intentos suicidas en la infancia es menos común, sin embargo su verdadera frecuencia no es del todo conocida ya que muchas de las veces un intento suicida es disfrazado o etiquetado como un accidente; esto con el objeto de evitar las críticas y el rechazo social.

5.1 METODOS USADOS:

El procedimiento más usado tanto en niños como en niñas de todas las edades son los fármacos, especialmente la aspirina (tal vez porque es un fármaco al alcance de todos).

En lo que corresponde al ahorcamiento este procedimiento es más utilizado por los niños que pertenecen a un ámbito rural, sin embargo éste método requiere predeterminación y preparación, al igual que el uso de un arma de fuego la cual es mas utilizada en las grandes ciudades, sin embargo ambos métodos evocan imágenes muy violentas que pueden hacer retroceder al niño de su tentativa de suicidio.

Otro método a menudo utilizado por los niños es el de aventarse desde lo alto de un edificio, esto puede ser entendido en cierta forma por el deseo consciente o inconsciente de querer volar, sin embargo este evento por las consecuencias subyacentes al suicidio en sí, como los politraumatismos hace que el sujeto que utilizo éste método y que su intento fue fallido es más difícil que lo olvide debido a la inmovilización por sus múltiples fracturas, así como también se suscitan dudas acerca de si se aventó o se cayó de manera accidental.

“Según el criminalista Gross, la manera más certera de matarse es darse un disparo en el ojo, sin embargo éste método casi no es utilizado, ya que se piensa que la representación de destruirse el ojo molesta muchísimo al suicida”(cit. en Abadi, 1973).

5.2 ¿PORQUÉ SE SUICIDA UN NIÑO?

Según Carlos Cobo (1992) existen factores desencadenantes y factores fundamentales. Para él los factores desencadenantes actúan como traumas psíquicos tomando en cuenta que para algunos una situación dada puede ser traumatizante mientras que para otros no. Los desencadenantes intervienen en la propia personalidad del sujeto. Los factores desencadenantes más comunes en la infancia son los problemas escolares (fracaso escolar, conflictos con sus compañeros y/o maestros. En la adolescencia las decepciones tanto amorosas como amistosas. Y a cualquier edad, problemas en la familia (ya sea entre la pareja parental, entre padres e hijos, maltrato físico, mental, etc.).

Pero aún cuando los problemas psicológicos que pueden llevar a un niño a querer quitarse la vida suelen ser variados y se revisten a su vez de características individuales se puede afirmar que existen dos problemas principales: La depresión y la Impulsividad.

Existen niños que desde pequeños tienden a fantasear con la muerte, otros en cambio observan escenas de muerte en la televisión siendo de mucho impacto para ellos.

Sin embargo también hay niños que pueden llamar la atención o incluso chantajear a sus padres con este gesto suicida. El niño tiende a chantajear a partir de los 7 años. Sin embargo para poder afirmar que se trata de chantaje suicida es necesario que se den algunas condicionantes, entre ellas están que el niño obtenga algún beneficio a su favor con dicho acto, que sus padres se angustian con la amenaza del niño y cedan ante sus peticiones, que exista un mínimo de riesgo posible de muerte y que estas amenazas o tentativas sean repetitivas.

Existen además otros grupos de factores que favorecen el suicidio infantil: los problemas del desarrollo de personalidad y la patología familiar.

Entre los primeros podemos encontrar la depresión, estos niños generalmente tienen muy poca tolerancia a la frustración, son sumisos y tienen pocas amistades o dependen totalmente de ellas, tienen muy poca capacidad de reflexión para resolver sus problemas, tienen baja autoestima, etc.

Según Otto en un estudio que realizó en 1965 con 581 niños y adolescentes suicidas encontró que un 38% de estos niños habían padecido de depresión tres meses antes de intentar el suicidio.

Sin embargo “Despert (1952) afirma que el comportamiento suicida se debía más a la irritabilidad y la impulsividad que a la depresión” (cit en Polaino-Lorente, 1988).

5.3 DEPRESION INFANTIL:

Es Spitz el pionero en este tipo de investigaciones además de introducir el término de depresión anaclítica la cual aparece después de separar a un bebé de su madre y de cualquier sustituto que lo pueda satisfacer en todas sus necesidades, dicha depresión tiene 4 fases o periodos:

a) Periodo reactivo: el cual dura aproximadamente 3 meses y está caracterizado por astenia, irritabilidad, excesiva dependencia del medio, angustia, dificultades alimenticias, alteraciones del sueño y reacciones de oposición.

b) Periodo depresivo: caracterizado por una disminución de la movilidad, pobreza expresiva y gestual, inercia psicomotriz, aislamiento, hostilidad, pérdida de peso, crisis de llanto; en este periodo la salud del niño puede recuperarse si se le restituye a la madre.

c) Periodo de hospitalismo: se presenta después de que han transcurrido 5 meses continuos de privación materna y las características presentes son; pasividad, inercia, aislamiento, hermetismo, retraso psicomotor y u importante déficit intelectual y lingüístico que conforman un cuadro de retraso global de todas sus funciones.

Para Glaser, Cytryn y colaboradores la irritabilidad y la impulsividad pueden considerarse como síntomas somáticos de una depresión enmascarada y de la depresión infantil.

Sin embargo podemos observar que la depresión infantil tiene un largo pasado pero una reciente historia ya que científicamente se empezó a estudiar hacia el año de 1966 “cuando el Group for the Advancement of Psychiatry (GAP) incluye por primera vez este síndrome entre las alteraciones mentales propias de la infancia” (cit. En Rodríguez Jaime, 1998).

Pero debemos tomar en cuenta de que no todas las alteraciones del humor aún en los niños deben ser tomados como una depresión, existen estados de tristeza y sentimientos de culpabilidad que son perfectamente normales, aún en la actualidad algunos autores no terminan de ponerse de acuerdo entre los síntomas y el síndrome depresivo.

Aún en la actualidad las más relevantes clasificaciones como lo son el DSM-III-R el CIE-10 no han incluido la depresión como una alteración propia de la infancia, sino que los integran con ciertos matices precisivos, como la duración en los cuadros análogos que se les dan a los adultos. Se establece que para poder diagnosticar un síndrome depresivo los síntomas deben permanecer por lo menos alrededor de un mes.

Además de la duración de los síntomas debemos tomar en cuenta de si interfiere con el resto de la conducta del niño es decir si su funcionalidad se ve alterada.

Para que un padre pueda saber si su hijo está deprimido debe observar si se presentan los siguientes síntomas que son tomados de la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry:

- * Tristeza persistente, lloriqueo y llanto profuso.
- * Desesperanza
- * Pérdida de interés en sus actividades favoritas; o inhabilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas.
- * Aburrimiento persistente y falta de energía.
- * Aislamiento social, comunicación pobre.
- * Baja autoestima y culpabilidad.
- * Sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso.
- * Aumento en la dificultad de relacionarse, coraje u hostilidad.
- * Dificultad en sus relaciones.
- * Quejas frecuentes de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza, estómago.
- * Ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios.
- * Concentración pobre
- * Cambios notables en los patrones de comer (en exceso o dejar de comer) y de dormir (hipersomnia o insomnio).
- * Hablar de o tratar de escaparse de casa.
- * Pensamientos o expresiones suicidas o comportamiento autodestructivo.

Los padres y los maestros a menudo no se dan cuenta de que un mal comportamiento es un síntoma de depresión porque estos niños no siempre dan la impresión de estar tristes.

Los trastornos depresivos incluyen tres clasificaciones: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.

Dentro de los trastornos depresivos encontramos que pueden ser: Depresión reactiva o neurótica; Depresión endógena y Depresión orgánica.

La *depresión reactiva* o neurótica es la más común y frecuente aparece como reacción a una situación adversa en la vida cotidiana del ser humano tal como la muerte de un familiar, separación de los padres o abandono por parte de uno de ellos. La depresión no necesariamente aparece inmediatamente después de que ocurrió dicho evento, puede presentarse después de unas semanas o meses.

La *depresión endógena*, es una respuesta a algún proceso interno desconocido, este tipo de depresiones no son desencadenadas por ningún suceso externo. Generalmente se presentan por ciclos y pueden ser bipolares o unipolares. La bipolar es conocida como maniaco-depresiva (el individuo pasa alternadamente de un estado neutro, de aquí a un estado maniaco hiperactivo y superficialmente eufórico para volver a un estado neutro). La unipolar se caracteriza por una alternancia entre un estado neutro y un estado regular de desesperación pero sin manía.

La *depresión orgánica*, en dicha depresión están asociadas con lesiones cerebrales o a la acción de ciertos fármacos que actúan como desencadenantes de una depresión.

También se contemplan otros trastornos del ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias y el trastorno de estado de ánimo no especificado.

Dentro del trastorno de depresión mayor, en los niños los síntomas más frecuentes son las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, en comparación con los adolescentes son más frecuentes el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnía y las ideas delirantes, así como también en los niños todos estos síntomas pueden presentarse junto con otras alteraciones tales como problemas conductuales, déficit de atención y ansiedad, mientras que en los adolescentes suelen presentarse los trastornos disociales, relacionados con abuso de sustancias y alteraciones de la conducta alimentaria.

5.4 CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN INFANTIL

5.4.1 *Criterios clínicos:*

Para poder establecer el diagnóstico de depresión como ya se había mencionado anteriormente se requiere de la presencia de ciertos síntomas (el tiempo varía de acuerdo a algunos autores), se dice que como mínimo se deben presentar por dos semanas, humos irritable o disfórico y/o anhedonia, más al menos cuatro de los siguientes síntomas: alteración del apetito, trastornos del sueño, axaltación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar e ideación mórbida o suicida.

Para hacer el diagnóstico en el niño se exigen la presencia de un estado de ánimo deprimido o irritabilidad persistente y al menos dos síntomas de los siguientes: alteraciones del apetito, aumento de la autoestima, falta de concentración, dificultad para la toma de decisiones y sentimientos de desesperanza.

Sin embargo el diagnóstico de la depresión infantil se vuelve mucho más compleja debido a que: la expresividad de la sintomatología se ve afectada por la época de desarrollo en que se encuentre el niño; si el niño aún no ha alcanzado el nivel de desarrollo para que pueda expresar verbalmente, el diagnóstico debe basarse solamente en la comunicación no verbal, expresión postural, facies, tono de la voz, nivel de actividad, etc.; en el niño la depresión suele ser acompañada de trastornos del comportamiento, lo cual hace más difícil su diagnóstico, generalmente el motivo de consulta de un niño no es la depresión, ya que los niños no se quejan de ella es muy difícil que un niño por sí solo diga que está deprimido, y los padres ignoran que detrás de un mal comportamiento o de un fracaso escolar se oculta una depresión infantil.

5.4.2 *Criterios biológicos:*

Suelen distinguirse dos tipos de marcadores biológicos los denominados de estado que solo se presentan durante el estado depresivo, y los de rasgo, que persisten aún sin estar presente un cuadro depresivo.

Las primeras investigaciones de los neurotransmisores como marcadores de estado se deben a "Cytrin y cols. Los autores señalaron un descenso del nivel 3-metoxi-4 hidroxifenil-glicol (MHPG), metabolito urinario de la noreprifenina (NE), durante el episodio depresivo, en niños cuyas edades oscilaban entre los 6 y 12 años" (cit en Jaime Rodríguez, 1998).

5.4.3 *Criterios psicológicos:*

Las primeras escalas cuyo fin era el de detectar la depresión infantil se remontan hacia los años 70, concretamente en 1977 con la publicación del "Children's Depresión Inventory", y el "Personality Inventory for Children Depresión Scale".

Los cuales se tratan de cuestionarios o listados de sintomatología, de rápida aplicación, que puede ser auto o hetero aplicado, los cuales valoran la sintomatología depresiva pero no la depresión infantil.

Para completar la información que el niño pueda aportar es aconsejable disponer de escalas heteroaplicadas para padres, maestros y compañeros que son las personas con las cuales convive diariamente el menor. En España se disponen de dos de estas escalas "Escala de Sintomatología Depresiva para Maestros", (ESDM) y "Escala de Sintomatología Depresiva para Padres", (ESDP).

Pero además de la depresión “Ackerly en un estudio que realizó en 1967 encontró en los niños que intentaron el suicidio (un disturbio emocional que él califico como un estado borderline o psicótico)” (cit en Polaino-Lorente, 1988).

“Así podemos ver que la depresión ocupa el primer lugar como un factor de riesgo, le sigue así la desesperanza, los sentimientos de inferioridad, el deseo de morir, la existencia de una depresión en la madre, la presencia de depresión y conducta suicida en los padres y la preocupación por la muerte, así como la idea de que ésta es placentera y transitoria”(A. Polaino-Lorente 1988).

En una investigación que realizó Pfeffer en 1980, en el cual comparo a un grupo de niños de entre 9 y 10 años, los cuales habían intentado actos suicidas con otro grupo que no eran suicidas, encontró 3 factores que distinguían a los suicidas de los no suicidas los cuales son: incremento en la actividad psicomotora, preocupación por la muerte, y una ideación suicida en los padres.

Dentro de la patología familiar, podemos encontrar a niños suicidas que provienen de un hogar desintegrado ya sea por divorcio, falta de uno de los padres, ausencia de vínculos y de conducta infantilizada; así como una dificultad para identificarse, o la excesiva identificación con sus padres suicidas.

La identificación con una madre depresiva es un factor de riesgo para que el niño aprenda el estilo de vida que lleva su madre así como suscitar el intento suicida tanto en ella como en su hijo identificado con ella.

Otro factor de gran importancia como ya se menciono anteriormente es el de un intento de suicidio por parte de alguno de los padres y en especial de la madre. Parece ser que aquí se puede dar el fenómeno de la imitación del comportamiento de uno de los progenitores.

“Los antecedentes de conducta suicida en los progenitores pueden influir por otra parte, en el futuro comportamiento suicida infantil, no solo a través de la imitación y de aprendizaje, sino también por las consecuencias negativas que se derivan de la patología de los padres”(A. Polaino 1988).

Según Green 1978 y Orbach 1981 los niños que habían intentado el suicidio provenían de un hogar en el que sus madres manifestaban públicamente su deseo de morir y de suicidarse, con frases tales como: desearía morir en este momento, es mejor si no hubiéramos nacido ni tú ni yo (refiriéndose a su hijo). Frases que disminuyen la autoestima del niño, así como también los sentimientos de culpa.

De acuerdo con esto “Sabbath (1969)” formula una hipótesis para señalar los deseos inconscientes de los padres de morir a cuyos niños los llamo “niño oneroso”, acciones que el niño interpreta como una forma de deshacerse de él, lo cual incrementa su deseo de quitarse la vida. (cit en Polaino-Lorente, 1988)

Siguiendo esta línea “Aleksandrowicz, (1965)” describe otro tipo de niño que es el “extranjero biológico” para señalar aquellos en los cuales no se puede identificar nunca el hijo con la madre y hay total ausencia de comunicación. (cit en Polaino-Lorente,1988)

También se han dado casos en los cuales ocurren los suicidios simultáneos, primero se suicida algún familiar y posteriormente lo hace el niño.

Según los informes de “Resnik en 1980”, se pudo comprobar que el 6% de los 62 casos de intento de suicidio que se habían atendido en un servicio de urgencias, tenían antecedentes de algún familiar o amigos suicidas.(cit en Polaino-Lorente, 1988)

“Roounsaville en 1980” describe como el método del “modelo” y el del “imitador” eran casi idénticos, tanto en el método utilizado como en las circunstancias; hecho que tal vez favorezca la imitación de suicidio.(cit en Polaino-Lorente, 1988)

Así podemos ver que la imitación del acto suicida puede tomar diversos caminos, en algunos casos el niño se identifica plenamente con el padre suicida que lo imita exactamente igual, otras veces el niño puede pensar que ése también será su destino y que acabará como él, de esta forma se “resigna” a aceptarlo.

Puede suceder también como consecuencia de esa identificación con el padre suicida, a formularse ideas suicidas el propio niño.

En estos casos el periodo más crítico sucede al año que se suicido su padre o su madre. Y por último pueden aparecer las situaciones patológicas derivadas del acto suicida de su progenitor como las fobias a los objetos o situaciones que están vinculadas con el suicidio del padre / madre.

Orbach en 1981 hace un análisis de las fantasías más comunes de los niños con respecto a la muerte encontrando 4 características comunes las cuales son: 1) la fantasía de que la muerte es una forma de seguir viviendo pero de manera más satisfactoria sin problemas de ninguna índole; 2) sentimiento de satisfacción personal como el de querer volver a ver a un ser querido que ha muerto; 3) la forma más fácil de escapar de aquello que le está haciendo “daño” en ese momento y 4) estas fantasías no aparecen aisladas todas forman un conglomerado de rasgos de personalidad del niño, así como su forma de pensar y su estilo de vida.

Para Nagy algunas de estas fantasías suelen aparecer en los sueños ya sea como pesadillas o sueños placenteros.

Para algunos autores los factores más importantes que desencadenan una conducta suicida puede ser la falta de afecto entre padres e hijos, así como una agresividad por parte de éstos, los deseos de escapar de sus sentimientos de culpa y de castigos impuestos por los padres.

Para otros autores también está el hecho de querer reunirse con un ser querido ya fallecido,

De acuerdo a Polaino-Lorente se pueden diferenciar cinco categorías de conductas suicidas:

- * Conducta no suicida; en la cual no hay siquiera pensamientos o ideas de suicidio.
- * Intención suicida; existen solamente ideas o intenciones suicidas.
- * Amenaza suicida; el sujeto verbaliza sus intenciones de querer suicidarse.
- * Tentativas suicidas moderadas; intento por autodestruirse sin que estos actos pongan en peligro la vida y por lo tanto no es necesario la intervención médica.
- * Tentativas suicidas graves; la persona que intenta suicidarse logra poner en peligro su vida, por lo que es necesario la intervención médica inmediata.

5.5 IMPULSIVIDAD INFANTIL:

Otro factor que interviene en un intento suicida es la impulsividad.

Ya que según un estudio que se realizó de 1994 a enero de 1995 (en el hospital psiquiátrico de España), en donde se estudiaron a 27 sujetos con intento suicida contra un grupo de 17 pacientes psiquiátricos, categorizados por edad y sexo; para obtener los datos demográficos y los diagnósticos psiquiátricos se utilizó una entrevista clínica y; la escala de Intento suicida de Beck (EIS), la escala de impulsividad de Plutchick (EI) y el Inventario de Depresión de Beck (IDB). Además de que se formaron dos subgrupos; en el primero estaban aquellos que realizaron un intento suicida impulsivo y en el segundo; los que realizaron uno no impulsivo, basándose en los apartados 6 y 15 de la EIS.

Los resultados sugieren que no hay diferencias significativas con respecto a la edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y diagnóstico; pero sí hubo diferencias significativas entre los subgrupos de intento suicida impulsivo y no impulsivo. Dichos datos revelan que la impulsividad se puede tomar como un estilo de vida y que además dicho rasgo se asocia más al estado de ánimo depresivo en los casos en los que el intento suicida fue impulsivo.

Por lo que se debe estar atento y saber distinguir cuando un niño es impulsivo o simplemente es "travieso", o que no acepta límites, tiene rabietas, hace berrinches, no se deja vestir, todos estos síntomas que son comunes y normales a la edad de 5 años, aunque dichas etapa de oposicionismo, comienza a los 2 años de acuerdo con la psicóloga Diana Liniado.

Los síntomas más comunes de la impulsividad, es que no tienen presentes las consecuencias de sus actos, son incapaces de aplazar la gratificación de sus necesidades, no puede planear sus tareas y frecuentemente las presentan de forma desordenada, sucia y descuidada, tienen cambios frecuentes de una actividad sin terminar a otra, suelen

sufrir más accidentes que los demás niños, son incapaces de esperar su turno y no siguen las reglas de un juego.

Por lo que difícilmente serán aceptados por sus compañeros, lo que provocará que el niño se sienta agredido y rechazado, lo que desencadenará una baja autoestima del niño.

Hasta el momento se estima que un 3-5% de la población infantil padece el trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, caracterizado por sufrir inatención, hiperactividad e impulsividad, además de ser los niños más propensos a sufrirla que las niñas.

Sin embargo algunos niños expresan en actos sus sentimientos, cuando por alguna razón no lo pueden hacer con palabras; así se producen los gestos suicidas, los cuales sin embargo no deben ser subestimados ya que de cualquier manera esta poniendo en peligro su vida, dicho gesto debe ser tomado como una solicitud de ayuda o una señal de desesperación.

La tendencia a comportarse impulsivamente ante las frustraciones, los enojos son determinantes que influyen en la conducta agresiva del niño la cual puede ser exteriorizada hacia los demás o hacia sí mismo.

Recientemente se realizó una investigación en un hospital pediátrico (de la ciudad de México) después de un intento suicida, en el cual los diagnósticos psiquiátricos se integraron en tres grupos, de los cuales el de mayor frecuencia fue el de deprimidos, seguido por el de impulsivos y finalmente los que presentaban un cuadro mixto de depresión e impulsividad.

Los niños que cursan con un cuadro de un trastorno por déficit de atención suelen ser muy impulsivos sin embargo el trastorno a menudo no es tomado en cuenta ya que no se le toma la debida importancia a menos de que el trastorno interfiera con las actividades diarias del niño además de que es difícil diagnosticarlo desde la primera

consulta con un especialista (psicólogo, psiquiatra, pediatra, etc.); ya que los síntomas que se presentan pueden ser confundidos con las conductas “normales” que presenta un niño de la edad.

Los cuales son: estar inquieto, dificultad para permanecer sentado, ser fácilmente distraído, dificultad con esperar su turno, responder abruptamente, dificultad con seguir instrucciones, dificultad con prestar atención por cualquier periodo de tiempo, dificultad con terminar las cosas, dificultad con jugar tranquilamente, conversar demasiado, interrumpir o entrometerse en los asuntos de los demás, dificultad con escuchar a otros, perder cosas necesarias para las tareas, participar en actividades peligrosas, auto estima baja, cambios rápidos del estado de ánimo, baja tolerancia a la frustración, explosiones de genio, menos logro escolar, problemas perceptivo motores, problemas con congeniar con otros o problemas con hacer o mantener amigos, grados inapropiados de impulsividad e hiperactividad.

CAPITULO 6

CONCLUSIONES Y DISCUSIONES:

A pesar de que la literatura que existe acerca del suicidio infantil aún es muy escasa esto no quiere decir que no ocurra, si no muy por el contrario, cada vez se sabe más de niños que han tenido algún intento suicida, y lo que es peor cada vez más se trata de niños de muy corta edad, anteriormente se trataba de adolescentes con algún tipo de problema, ya sea de índole sentimental, que esté relacionado con el consumo de algún tipo de droga, o simplemente porque para él es la única salida del problema que lo está afectando. Según las estadísticas que reporta el INEGI son los adolescentes los más propensos a cometer dicho acto. Sin embargo ahora nos damos cuenta de que niños en edad escolar han tratado de quitarse la vida. Y esto ocurre cada vez con más frecuencia, aunque la sociedad lo trate de ocultar disfrazándolo como un simple accidente.

Debemos poner especial énfasis en el desarrollo de los niños e irles explicando desde pequeños el concepto de muerte ya que es de vital importancia que se empiecen a familiarizar con el tema desde pequeños y no tomar el tema como un tabú o algo que esta prohibido saber por los niños. Sino muy por el contrario se les debe explicar desde pequeños que es la muerte y todas sus características. Según la literatura un niño adquiere el concepto de muerte entre los 5 y los 7 años, entendiendo que la muerte es irreversible a partir de dicha edad.

El hablar con los niños y adolescentes del suicidio es importante, a manera de que el niño o adolescente sienta la confianza para expresar sus sentimientos, acerca del suicidio si pensaba hacerlo es muy probable que después de hablar acerca del tema elija no hacerlo.

Y más aún cuando de pequeños se sufre de la pérdida de algún miembro de la familia, ya sea cercano o no, o bien así se trate de la muerte de la mascota del niño o de la familia.

Ya que con la pérdida de alguien querido para el niño o la familia, pueden desencadenarse una serie de reacciones que pueden ser perjudiciales para él. Tal como una depresión de cualquiera de los padres (más si la pérdida fue de alguno de los abuelos), y esto a su vez, puede desencadenar una posible depresión en el niño.

Por lo que se debe de estar atentos a cualquier síntoma que el niño pueda mostrar que sea indicativo de una depresión. Sin embargo hay que tomar en cuenta de que una manifestación de tristeza no necesariamente es una depresión, recordemos que para que sea considerada como depresión se deben presentar una serie de síntomas por un periodo considerable de tiempo (al menos por dos semanas consecutivas).

Sin embargo la duda se sigue presentando ¿por qué se suicidaría un niño?; como ya lo mencionamos anteriormente una posible causa es la depresión aunque resulte difícil de creer un niño pequeño puede padecer una depresión, y lo que es más, un niño con problemas de conducta éstos pueden ser un síntoma de depresión, ya que los niños muy difícilmente dirán con palabras lo que sienten y más aún cuando en la familia la educación que se sigue es muy estricta y no se está permitido hablar de los sentimientos de cada miembro y menos aún cuando se trata de un hombre ya que aún nos encontramos en una sociedad en donde el hablar de los sentimientos de un hombre es tomado como signo de debilidad o peor aún, de falta de virilidad.

Por lo que un niño debe encontrar una forma de expresar lo que le esta sucediendo para llamar la atención; y una de estas formas es tener problemas de conducta, y si se encuentra en edad escolar esto necesariamente desencadenara en problemas escolares. Por lo que esto puede resultar contraproducente, ya que una posible consecuencia de dichos problemas escolares será el enojo de los padres y una reprimenda, que puede ser desde un castigo, hasta los golpes, de acuerdo con la forma de

disciplinar de cada familia. Por lo que esto desencadenara una reacción en el niño, tal como una tristeza que puede ser pasajera o un periodo prolongado de desesperanza, llanto o agresividad que puede ser dirigida hacia el exterior en forma de berrinches, peleas con los hermanos, compañeros o hasta con los padres, o bien tal agresividad puede ser dirigida hacia el interior, que es aún más grave, ya que puede ser en forma de aislamiento de todo y de todos, estar siempre de mal humor, y llegar hasta desear morirse, tener ideas o intentos suicidas, e incluso puede llegar a lograr cometer el suicidio.

Otro factor que puede ser desencadenante de un intento suicida es el maltrato infantil en cualquiera de sus formas ya sea, abuso físico, sexual, emocional, negligencia física y negligencia emocional. Ya que un trauma de esta naturaleza sufrido durante la niñez puede llegar a tener consecuencias fatales tales como un suicidio, y más aún si dicho trauma no es atendido con la debida seriedad, pero nuevamente nos volvemos a enfrentar con el tabú que se tiene para poder hablar de dicho tema, ya que por miedo a ser reprendido, ya que un menor que sufre de maltrato siempre va a estar amenazado de sufrir alguna reprimenda, o de que si habla nadie le va a creer, por lo que un niño por lo general nunca hablará abiertamente del tema. Por lo que se debe tener una comunicación lo más abierta posible con los niños y de acuerdo a la edad de ellos; para que estos abusos dejen de presentarse o por lo menos se presenten con menos frecuencia. No en vano se han realizado numerosas investigaciones sobre las consecuencias que tiene, el sufrir de maltrato infantil.

De la misma manera podemos ver que cuando existe en la familia antecedentes de suicidio o intento suicida, esto posiblemente repercuta en el niño, de la misma manera y, más aún si el acto lo cometió la madre, si no culmino en suicidio consumado, el proceso será mas prolongado para superarse, y traerá consecuencias en la familia tales como una posible desintegración, separación o divorcio, por lo que el niño puede llegar a sentir una enorme soledad, desesperanza e incluso culpabilidad, por lo que puede llegar a imitar a la madre en su intento suicida, y más aún cuando, la madre aún está atravesando por un periodo depresivo en donde aún habla de su deseo de morir, y lo

hace en presencia del niño. Por lo que para el niño que crece escuchando estas ideas será natural y hasta placentero el intentar quitarse la vida ellos mismos.

Sin embargo un intento suicida por parte de un niño puede ser un chantaje para lograr obtener de esta manera lo que ellos desean, ya que saben que con una acción de esta naturaleza, los padres accederán a sus peticiones (ya sean materiales o simplemente tener más atención y posiblemente cariño).

Esto se puede observar mas comúnmente entre las familias que están atravesando por una crisis, tal como un divorcio, ya que el niño puede sentirse abandonado y quizás hasta culpable de dicha separación, por lo que intentará de alguna forma mantener unida a su familia.

La impulsividad es otro factor que favorece el intento suicida, ya que un niño que padece de impulsividad difícilmente analizará las consecuencias de sus actos sino que mas bien actúan sin detenerse a pensar en lo que pasará después de cometer tal o cual acto.

El padecer de algún trastorno psiquiátrico, incrementa las posibilidades de cometer un acto suicida, ya que son personas que no pueden hacer un uso adecuado de razonamiento por lo que no logran establecer una relación adecuada de causa efecto, por lo que no saben que si cometen un acto tal como lastimarse con un arma punzo cortante pueden llegar a morir. O bien si padecen de algún tipo de psicosis pueden cometer un suicidio en un periodo de alucinaciones y no estar plenamente concientes de sus actos.

El tratamiento para los pacientes con algún intento suicida debe ser multi e interdisciplinario ya que primeramente debe ponerse a salvo la vida de la persona que atento contra su vida, una vez que está fuera de peligro es conveniente la presencia del psicólogo, para detectar las causas que obligaron a la persona a cometer dicho acto. Si ya se identificaron estas causas debemos hacer un plan de trabajo a corto, mediano y largo plazo.

Si el problema que orilló al niño a cometer un acto suicida es la desintegración familiar lo prudente será someter a la familia a una terapia psicoanalítica. Sin embargo si el problema es una depresión lo conveniente será establecer las causas de esa depresión y tratar de disminuirlas, para poder controlar dicha depresión, si esto no puede ser logrado únicamente mediante tratamiento psicológico, será prudente realizar una interconsulta con un psiquiatra para que sea medicado, y poder trabajar conjuntamente.

Si el problema es de impulsividad lo más conveniente sería un tratamiento de carácter cognitivo-conductual, conjuntamente con el apoyo del psiquiatra para la medicación, y disminución de las conductas impulsivas.

Ahora bien, es cierto que el niño será el más importante en el tratamiento, sin embargo la familia también será víctima de un suceso de esta naturaleza. Por lo que será conveniente someter a la familia a tratamiento psicológico para poder enfrentar y superar de la mejor manera posible dicho evento.

Sin embargo debemos estar conscientes que puede darse, el abandono del tratamiento ya sea, por que piensen que el problema ya está superado o simplemente que piensen que la terapia no sirve "para nada", que es una pérdida de tiempo y dinero, por lo que hay que tener en cuenta las necesidades, tanto económicas como psicológicas, ya que no todas las personas reaccionan adecuadamente a la misma terapia.

6.1 CUADRO SINOPTICO DE INDICADORES DE SUICIDIO INFANTIL

A continuación se propone un cuadro que muestra las conductas que pueden ser observables en los suicidas, dichas conductas se recabaron de algunos autores que se mencionan en la Bibliografía de la presente Tesis.

| <i>INDICADORES DE SUICIDIO INFANTIL</i> | <i>CONDUCTAS OBSERVABLES EN LOS SUICIDAS</i> |
|--|--|
| Maltrato Infantil (ya sea, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física). | Conductas de temor hacia el agresor, expresión de tristeza, aislamiento, rechazo hacia el agresor, expresiones de enfado hacia el agresor. |
| Depresión | Tristeza, llanto fácil, poca capacidad de reflexión para resolver sus problemas, pérdida de placer e interés en las cosas que antes le gustaban, pérdida de energía, lentitud y agitación, trastornos del sueño, Síntomas corporales (jaquecas, náuseas, varios dolores) Baja autoestima, irritabilidad, poca tolerancia a la Frustración, son sumisos, tienen pocas amistades o Dependen totalmente de ellas, Ideas o pensamientos suicidas, (todos estos síntomas Deben estar presentes por mas de 3 semanas). |
| Impulsividad | El niño o adolescente realiza actos sin pensar en las consecuencias que desencadenará con dicho acto. Con frecuencia pueden presentarse chantajes por parte del niño (esto siempre y cuando obtenga algo a su favor Ya sea algo material o simplemente atención, cariño, o ambas). |
| Antecedentes de suicidio o intento suicida en la familia. | Si existe en la familia antecedentes de suicidio principalmente de la madre es más probable que el menor intente imitar dicho acto (ya que con frecuencia la madre expresa sus ideas de muerte frente al niño Favoreciendo que el niño vea el suicidio como algo normal). |
| Ansiedad | El menor presenta signos de ansiedad, desesperación, Agitación, inquietud, alteración del estado de ánimo, angustia sin razón o causa aparente. |
| Violencia Intra familiar | La violencia intra familiar desencadenará efectos negativos en los menores tales como, inseguridad en sí mismos, tal vez una depresión, ansiedad, y Violencia contra ellos mismos o contra los demás. |
| Fracaso escolar | Conflictos con sus compañeros y/o maestros, bajo rendimiento escolar, calificaciones bajas. |

| | |
|---------------------|--|
| Duelo | Disminución del afecto hacia la persona que se fue, culpabilidad, aislamiento o supresión, preocupación con la muerte, ira u hostilidad. |
| Pérdidas Frecuentes | Retiro del afecto hacia la persona que se fue (que el niño interpreta como un abandono, ya sea por separación de los padres, el abandono de uno de ellos, o inconstancia de los afectos de la madre hacia el menor). |
| Abuso de Sustancias | Cambios bruscos del estado de ánimo, pupilas dilatadas, irritabilidad, conducta antisocial, insomnio, pérdida del apetito, trastornos por déficit de atención con hiperactividad y trastornos de ansiedad. De igual forma se ha observado que los síntomas afectivos predominan en las mujeres, mientras que las conductas antisociales predominan en los varones. |

6.2 CUADRO SINOPTICO DE DISTINTOS ENFOQUES TERAPÉUTICOS

Una vez que analizamos los indicadores y las conductas observables en el niño con intento suicida, procedamos a analizar los diferentes enfoques terapéuticos que se emplean para el tratamiento de dichos pacientes.

El empleo de cada uno de estos enfoques dependerá del terapeuta tratante.

| ENFOQUE TERAPEUTICO | OBJETIVOS |
|------------------------------|---|
| ANALISIS CONDUCTUAL | Manejar la conducta publica en oposición a los informes orales, examinar los reforzadores que mantienen la conducta, valorar los rasgos de la personalidad generales, analizar la situación real que existe en la vida del paciente, etc. |
| Terapis Gestalt | Nos referimos a Gestalt como la unidad definitiva de experiencias. El propósito de restaurar las partes perdidas de la personalidad, el terapeuta se dedica con el cliente al proceso de recuperar sensaciones y conductas que el cliente ha desechado y que ahora considera que no le pertenecen, hasta que empieza y continúa por su propia cuenta a afirmarse, de igual forma se ocupa de los límites del ego, del "yo" y del "no yo". |
| Terapia Sistémica | Se trata de englobar a la persona como un ente que forma parte de un sistema que tiene diversos componentes, tal como la familia, pertenecientes a un grupo social, por lo que se trata de rehabilitar al paciente en todas las esferas en las que se desenvuelve. |
| Psicoanálisis | Durante el proceso de psicoterapia el psicólogo trata de descubrir el dinamismo del inconsciente del sujeto; esto implica un análisis largo y minucioso de la vida del individuo, desde su infancia. |
| Terapia Cognitivo-Conductual | Las primeras técnicas cognitivas eran en muchos sentidos "terapias de insight", ya que empleaba en gran medida técnicas introspectivas para modificar la personalidad manifiesta del paciente. Los terapeutas cognitivos trabajan en el nivel de la |

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <p>introspectivas para modificar la personalidad manifiesta del paciente. Los terapeutas cognitivos trabajan en el nivel de la estructura sintomática (problemas manifiestos) y en el nivel de los esquemas subyacentes (estructuras inferidas). La terapia cognitiva postula que hay importantes estructuras cognitivas organizadas jerárquicamente en categorías. Una amplia gama de las dificultades de un paciente pueden categorizarse bajo una clase, y ser influidas por los cambios de un único esquema o de varios.</p> |
| <p>Tratamiento Farmacológico</p> | <p>Método usado por los psiquiatras, recetando medicamentos para remitir los síntomas patológicos que esté reportando el paciente.</p> |
| <p>Terapia Humanista-Existencial</p> | <p>El foco de atención se centra en la persona, no en el problema. Su finalidad no consiste en resolver un problema concreto, sino en ayudar al individuo a crecer para que pueda enfrentarse con el problema actual y con los que surjan posteriormente de una manera más coherente. Si puede lograr una estabilidad personal como para enfrentarse con un problema con mayor independencia y responsabilidad de una manera menos confusa y más organizada, también será capaz de hacerlo con otros de la misma manera.</p> |

BIBLIOGRAFIA

- 1- Abadi M.; Garma A.; Garma E.; Gazzano J. A.; Rolla E.H. y Yampey N. (1973). "La fascinación de la muerte. Panorama, dinamismo y prevención del suicidio". Editorial Paidós, Buenos Aires, Pp.20, 38, 40-45
- 2- Arfouilloux Jean-Clude (1995). "Niños tristes. La Depresión Infantil". Fondo de Cultura Económica, México. Caps. 1, 2 y 3.
- 3- Aubrey J. Yates. (1977). "Teoría y práctica de la terapia conductual". Editorial Trillas, México, Pp. 51-75.
- 4- Bagley Christopher; Young Loretta (1998). "Long-Term Evaluation of Group for Women with a History of Child Sexual Abuse: Focus on Depression, Self-Esteem, Suicidal Behaviors and Social Support". Social Work with Groups". Abstract of Journal Article. Estados Unidos. Vol.21 Pp.63-73.
- 5- Beck Aarón T. (1992). "Terapia Cognitiva de los trastornos de personalidad". Ediciones Paidós, Barcelona. Pp. 28 y 29.
- 6- Cobo Carlos (1992). "La depresión infantil (Del nacimiento a la adolescencia)". Ediciones Tema de Hoy. México.
- 7- Cotton C.; Randy Range; Lillian M. (1993). "Suicidality, Hopelessness, and Attitudes toward life and Death in Children". Death Studies. Estados Unidos. Abstract Journal Article. Pp. 185-191.

- 8- Craig Grace J. (1994). "Desarrollo Psicológico". Editorial Prentice Hall. México. Cap.11 y Pp.271.
- 9- Durkheim Emilio (1971). "El suicidio". Shapire Editor. Buenos Aires. Cap.1
- 10- Diario Médico. (1999). La falta de atención ligada a la hiperactividad e impulsividad afecta a un 5% de la población infantil. [<http://www.diariomedico.com/pediatra/n211100bis.html>]. Palabras Clave; Impulsividad Infantil.
- 11- Dyer Wayne W. (1998). La Depresión. [<http://www.ciudadfutura.com/psicoarticulos.htm>]. Palabras Clave; Depresión Infantil.
- 12- Dyer Wayne W. (2000). Depresión y Suicidio Infantil. [<http://www.ciudadfutura.com/psicoarticulos.htm>]. Palabras Clave; Suicidio Infantil.
- 13- Egaleña. (2000). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. [http://www.ntEnd.coloquios.tractarColoquio/padres/padresconferencias_reportaje.htm]. Palabras Clave; Depresión Infantil.
- 14- Farberow L. Norman; Shneidman S; Edwin (1980). "Necesito Ayuda". La Prensa Médica Mexicana. México; Caps. 13-16.
- 15- Fritz Perls. (1987). "Terapia Gestalt (Una interpretación de Patricia Baumgardner)". Editorial Concepto, S.A. México.
- 16- Garnefski Nadia; Arends Ellen (1998). "Sexual Abuse and Adolescent Maladjustment: Differences between Male and Females Victims". Journal of Adolescence. Abstract of Journal Article. United Kingdom. Vol.21 Pp. 99-107.

17- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de Suicidio y suicidios. Cuaderno Núm.1 México D.F. INEGI, 1995.

18- Instituto Europeo de Medicina Virtual, S.L. (2000). Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. [<http://www.hospital/24h.org/?id=pinfhip#sintomas.htm>]. Palabras Clave; Impulsividad Infantil.

19- J. De Ajuriaguerra, D. Marcelli (1984). "Manual de Psicopatología del niño". Editorial Masson, Barcelona. Pp.187 y 188.

20- Jiménez G.A.; Senties CH.; Ortega SHA. (1997). Asociación entre impulsividad y depresión en pacientes hospitalizados por intento suicida. [<http://www.imbiomed.com.mx/SaludMen/Meu20n1/español/Wne71-6.html>]. Palabras Clave; Impulsividad Infantil.

21- Juon Hee-Soon; Ensminger Margaret E. (1997) "Childhood, Adolescent, and Adult Predictors of Suicidal Behaviors: A Prospective Study of African American's". Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. Abstract of Journal Article. United Kingdom. Vol.38 Pp. 553-563.

22- Klein Melanie (1974). "Psicoanálisis de las Perturbaciones Psicológicas". Ediciones Horme. Buenos Aires.

23- Kurt Ludewing. (1996). "Terapia Sistémica, bases de teoría y práctica clínicas". Editorial Herder. Barcelona.

24- Lara Tapia H.(1975). "El suicidio en México". UNAM. México; Pp.280.

25-Livingston Richard; Lawson Louanne (1993). "Predictors of self-reported pscopathology in children abused repeatedly by a parent". Journal of the American

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Abstract of Journal. Estados Unidos. Vol.32. Pp.948.

26-Maker Azmaira Hamid, Kemmelmeier Markus. (1998). "Long-term psychological consequences in women of witnessing parental physical conflict and... Journal of Interpersonal Violence. EE.UU. Vol.13 Pp.574.

27- Marsellach Umbert Gloria. (2000). Y algo mas sobre la hiperactividad. [<http://www.ciudadfutura.com/psicoarticulos/hiperactividad2.htm>].

Palabras Clave. Impulsividad Infantil.

28- Meninger Karl. (1972). "El hombre contra sí mismo". Ediciones Peninsula. Barcelona. Cap.1

29- Morón Pierre. (1992). "Que sé el Suicidio". Editorial Cruz O. México.

30- Noah. (2000). Signos de advertencia del suicidio. [<http://www.noah-health.org>].
Palabras Clave; Suicidio Infantil.

31- Noah (2000). Abuso de Sustancias. [<http://www.noah-health.org/Spanish/illness/mentalhealth/cornell/conditions/spattndef.htm>]. Palabras Clave; Impulsividad Infantil.

32- Peters Debra k.; range Lillian M. (1995). "Childhood Sexual Abuse and Current Suicidality in College Women and Men". Child Abuse and Neglect. Abstract of Journal Article. Vol.19 Pp. 335-341.

33- Perls Fritz. (1987). "Terapia Gestalt. Una interpretación de Patricia Baumgardner". Editorial Concepto, S.A., México. Pp. 57 y 58.

34-Pfeffer C. (1986). "The Suicidal Child". Academy Press. New York; Cap.4.

- 35- Polaino-Lorente. Con la colaboración de: Doménech Llaberia E.; García Villamizar A.; Ezpeleta Ascaso L. (1998). "Las Depresiones Infantiles". Editorial Morata.
- 36- Psico Banners. (2000). Duelo Infantil. [<http://www.infonova.cl/psico/articulos/duelo.htm>]. Palabras Clave; Depresión Infantil.
- 37-Rodríguez Sacristán Jaime. (1998). "Psicopatología del niño y del adolescente". Publicaciones de la Universidad de Manuales Universitarios. Universidad de Sevilla. Caps.30, 31 y 32.
- 38- Rodríguez Sala María Luisa (1963). "El suicidio en México". Dir.General de Publicaciones. UNAM. México; Pp.80-84.
- 39- Rogers Carl. (1984). "Orientación Psicológica y Psicoterapia (fundamentos de un enfoque centrado en la persona)". Ediciones Narcea, S.A. Madrid. Pp. 38 y 39.
- 40-Sarro Blanca, De la Cruz Cristina (1991) "Los suicidios". Martínez Roca Editorial.
- 41- Saucedo García Juan Manuel (1999). "El intento de suicidio en menores de edad". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol.27 Num.2 México Pp.85-87.
- 42-Segal Hanna (1992). "Introducción a la obra de Melanie Klein". Editorial Paidós. México-Buenos Aires-Barcelona.
- 43- Special Friends of Children Fund.(1999). Los niños y la pena por la muerte de un ser querido. [<http://www.aacap.org>]. Palabras clave; Suicidio Infantil.

44-Special Friends of Children Fund. (1998). El niño deprimido. American of Child and Adolescent Psychiatry, Num.4. [<http://www.aacap.org>]. Palabras Clave; Depresión Infantil.

45-Special Friends of Children Fund. (1998). El niño ante la muerte. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Num.8. [<http://www.aacap.org>]. Palabras Clave; Depresión Infantil.

46- Stanger Catherine; Achenbach Thomas M. (1993). "Three-year course of behavior/emotional problems in national sample of 4-to 16 year-olds". Journal of Consulting & Clinical Psychology. Abstract of Journal. Estados Unidos. Vol.61 Pp.839.

47-Stengel E. (1965). "Psicología del suicidio y los intentos del suicidio". Buenos Aires Horme. Argentina; Cap.1

48- Strauss John, Birmaher Boris, Bridge Jeffrey, Axelson David, Chiapeta Laurel, Brent David, Ryan Neal. (2000). "Anxiety Disorders in Suicidal Youth". Canadian Journal of Psychiatry. Vol.45 Canadá Pp.739.

49-Thompson Martie P.; Kaslow Nadine J. (2000). "Childhood Maltreatment, PTSD, and Suicidal Behavior Among African American Female". Journal of Interpersonal Violence. Vol.15 Estados Unidos. Pp.3-13.

50-Travé Rodríguez A. L. Coordinador Avellanosa Caro I. (1999) Uso y abuso de alcohol y sustancias psicotropas. Circunstancias clínicas especiales : Urgencias, suicidio, el niño maltratado, divorcio, embarazo.[<http://www.intersep.org/manual/alon7.htm>]. Palabras Clave; Suicidio Infantil.

51-Yama Mark F.; Tovey Stephaney L.; Fogas Bruce S.; Morris Jenifer. (1995) "The Relationship among Childhood Sexual Abuse, parental alcoholism, family

environmental suicidal behavior in female college students". Journal of Child Sexual Abuse. Abstract Article. Estados Unidos. Vol.4 Pp.79-93.

52-Vladimir López (1998). Ola de niños suicidas. [<http://www.diariomedico.com>].
Palabras Clave; Suicidio Infantil.