



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGIA

**FACTORES DE RIESGO  
DE LA CONDUCTA SUICIDA INFANTIL**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

**ITZEL DAYANIRA TOVAR LUNA**

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: DR. JUAN JIMENES FLORES  
COMITÉ: LIC. GERMÁN GÓMEZ PÉREZ  
DR. JOSÉ MARCOS BUSTOS AGUAYO  
MTRO. SERGIO CARLOS EDUARDO OCHOA  
ALVAREZ  
LIC. LEONEL ROMERO URIBE



México, D. F.

MARZO 2015



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.

# ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
<b>CAPITULO I</b>	
EL SUICIDIO .....	5
1.1. Antecedentes.....	5
1.2 Definiciones conceptuales.....	8
1.2.1 El suicidio en la edad adulta .....	11
1.2.2 El suicidio en la vejez.....	13
1.2.3 El suicidio en la infancia.....	14
1.3 Teorías y fundamentos .....	20
1.3.1 Ideación suicida .....	20
1.3.2 Intento de suicidio .....	21
<b>CAPÍTULO II</b>	
PSICOPATOLOGÍA INFANTIL.....	23
2.1 Factores de riesgo.....	26
2.1.1 Depresión .....	29
2.1.2 Prácticas parentales .....	33
2.1.3 Ansiedad.....	35
<b>CAPÍTULO III</b>	
INVESTIGACIÓN SELECCIONADA .....	38

<b>CAPÍTULO IV</b>	
ANÁLISIS DEL DISCURSO .....	41
<b>CAPITULO V</b>	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	44
<b>CAPITULO VI</b>	
MÉTODO .....	45
6.1 Objetivo general.....	45
6.2 Objetivos específicos.....	45
6.2 Pregunta de investigación .....	45
6.3 Instrumento.....	45
6.4 Población.....	46
6.5 Tipo de estudio .....	46
6.6 Escenario.....	46
6.7 Procedimiento.....	46
<b>CAPITULO VII</b>	
RESULTADOS .....	48
Conclusiones .....	68
Referencias .....	73
Apéndice.....	78

## RESUMEN

El comportamiento suicida es un tema de gran interés para los profesionales de la psicología, en una amplia variedad de estudios puede observarse hallazgos y propuestas. No obstante, a nivel global, y particularmente en México, la investigación acerca de la conducta suicida infantil es insuficiente.

El presente trabajo tiene como propósito identificar los factores de riesgo desencadenantes de la conducta suicida infantil en niños con edades entre 6 a 12 años, que provienen de una población escolarizada de la Ciudad de México. Para recolectar los datos se utilizó el Cuestionario para la Valoración del Riesgo de Suicidio en Niños (Pfeiffer, 1988).

Para el diseño de este trabajo se utilizó el análisis del discurso, concentrándose en la información proporcionada por los niños acerca de sus creencias enfocadas en temas tales como: desesperanza, suicidio, muerte, hábitos alimenticios, pérdida de interés, sucesos traumáticos, entre otros. Además se consideró que los cuestionarios de preguntas abiertas podrían explicar con mayor oportunidad los factores de riesgo en dicha conducta.

Los resultados indican que los factores de riesgo asociados a la conducta suicida infantil, de acuerdo con los encuestados, son la separación de los padres, bullying, violencia doméstica, seguimiento de pares, entre otros.

Se concluyó que el suicidio infantil es una idea recurrente en niños, al menos en la Ciudad de México y que los factores de riesgo son cambiantes y diversos. Así como los métodos empleados en los intentos de suicidio de los niños entrevistados.

Se sugiere realizar más investigación acerca de los factores que se encontraron dentro de la investigación así como entrevistar a niños de otras delegaciones del Distrito Federal o incluso de otros estados para identificar si los factores desencadenantes de la conducta suicida infantil son los mismos o cambian de acuerdo con la ubicación geográfica en México.

## INTRODUCCIÓN

El suicidio infantil es un fenómeno cuya frecuencia aumenta gradualmente, de acuerdo con estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), las defunciones por suicidio en la población mexicana entre los 5 y 14 años de edad se incrementaron 42%: de 105 casos en el año 2000 a 150 casos en 2010, lo cual es importante considerando que en la década de los noventa no se rebasaban 50 casos anuales, y que por supuesto debe impactar a los investigadores en psicología.

Si bien es un tema difícil de tratar, es de suma importancia identificar los factores de riesgo que dan paso a la conducta suicida en los niños, dado que en la actualidad es un tema emergente y con pocos años de investigación. De igual manera es importante mencionar la importancia del estudio sobre el suicidio infantil en cuanto a que está ligado a la depresión infantil, considerando que ésta, no es fácil de identificar debido a que un niño aún no cuenta con todos sus mecanismos para enfrentar la frustración o la impotencia. Al mismo tiempo es de gran importancia identificar las señales de alerta que determinan la conducta suicida para prevenir su incidencia.

Los investigadores mexicanos han avanzado en el tema y se han realizado diversas investigaciones al respecto, en un estudio realizado por Cubillas (2006) en Sonora, se encontró un porcentaje alto (29.2%) de ideación suicida en niños escolarizados, población que normalmente se considera de bajo riesgo para este tipo de comportamiento. En otro estudio realizado por Castillo y Chávez (2007) en Guanajuato se encontró que el 69% de los suicidios en infantes y adolescentes eran niños menores de catorce años.

La importancia de la investigación hacia este tema surge con respecto a que es difícil medir en términos estadísticos el suicidio infantil porque se carece de datos suficientes y porque muchos de los casos se toman como accidentes, es por esto que se debe de estudiar más a profundidad. Asimismo la dinámica del niño es distinta a la de un adulto, y dada esta diferencia, el tratamiento e intervención sobre la problemática debe



ser distinta. Ubicar los factores de riesgo en el suicidio infantil será la tarea de esta investigación, de modo que se amplíe la información y la sistematización para estudiar el problema.

La tesis principal de este trabajo es evaluar las condiciones que preceden al suicidio infantil, para que de esta manera se puedan identificar los factores de riesgo y evitar la conducta suicida en niños de entre 6 a 12 años acudiendo al servicio psicológico.

Para fundamentar el objetivo planteado, en el primer capítulo se analizan los antecedentes del suicidio así como sus definiciones conceptuales para poder entrar de lleno a la conducta suicida infantil. De la misma manera se aborda el suicidio en la edad adulta, el suicidio en la vejez y el suicidio en la infancia para poder integrarlo. Dentro de este capítulo también se estudian las teorías y fundamentos para comprender el concepto de suicidio particularmente del suicidio infantil.

En el segundo capítulo se analiza la psicopatología infantil desde sus inicios hasta la actualidad para comprender la importancia que tiene la interacción social y los trastornos y psicopatologías que presentan los niños en la actualidad. De la misma manera, se estudian los factores de riesgo desencadenantes de la conducta suicida infantil planteando para esta investigación: la depresión, las prácticas parentales y la ansiedad como principales factores de riesgo.

En el capítulo tres son presentados algunos estudios relacionados con la conducta suicida infantil tanto nacionales como globales, con la finalidad de argumentar la importancia de realizar esta investigación.

En el capítulo cuatro se presenta al análisis del discurso como parte del método cualitativo empleado en este trabajo.

En el capítulo cinco correspondiente al marco metodológico en donde se señala el tipo de investigación con la utilización de elementos metodológicos de carácter cualitativo.



Se define la población así como son presentados el instrumento y las técnicas de análisis para la obtención de los resultados.

En el capítulo seis se presentan los resultados y por último las conclusiones, así como se exponen las implicaciones de los resultados obtenidos y las limitaciones de la investigación, una vez que se han planteado las partes que componen el proyecto, entonces, podemos proceder a su desarrollo.

# CAPITULO I

## EL SUICIDIO

El impacto que produce el suicidio, la dificultad para entenderlo, el gran número de factores que se le han asociado y las dificultades metodológicas inherentes a su estudio llevan a considerar este comportamiento como un fenómeno de gran complejidad.

Conocer la magnitud de este problema es un reto pues, por un lado, se sabe que, por temor al estigma social y religioso, se trata de ocultar y/o enmascarar el suceso. Por otro lado, las estimaciones epidemiológicas se fundamentan en los registros oficiales; al respecto, es conocida la dificultad que existe para establecer y mantener los mecanismos y clasificaciones confiables que den cuenta de los suicidios consumados y de los intentos de suicidio. Un ejemplo de esto es que los intentos de suicidio no tienen que notificarse legalmente, mientras que es obligatorio registrar los suicidios consumados (Cruz & Cadena, 2003).

Dentro del siguiente capítulo se analiza el surgimiento del concepto de suicidio, las definiciones que se tienen actualmente sobre el tema y la forma en que se ha conceptualizado para los niños.

### 1.1. Antecedentes

La primera vez que se empleó el término suicidio fue en 1651 por Walter Charleton, aunque según parece el término fue empleado con anterioridad por Thomas Wroune en el libro *Religio Medici* (1642) reflejando el interés de distinguir entre el homicidio (de uno mismo) y el de matar a otro (Hoberman & Garfinkel 1988).

Sin embargo, el primer intento científico para entender la lógica detrás del suicidio se inició en 1763 con la obra de Merian quien hizo hincapié en que el suicidio era una enfermedad. Gaupp (1905) indicó por primera vez que había algunos rasgos de personalidad peculiares y únicos entre las personas que cometen suicidio. Los investigadores



han avanzado esta idea llegando a la conclusión de que es el estado de ánimo, junto con todas las influencias externas las que se traducen en el suicidio (OMS, 2001).

Las concepciones sobre el suicidio evolucionaron desde su enfoque del mero acto hasta contemplarlo como parte de un concepto más amplio y complejo como es el comportamiento.

Posiblemente sea la definición de Durkheim sobre el suicidio la más citada. Se llama suicidio a toda muerte que resulta mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado (Hoberman & Garfinkel, 1988).

Durkheim (1917) decía que el estudio del suicidio se refiere a un aspecto patológico de las sociedades modernas y a un fenómeno donde aparece una clara relación entre el individuo y la sociedad. Formuló su definición de suicidio como un término que se aplica a todos los casos de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo de la víctima contra sí misma y con conocimiento del resultado que sigue a ese acto.

Durkheim tenía la influencia del pensamiento europeo predominante de finales del siglo XIX y consideraba que los hechos sociales debían ser estudiados como cosas, es decir, como realidades exteriores al individuo, y debido a esto la tasa de suicidio no puede ser explicada por motivaciones individuales. Es decir, no son los individuos los que se suicidan, sino la misma sociedad a través de ciertos individuos. Hipotetizaba que todos los suicidios resultan de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello establece cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el anémico y el fatalista.

De la obra de Durkheim se pueden obtener, entre otras, como conclusiones más relevantes: a) El suicidio progresa con la ciencia. El hombre se mata porque la sociedad de la que forma parte ha perdido su cohesión. b) La religión ejerce una



acción profiláctica sobre el suicidio porque constituye una sociedad. c) El suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo (Sarro & De la Cruz, 1991).

Sin embargo, las investigaciones sobre el fenómeno llevaron progresivamente a cuestionar esta definición. Por un lado los datos que los clínicos descubrían no eran del todo aceptados debido a que la intencionalidad del comportamiento y de los suicidas no siempre eran de matarse y a veces ni siquiera de hacerse daño, además de que se describen también otras intencionalidades como son las de obtener de otros lo que no se ha podido obtener por otros medios, demandar atención ante una situación vivida como desesperada o agredir vengativamente a otros con la responsabilidad de su muerte.

Los intentos de unificar la terminología llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1969 a proponer como ayuda a la investigación términos concretos y útiles como base común para su denominación y clasificación (OMS, 2001).

Por ende en Estados Unidos el suicidio sería el comportamiento hacia la autodestrucción y los factores de riesgo individuales determinarían el grado de auto destructividad de dicho comportamiento.

Sin embargo autores europeos propusieron denominarlo auto daño independientemente de su lesividad (Quintanar, 2007).

Aunque en su momento la OMS decidió poner definiciones base para el suicidio, este término, se siguió estudiando y modificando a raíz de las investigaciones con el paso del tiempo, lo cual llevó a que existiesen diversas definiciones tanto americanas como europeas que al mismo tiempo se despliegan a las definiciones infantiles acerca del suicidio. Por tal motivo se realizara un análisis de las diferentes concepciones del suicidio para más adelante dar paso a las definiciones infantiles de dicho comportamiento.

## **1.2 Definiciones conceptuales**

Una de las definiciones actuales acerca de la conducta suicida se encuentra en el Sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades CIE- 10, el suicidio se define como la muerte ocasionada por una lesión auto infligida informada como intencional. En esta categoría se incluye el suicidio y envenenamiento auto infligido mediante sustancias sólidas o líquidas, gases de uso doméstico o cualquier otro gas y vapor, ahorcamiento, estrangulación, sofocación y sumersión, armas de fuego y explosivos, instrumentos cortantes y punzantes, precipitación desde lugar elevado, otros medios y por los no especificados o los efectos tardíos de lesiones auto infligidas.

La OMS (2001) por otra parte define el suicidio como un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados. El parasuicidio, es definido como un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se auto-lesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico.

La psicología conductual por otro lado plantea el comportamiento suicida como una condición depresiva aprendida, generada por carencia de reforzamiento positivo o exposición prolongada a situaciones negativas que producen sensación de incapacidad.

Mientras que los enfoques cognitivos atribuyen el suicidio a una impotencia aprendida y de desesperanza como un esquema patológico persistente y automático de organizar e interpretar las experiencias y factores sociológicos que plantean la influencia de distintos modelos de estructura u organización social como la familia, cultura, religión, ocupación, clase socioeconómica y otros grupos u organizaciones en la génesis de la familia (Groholt, 2000).

Manteniendo el punto de vista cognitivo Shneidman describe que para llevar a cabo un acto suicida los sujetos han de desarrollar necesariamente una lógica suicida, es decir



un enfoque suicida de los acontecimientos. El motivo común desencadenante suele ser la insatisfacción de alguna necesidad psicológica (Polaino, 1988).

El suicidio es entonces el acto de matarse en forma voluntaria y en él intervienen tanto los pensamientos suicidas como el acto suicida en sí. En el suicida se detectan: a) los actos fatales o suicidio consumado; b) los intentos de suicidio altamente letales aunque fallidos, con intención y planeación del suicidio; y c) los intentos de baja letalidad, generalmente asociados a una situación psicosocial crítica (Buendia, Riquelme & Ruiz, 2004).

Comprendiendo un poco las definiciones generales del suicidio y enfocándonos en los enfoques cognitivos conductuales, podemos entonces analizar las definiciones infantiles del suicidio. Sin embargo, para esto tendremos que estudiar el término desde sus inicios históricos.

Durante gran parte del siglo XX las explicaciones dadas al análisis infantil no eran más que adaptaciones de las teorías del suicidio en adultos. En parte esto se debía a la poca importancia que históricamente se concedía a los niños, siendo considerados como adultos pequeños. El primer acercamiento científico a una posible definición del suicidio infantil la dio Pfeffer quien en 1979 propuso que el comportamiento suicida en los niños son los pensamientos o acciones que de llevarse a cabo pueden producir la muerte o graves lesiones (Miotto, 2003).

Para llegar a esta definición Pfeffer (1994) , estudió a 488 parientes de primer grado y 1 062 parientes de segundo grado de 25 niños hospitalizados que reportaron intento de suicidio, 28 niños que completaron el suicidio, 16 pacientes hospitalizados por algún trastorno psiquiátrico que no fuera suicidio y 54 niños normales, entre 8 y 13 años de edad; sus resultados mostraron que los niños que realizaron el intento de suicidio tenían significativamente mayores tasas de parientes de primer grado, principalmente sus propias madres, que reportaron intentos de suicidio. Además, tenían más parientes



de primer grado con trastornos de personalidad antisocial, que los parientes de primer grado de niños no suicidas y niños normales. La mayoría de los parientes de primer grado de los niños que intentaron el suicidio, comparados con los de niños normales, tenían historias de conducta de asaltos y abuso de sustancias. Por otra parte, la mayoría de los parientes de primer grado de niños que completaron su intento de suicidio tenían parientes de primer grado con trastorno de conducta antisocial y abuso de sustancias comparadas con niños no suicidas. De este estudio no solamente se rescata la definición de la conducta, sino, también factores que pueden ser desencadenantes para dicho comportamiento (Pfeffer, Normandin & Kakuma, 1994).

Por lo tanto los motivos que pueden desencadenar un suicidio en la infancia, son variados y no específicos, pues también se producen en otros niños que nunca atentarán contra su vida. Por ello, a razón del suicidio infantil, queda aún mucho camino por recorrer. Los factores son difusos y los actores participantes son muy variados.

El suicidio en los niños es el resultado de un acto deliberadamente emprendido y ejecutado por el niño con pleno conocimiento o previsión de su desenlace y es ahora un problema importante de salud pública (OMS, 2001).

El proceso suicida en la infancia por otro lado se define como un conjunto de acciones con las que se asume que el infante busca quitarse la vida, en el cual se señalan varias etapas: a) ideación suicida pasiva, b) contemplación activa del propio suicidio, c) planeación y preparación, d) ejecución del intento suicida; y e) el suicidio consumado. Tales etapas pueden ser secuenciales o no, pero cada una de ellas (solas o todas juntas) conllevan un gran riesgo hacia la consumación del suicidio. En el caso de los intentos suicidas se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a diez intentos de suicidio y por cada intento ocho de ellos lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo. Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática (Sarro & De la Cruz, 1991).

Como ya se señaló el suicidio no sólo es visto como el acto de quitarse la vida, sino, que incluye otros aspectos dentro del mismo como lo son: La tentativa es el mismo acto que hemos definido con la única diferencia de que dicho acto se ve interrumpido antes de que dé como resultado la muerte. El acto suicida entonces es definido como el hecho por el que un sujeto se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. El suicidio como muerte que resulta de un acto suicida. Y el intento de suicidio como acto suicida cuyo resultado no fue la muerte (Cruz & Cadena, 2003).

El acto suicida en sí mismo no sería más que un punto de un proceso, la culminación de toda otra serie de actos llevado a cabo en función de la ideación y plan suicida del sujeto.

También es importante mencionar que existen factores individuales, pues lo que para algunos es un elemento de riesgo, para otros no representa problema alguno. Además de individuales son generacionales, ya que los factores en la niñez pueden no serlo en la adultez o en la vejez (Mardomingo, 1994).

Se abordara por ende el suicidio en la edad adulta y en la vejez de una manera un tanto superficial para dar paso al suicidio en la infancia que es el tema que nos compete dentro de esta investigación.

### **1.2.1 El suicidio en la edad adulta**

Los factores de riesgo suicida en la adultez estarán conformados por los que se arrastran desde la infancia y la adolescencia. Entre los factores de riesgo en el adulto es necesario mencionar el alcoholismo así como la asociación de desesperanza, sentimientos de culpa, inutilidad, humor depresivo, entre otros (Quintanar, 2007)

En la adultez generalmente se padecen determinadas enfermedades que, aunque coexisten con otros factores de riesgo. Entre éstas tenemos: la enfermedad de



Parkinson, la corea de Huntington la sífilis terciaria, las endocrinopatías (Addison, Cushing, hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes mellitus), carcinoma de la cabeza del páncreas, anemia perniciosa, colagenopatías (artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico). También constituyen un factor de riesgo los fármacos que necesariamente se utilizan en determinadas enfermedades (Everstin & Everstin, 2000).

En la mujer el síndrome premenstrual, con los cambios hormonales que trae consigo, y la menopausia, a la que se añaden factores socio-psicoculturales (independencia de hijos, pérdida de belleza física y de la capacidad de procrear, imposibilidad de realizar deseos frustrados, competencias de nuevas generaciones), pueden, junto a otros factores de riesgo asociados, precipitar un acto suicida.

También los adultos que tratan de proteger sus familias, su profesión o sus negocios de algún escándalo que ellos han ocasionado, poseen gran riesgo suicida, en esta situación ven en la autodestrucción una respuesta a esos problemas (Cruz & Cadena, 2003).

En los adultos, por otra parte, existen dos esferas que pueden convertirse en generadoras de conflictos y que en determinados sujetos pueden ser el motivo de un acto suicida. Se ha comprobado que un buen funcionamiento matrimonial y laboral, puede ser un antídoto contra esta conducta. Aunque por otro lado también se ha demostrado que puede convertirse en un factor para el suicidio en determinados sujetos, principalmente del sexo femenino, como lo puede ser una relación matrimonial que no satisface las expectativas originales. La mujer soltera tiene menos riesgo de autodestrucción que el hombre en esta misma condición, mientras que el hombre casado posee menos peligro suicida que la mujer en dicha situación (Quintanar, 2007).

El desempleo también puede ser un factor predisponente, así como el fracaso en el ejercicio de una profesión, lo cual se mide por la insatisfacción laboral (actitud) y por la falta de éxito (realización), tanto en la culminación eficiente de las tareas como en los

logros económicos; la pérdida de prestigio, de aceptación y de realización personal, los cuales pueden deberse a déficit de aptitudes, rechazo vocacional, capacitación deficiente, bajas remuneraciones, escasas posibilidades de desarrollo personal, ocupación monótona y repetitiva, obsolescencia por cambios tecnológicos y tendencias neuróticas autodestructivas que inducen a cometer errores y fracasar. Es en esta etapa de la vida en la cual el sujeto interactúa más intensamente con la sociedad y el éxito o fracaso de esta interrelación individuo-sociedad puede, junto a con otros factores, evitar o precipitar un intento o un suicidio consumado.

En relación con esto, se observa que la desmoralización que se presenta cuando un individuo se encuentra a sí mismo de manera persistente incapaz de dominar situaciones que él y otras personas esperan solucionar de forma adecuada, o experimenta un malestar continuo que no logra explicar con certeza, puede precipitar un acto suicida, por la carga de desesperanza, desamparo, retraimiento y pérdida de la autoestima que dicho estado posee (Everstin & Everstin, 2000).

### **1.2.2. El suicidio en la vejez**

El envejecimiento, por otro lado trae consigo el abandono de la profesión o de otros objetivos, reducción del vigor físico, cambio en los placeres sensoriales y una conciencia de la muerte desconocida en etapas previas. El adulto mayor no siempre aporta síntomas porque teme le puedan diagnosticar una enfermedad grave o porque asuman sus dificultades como parte del proceso de envejecimiento. Entre los problemas físicos que el adulto mayor debe afrontar se encuentran: la patología artrítica, que afecta la locomoción; las enfermedades cardiovasculares, que limitan el ejercicio físico; la enfermedad neurológica, que compromete la función intelectual, y el cáncer, que ocasiona dolor, dependencia y muerte (Fernández, 1996).

El intento de autodestrucción en el envejecimiento es un serio problema, pues en muchas ocasiones se trata de verdaderos suicidios frustrados por su alto grado de

premeditación; por los métodos utilizados, que usualmente son violentos (como el uso de armas); por la existencia de enfermedades médicas concomitantes, sobre todo las que se acompañan de disnea en el caso de dolencias físicas o los trastornos depresivos en el grupo de las enfermedades mentales.

Otro factor relevante en la evaluación del riesgo suicida es la historia de intentos de suicidio previos, teniendo en cuenta que cerca de 15 % de los individuos con intentos de suicidio no fatales mueren finalmente a causa del suicidio. Igualmente, se han descrito diversos factores asociados a las conductas suicidas tales como la facilidad de acceso a métodos letales, los antecedentes familiares de suicidio (aspectos genéticos), los eventos negativos en la vida como la violación y el maltrato infantil, el tener información sobre suicidio de personas cercanas o conocidas, la desesperanza, los antecedentes de irritabilidad, conductas agresivas e impulsivas que se han relacionado con factores bioquímicos, y la presencia simultánea de enfermedades físicas y dolor crónico (Plaza, Paez & Casas, 2008).

### **1.2.3 El suicidio en la infancia**

La infancia se considera, en general, como una etapa de la vida feliz, en la que la conducta suicida no puede estar presente. Esto no siempre es así, en la niñez ocurren actos suicidas, los cuales no son reportados como tal o lo hacen como accidentes en muchos países, y se considera que es un fenómeno que va en aumento.

El suicidio en la infancia es uno de los sucesos más desalentadores que una familia puede experimentar. Las emociones asociadas con el suicidio de un niño a menudo se complican debido a los sentimientos de culpa por no haber reconocido las señales de advertencia y prevenir la tragedia. Sin embargo las causa del suicidio o los intentos de suicidio a menudo son complejos y difíciles de detectar, lo cual complica la evaluación del riesgo suicida en esta etapa de la vida (Empson & Nabuzoka, 2006).



Como problema de salud pública el suicidio infantil es de especial relevancia en las últimas décadas, las conductas suicidas en niños se definen como la preocupación, intento ó acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo. Se puede entender como un espectro que abarca ideas y deseos suicidas (ideación suicida), las conductas suicidas como el resultado de muerte (intento o tentativas suicidas) y los suicidios completados y consumados (Soutullo & Mardomingo, 2010).

La conducta suicida infantil tiene unos rangos de severidad que van desde la ideación suicida, pensamientos de suicidio, planes de suicidio, intentos de suicidio hasta llegar al suicido consumado (Hoberman & Garfinkel, 1988).

El proceso suicida por lo tanto inicia cuando empiezan los pensamientos de cómo quitarse la vida, y pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un intento gradual de la letalidad del intento hasta lograrlo.

La correlación más importante para el suicidio es el antecedente de un intento previo y que adicionalmente se ha asociado con depresión, uso de sustancias o pérdida de un familiar o amigo por suicido, así como fácil acceso a armas de fuego, el género, ser víctima o generador de violencia, familias monoparentales, percepción de carencia de apoyo, entre otros.

En cuanto a las características psicológicas que presenta un niño que puede realizar un acto suicida, se encuentran las siguientes: la disforia, la agresividad y la hostilidad, como manifestaciones de un trastorno del control de los impulsos. Pueden ser niños con poca tolerancia a las frustraciones, incapaces de prorrogar la satisfacción de sus deseos, demandantes de atención y afecto, con intentos suicidas previos, manipuladores, que asumen papeles de víctima; celosos de los hermanos, susceptibles, rencorosos. También pueden expresar ideas de morir o suicidas. Otras veces son rígidos, meticulosos, ordenados y perfeccionistas; tímidos, con pobre autoestima, pasivos, entre otros (Zubeidat, Parra, Sierra & Salinas, 2008).

Aunque los acontecimientos que pueden desencadenar un suicidio en la infancia son muy variados, también son no específicos, dado que se producen en otros niños que nunca atentarían contra su vida. Por ello es importante determinar los factores de riesgo que predisponen a que un menor, frente a un acontecimiento precipitante, se manifieste con una conducta autodestructiva.

Entre los motivos más frecuentes que llevan al acto suicida en la niñez, se encuentran:

- ❑ Presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación, muerte de un ser querido)
- ❑ Problemas con las relaciones paterno-filiales
- ❑ Problemas escolares
- ❑ Llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante
- ❑ Búsqueda de afecto y atención
- ❑ Agredir a otros
- ❑ Deseos de reunirse con un ser querido fallecido

Conociendo entonces los motivos y las características psicológicas de los niños con tendencia suicida es importante resaltar que los trastornos infantiles no deben de conceptualizarse de forma pasiva o estática. El niño debe ser visto como capaz de modelar su propio ambiente y por ende se debe prestar atención a sus pensamientos, sentimientos, percepciones y expectativas.

Hoy en día está perfectamente aceptado que la conducta del suicidio en el niño es semejante a la del adulto y el adolescente aunque con características evolutivas típicas de cualquier tipo de concepto psicopatológico aplicado a la infancia (Becerra, 2012).

Contrario a lo que se piensa, la existencia de un motivo no desencadena habitualmente un acto suicida de inmediato, por impulso, sino que el niño comienza a dar una serie de señales en su conducta que de manera general se traducen en cambios de todo



tipo. Así tendremos que prestar atención a su comportamiento en la casa o la escuela (agresivos o pasivos), variación de hábitos alimenticios (pérdida o aumento del apetito), sus hábitos de sueño (insomnio, pesadillas, enuresis, exceso de sueño), cambios de carácter y de ánimo, dificultades en el aprovechamiento docente, diferencias en su estilo de juego (desinterés, no participación con los amigos habituales), repartir posesiones valiosas, preocupación por la muerte y temas afines; y hacer notas de despedida (Soutullo & Mardomingo, 2010).

Los niños no suelen tener una conciencia completa de su problema psicológico y la edad influye de manera importante en la percepción de sus síntomas por esto es importante ubicar los cambios que presentan en su vida cotidiana.

Hay que tener en cuenta las características especiales que presenta la conducta suicida y es especialmente importante distinguirla de las conductas normales de autolesiones típicas de niños impulsivos y agresivos. Muchas personas incluso algunos expertos han pensado que el niño no sabe lo que hace cuando intenta suicidarse.

Aunado a esto, se observa que los niños menores de diez años apenas tienen una idea de sus problemas y por ende son expresados de forma imprecisa. Esta ausencia de conocimiento de la problemática, determina que la solicitud de atención sea llevada a cabo por los padres y/o por los profesores. (Restrepo, Bayona, Urrego, Oleas & Restrepo, 2002).

Antes de los cinco años la muerte no es considerada como irreversible. En la muerte el niño ve la vida. Por ejemplo, el niño al que se anuncia la muerte de su padre y llora desconsoladamente al poco tiempo en la hora de la comida se sorprende de que su papá no venga a la mesa. Por tanto se considera que entre los 5 y los 9 años la muerte es a menudo personificada y considerada como algo incierto y por lo tanto para los más pequeños la muerte no es definitiva, morir significa vivir en circunstancias diferentes lo cual hace su comportamiento difícil de interpretar por los padres y/o profesores.



El muerto no difiere del vivo, para la percepción del niño somos nosotros los que cambiamos porque no vemos a las personas que están muertas. Para el niño de estas edades, lo más penoso es la idea de la separación. Sin embargo existe una confusión entre el morir y el estar muerto (Sacristán, 1995).

Y no es sólo la idea que el niño tiene de la muerte, la interacción de niño con su ambiente inmediato juega un papel primordial en la emergencia de los problemas. La presencia de problemas comportamentales en un ambiente y no en otro juega un papel preponderante en el comportamiento suicida.

Por otro lado existen limitaciones derivadas de la carencia de definiciones aceptadas acerca del suicidio infantil, que en parte se deben a la propia naturaleza de las alteraciones ya que los trastornos infantiles no constituyen una entidad claramente delimitada. En consecuencia se utilizan diversos criterios para determinar la existencia de la alteración, lo que hace que la prevalencia estimada sea muy variable (Shapiro, 2000).

Calcular la incidencia de los intentos de suicidio en la infancia es más difícil porque los datos de muchos de estos intentos no llegan a manos de los profesionales. Sin embargo podemos asumir que el número de intentos de suicidio supera al número de suicidios consumados (Sarro & De la Cruz, 1991).

En cuanto a la evaluación, el trabajo con niños comparte las características generales y comunes sin embargo hay algunos aspectos específicos que es necesario resaltar.

Las evaluaciones del riesgo suicida en la infancia deben explorar la seriedad de la amenaza, la naturaleza de las ideas suicidas relacionadas con la amenaza y los factores motivadores o precipitadores asociados con la misma (Shapiro, 2000).

Los niños a diferencia de los adultos no suelen acudir a la consulta por propia iniciativa sino que son referidos por un adulto y por lo tanto son referidos cuando estos consideran que su conducta es lo suficientemente desadaptativa o dañina para necesitar ayuda



profesional. Esta referencia hace que el motivo de consulta se encuentre bastante lejos de los sentimientos o expectativas que tiene el niño.

En la evaluación de la conducta suicida hay que poner especial énfasis en la información proveniente del sujeto. La experiencia muestra que los adultos que rodean al niño no perciben el tipo de preocupaciones y pensamientos que preceden a la conducta suicida y en muchas ocasiones se niegan a admitir su existencia aunque el terapeuta lo identifique (Sacristán, 1995).

El diagnóstico debe hacerse desde una perspectiva evolutiva ya que durante la infancia ocurren cambios comportamentales que deben de tenerse en cuenta, debe ponerse especial énfasis en los aspectos instrumentales e intelectuales ya que al hablar de los aspectos instrumentales hablamos de una especie de vía a través de la cual se canaliza la integración social en las que está inmersa el infante y que debido a estas se producen desniveles que derivan en deficiencias de rendimiento que a su vez se extienden hacia el área familiar y académica. En el aspecto intelectual los infantes excluyendo casos de deficiencia severa se encuentran todos en los centros escolares y algunos de estos pueden estar en programas educativos que pueden estar por encima de sus capacidades y provocar trastornos en el niño.

Asimismo, se debe poner énfasis en una evaluación multicomponente. Por un lado está la necesidad de una evaluación a través de distintos tipos de instrumentos, ya que solo a través de una evaluación multimétodo puede obtenerse información completa de las variables biológicas, cognitivas, emocionales, interpersonales, ambientales y sociales que contribuyen a comprender el comportamiento actual del niño. Por el otro lado agregar una evaluación intelectual, emocional y social así como evaluación de las áreas de funcionamiento físico y educativo (Restrepo, Bayona, Urrego, Oleas & Restrepo, 2002).

En cuanto al tratamiento cuando el riesgo suicida es agudo pueden indicarse la hospitalización y la medicación hasta que la fase aguda haya pasado.



Una vez analizado el suicidio en la infancia es pertinente analizar los conceptos involucrados en la conducta suicida infantil, considerando únicamente los conceptos que son desencadenantes para este comportamiento para entender la conducta suicida a través del proceso global que ésta representa.

## **1.3 Teorías y fundamentos**

El espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la ideación de autodestrucción en sus diferentes gradaciones: las amenazas, el gesto, el intento y el suicidio consumado.

El suicidio junto con el intento de suicidio son las dos formas más representativas de esta conducta, aunque no las únicas, pero bajo esta perspectiva se analiza el intento de suicidio y la ideación suicida (Domènech, 2005).

### **1.3.1 Ideación suicida**

Se habla de ideación suicida cuando un sujeto persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio. La ideación suicida es una etapa de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado. Se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se dispone a morir.

La ideación suicida abarca un amplio campo de pensamientos y entre las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente. Las investigaciones en poblaciones generales muestran que una proporción importante de las personas reconocen que han presentado ideación suicida en algún momento de su vida y un tercio de ellas pasarán a planificar un intento de suicidio; sólo logran efectivizarlo el 10% como suicidio consumado (Buendia, Riquelme & Ruiz, 2004).

Se sabe que la mayor parte de las personas que consuman un suicidio han dado aviso previamente a sus familiares y conocidos; pero, en la mayor parte de las ocasiones, han sido desestimados en su gravedad.

### **1.3.2 Intento de suicidio**

Partiendo del hecho de que el intento suicida se ha identificado como uno de los mejores factores asociados al suicidio consumado y que en muestras de niños con intentos suicidas se ha observado que la conducta suicida múltiple es un predictor del suicidio consumado, es importante analizar el intento suicida.

La mayoría de los intentos de suicidio no terminan en muerte. Muchos de estos intentos se llevan a cabo en una forma en la que el rescate sea posible. Estos intentos a menudo representan un grito desesperado en busca de ayuda.

Algunas personas intentan suicidarse de una manera que sea menos probable de llevar a la fatalidad, como envenenamiento o sobredosis. Los hombres, especialmente los ancianos, tienen mayor probabilidad de escoger métodos violentos, como dispararse. Como resultado, los intentos de suicidio por parte de ellos tienen mayor probabilidad de consumarse. Por lo tanto es más fácil identificar intentos de suicidios en niños que en adultos.

El intento suicida, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada, se ha definido como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo, de forma deliberada, se hace daño a sí mismo. El intento de suicidio es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, sin llegar a tener como resultado la muerte (Quintanar, 2007).

Se considera que el intento es más frecuente en los jóvenes, del sexo femenino, y los métodos más utilizados son los suaves o no violentos, principalmente la ingestión de fármacos o sustancias tóxicas.



Se ha observado que los intentos de suicidio usualmente elevan la frecuencia de suicidios entre los amigos del caso primario, lo cual puede significar que las personas imitan las conductas de sus amigos o que las personas con riesgo suicida se buscan como amigos personas que compartan esta misma ideología (Zubeidat, Parra, Sierra & Salinas, 2008).

Habiendo entendido el suicidio de una forma global, es importante analizar la psicopatología infantil para comprender el suicidio en la infancia así como los factores relacionados a dicha conducta.

## CAPÍTULO II

# PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

---

El niño aprende con la ayuda de la interacción social, en definitiva de experiencias las cuales son experiencias psíquicas móviles, cambiantes y constituyentes. Por tanto, la psicopatología infantil solamente puede ser entendida como plenitud desde esta visión integral y evolutiva en la que la experiencia es el medio.

El campo de la psicopatología infantil tiene un origen relativamente reciente. Anteriormente al siglo XX, la psicopatología infantil comprendía casi exclusivamente los trastornos de conducta en adultos. Aunque admitidos de forma ocasional, los trastornos de conducta en niños recibían escasa atención.

Por el contrario el siglo XX se ha caracterizado por extensas investigaciones sobre la infancia. Ha habido una explosión de conocimientos que han llenado numerosos textos de psicología infantil. No hay duda de que se han hecho grandes avances, sin embargo, sería más realista llegar a la conclusión de que no todos los aspectos de la psicopatología infantil han sido abordados o al menos no en su totalidad.

Como señaló Achenbach (1974) la historia de la psicopatología infantil no puede ser presentada como una progresión ininterrumpida hacia un mayor conocimiento y una mejora de las formas de tratamiento. El progreso parece haber seguido un curso clínico y muy dependiente de las actitudes sociales hacia los niños, así como de las teorías prevalentes sobre psicopatología (Jiménez, 1997).

Las raíces de la psicopatología infantil nacen y crecen en un terreno móvil que es la personalidad en desarrollo del niño. Las experiencias dentro de esta son de índole cognitiva, emocional, motivacional, psicomotora, impulsiva y social. De la integración difícil de estas experiencias se van a derivar conductas complejas como conflictos y constelaciones de vivencias que van a ir asociándose de maneras diversas (Sacristán, 1995).



En las últimas décadas, numerosos clínicos e investigadores interesados en el estudio de los trastornos psicológicos de la infancia y la adolescencia han consolidado el modelo teórico conocido como psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo. En este enfoque de la psicopatología, tanto la conducta normal como la anormal se extienden como variaciones dentro de un conjunto de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos (Doménech, 2005).

Achenbach (1990) refería que las conductas desviadas que normalmente son motivo de búsqueda de ayuda profesional, no son más que meras variaciones cuantitativas de las características que pueden ser normales en ciertos periodos del desarrollo.

La definición de la alteración psicopatológica en la infancia se encuentra con una serie de dificultades. Por un lado, es difícil establecer el límite entre lo normal y lo patológico. La complejidad del tema viene dada porque el niño es un ser humano en desarrollo, en el que las fases madurativas crean situaciones conflictivas, que es preciso comprender recurriendo a la manifestación de síntomas. Por otro lado las alteraciones infantiles no constituyen por sí solas una enfermedad con entidad propia, puesto que pueden presentarse en niños con funcionamiento normal. Así pues la presencia de sintomatología no es suficiente para establecer un diagnóstico de psicopatología debido a que el síntoma puede formar parte de su proceso de desarrollo (Sacristán, 1995).

Existen también una serie de factores inherentes a los factores que justifica la ausencia de consenso en la definición de la alteración. Estos factores son: el nivel de desarrollo del niño, la conciencia de problema en la infancia y la variabilidad comportamental.

El nivel de desarrollo sería la decisión de si existe alteración en el niño ya que esta depende de su edad y de las características de desarrollo normal en esa etapa. Esto es debido a que la mayor parte de las dificultades específicas del comportamiento son consideradas normales en una edad y anormales en otra. En consecuencia los problemas comunes de desarrollo pueden reflejar o bien una exageración de una conducta propia de la edad o bien una dificultad en la transición de las distintas etapas.



La conciencia del problema se refiere a que los niños no suelen tener una conciencia completa de su problema psicológico, la edad influye de manera importante en la percepción de sus síntomas. Así, se observa que los niños menores de diez años apenas son conscientes de sus problemas, estos son expresados de forma imprecisa predominando en su lenguaje los conceptos extraídos del contexto familiar. Sin embargo, a partir de los diez años objetivan sus dificultades con mayor precisión y las manifiestan en términos cada vez más adecuados. Esta ausencia de conciencia en el niño de su problema determina que la solicitud de atención sea realizada por los padres y/o profesores interviniendo en la demanda factores no ligados directamente a la patología (Domènech, 2005).

La variabilidad comportamental es la interacción del niño con su ambiente inmediato que juega un papel primordial en la emergencia de los problemas, hasta el punto de que el comportamiento infantil varía a menudo con la situación en la que es observado. La presencia de problemas comportamentales en un ambiente y no en otro es denominada como especificidad situacional del comportamiento.

En oposición a los sistemas clasificatorios que organiza la psicopatología en categorías diagnósticas como el DSM o la CIE, las taxonomías empíricas de base matemática se basan en las correlaciones o la covariación de signos, síntomas o conductas. Estos procedimientos han permitido identificar factores de dimensiones psicopatológicas en los niños, dimensiones que incluyen los trastornos de ansiedad y la depresión denominados internalizantes y otra dimensión que incluye trastornos de conducta, el abuso de sustancias o la hiperactividad conocidos como externalizantes (Sacristán, 1995).

Así la psicología dinámica, el conductismo y el cognitivismo fueron dándose primacía teórica en el estudio de la psicopatología infantil ya que la conducta del niño es tendente a la exteriorización.

Aunque las investigaciones psicológicas han avanzado en el tema, los conceptos relacionados con la naturaleza, clasificación y categorización de la psicopatología infantil, los modelos para conceptualizarla, los factores etiológicos que la producen y los posibles sistemas de intervención eficaz, precisan todavía de futuras investigaciones (Ollendick & Hersen, 1998).

Una vez que se ha comprendido la psicopatología infantil podemos entonces abordar los factores de riesgo que se encuentran presentes dentro la conducta suicida infantil y que son al mismo tiempo parte de la psicopatología que presentan los niños.

## **2.1 Factores de riesgo**

La utilidad de los factores de riesgo en la práctica clínica es limitada, a pesar de que poseen una alta sensibilidad y pueden definir el riesgo teórico de que una persona cometa suicidio, tienen una baja especificidad, escaso poder predictivo y no pueden identificar que personas lo van a realizar. Así la presencia de un episodio agudo de depresión por mencionar un factor no es suficiente para justificar un suicidio.

De ahí el esfuerzo desplegado en la búsqueda de factores cuyo valor predictivo sea más específico y en la formulación de modelos que permitan comprender las interacciones entre los distintos factores (Zubeidat, Parra, Sierra, & Salinas, 2008).

Se han analizado variables de muy diferente naturaleza como factores de riesgo implicados en la vulnerabilidad para el desarrollo de ideación y conductas suicidas y, aunque se desconoce el peso de cada uno por separado y las interacciones que puedan establecer entre sí, hay cierto consenso sobre los que si se relacionan.

Al revisar los factores de riesgo más frecuentemente descritos en la literatura científica asociados al intento de suicidio en niños y adolescentes, se ha demostrado que los padres son informantes inexactos de la psicopatología de sus hijos, tendiendo habitualmente a minimizarla o negarla. Esto implica que el monitoreo continuo de



indicadores de riesgo por parte de los psicólogos puede tener un importante impacto preventivo (Mardomingo, 1994).

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre factores de riesgo en la conducta suicida son retrospectivos en cuanto a la colección de los datos, lo que hace muy difícil concluir relaciones causa-efecto a partir de los resultados. Claramente, son necesarios más estudios prospectivos para dilucidar procesos causales y de esta manera delinear intervenciones clínicas específicas.

Asimismo los niños que responden a los criterios de un trastorno en particular pueden haber llegado al mismo por diversos caminos y tener distintas combinaciones de factores de riesgo (Groholt, 2000).

En la infancia los factores de riesgo se deben detectar, principalmente, en el medio familiar en el que vive el menor. Así, hay que tener en cuenta si fue un niño deseado o no, pues en este último caso existirán en mayor o menor grado, de forma explícita o encubierta, diferentes manifestaciones de rechazo, con la lógica repercusión psicológica en los niños, como lo sería el rechazo a los padres, hostilidad entre otros.

La personalidad de los progenitores tiene una enorme importancia en el riesgo suicida de los hijos. Si padecen un trastorno, sobre todo las antisociales o emocionalmente inestables, la crianza estará mediada por dichos rasgos. Así mismo, ser portadores de enfermedades psiquiátricas, como la depresión materna, el alcoholismo paterno o la esquizofrenia, son factores que pueden predisponer el suicidio en los hijos.

En los niños los problemas psicológicos se desarrollan a partir de la interacción entre factores genéticos y biológicos ambientales y características individuales.

Los factores situacionales y psicológicos relacionados con el suicidio pueden resumirse en los siguientes (Sattler & Hoge, 2008):

## Factores de riesgo históricos-situacionales

- Enfermedad crónica o debilitante
- Preocupación crónica por la muerte y temas afines
- Fantasías sobre ser inmune a la muerte
- Idealizar y glorificar la muerte
- Mecanismos de afrontamiento inapropiados
- fracasos repetidos en la escuela
- Presiones familiares para obtener logros
- Familia disfuncional

## Factores severos de la vida

- Abandono o abuso físico, emocional o sexual
- Antecedentes familiares de suicidio
- Incurrir en conductas deliberadamente peligrosas
- Intentos de suicidio previos
- Suicidios de compañeros

## Factores de riesgo psicológicos

- Depresión
- Sentimientos de desesperanza
- Sentimientos de impotencia
- Ansiedad, tensión o irritabilidad severa
- Baja autoestima o autoimagen mala
- Psicosis
- Cambios en el temperamento y la conducta
- Trastornos alimenticios
- Aislamiento de los familiares y amigos

Sin embargo quienes consuman el suicidio pueden presentar una gran variedad de factores que también a su vez también presentan personas que no intentaran una conducta suicida.

Dentro de los factores que se consideran en esta investigación ya que son derivados de algunos estudios o conceptos que se han estudiado, se encuentran la depresión, la ansiedad y los estilos parentales, por ende en el siguiente apartado se plantean sus definiciones conceptuales y como se aplican dentro de la psicopatología infantil.

## **2.1.1 Depresión**

Existe gran evidencia para apoyar una fuerte relación entre depresión y conducta suicida. Sin embargo, la interpretación de esta relación no es simple. Los trastornos depresivos de comienzo temprano frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, aún más, estudios de conducta suicida en niños han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos. (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007).

Es importante determinar cuánto del riesgo de la conducta suicida asociada con depresión es función de otros factores, que frecuentemente se asocian con depresión en gente joven. Del mismo modo, las relaciones intrafamiliares pueden o no tener una contribución independiente al riesgo de conducta suicida en niños, más allá de los efectos de la depresión y los síntomas conductuales.

La depresión se ha asociado frecuentemente a la conducta e ideación suicida. Así, en niñas, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más importante, seguido del intento de suicidio previo, mientras que en niños, es el intento de suicidio previo, seguido de depresión, abuso de sustancias y trastornos de conducta.

La presencia de sintomatología depresiva aumenta el riesgo en ambos sexos y se observa que los trastornos depresivos están presentes entre 49% a 64% de los niños que se suicidan y que es la psicopatología más prevalente (Flores, Piana, Noriega, Muñoz & Tentori, 2007).

El suicidio no es una conducta exclusiva de los sujetos deprimidos pero se da en ellos en una mayor proporción. Como es una conducta de máxima gravedad se ha hecho un enorme esfuerzo para poder evaluar el riesgo de su aparición. En población infantil la incidencia es relativamente baja pero su incremento es considerable (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007).



Hasta hace poco tiempo la depresión en niños no había recibido demasiada atención. Sin embargo, el interés ha ido en aumento de forma clara. Esto puede deberse a una serie de influencias y los adelantos producidos en la identificación y el tratamiento en los adultos han desempeñado un papel importante (Del Barrio, 1997).

El uso del término depresión se extiende a la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, asimismo una característica fundamental de la definición clínica de la depresión. Las descripciones de niños que se consideran depresivos sugieren que además estos, manifiestan otros problemas. Suele observarse una pérdida de la experiencia de placer, retraimiento social, baja autoestima, incapacidad para concentrarse, trabajos escolares, alteraciones en las funciones biológicas y síntomas somáticos.

En las variaciones que se han hallado en los índices de depresión también influyen los distintos criterios empleados para su definición (Ruiloba & Ferrer, 2000).

La depresión, considerada como síntoma, generalmente implica que el niño parece tener o se queja de tristeza, llora fácilmente o está disfórico solitario, desesperado o pesimista.

La depresión conlleva a tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, excesiva autocrítica, baja tolerancia a la frustración, y baja autoestima (Del Barrio, 1997).

Los puntos concernientes al síndrome de depresión en la infancia se extienden desde la inexistencia de la identidad, pasando por definiciones rigurosas de un cuadro clínico y una entidad mórbida, hasta un trastorno que abarca prácticamente toda la psicopatología infantil.

La depresión por ende puede referirse a un síntoma como a un sentimiento de tristeza, una experiencia común de la vida cotidiana o un síndrome conformado por



varios síntomas. Si bien las fluctuaciones en el estado anímico son normales en los niños y adultos, niveles elevados de depresión, particularmente si persisten con el tiempo, pueden interferir seriamente con la adaptación del niño (Del Barrio & Del Barrio, 2000).

En un estudio realizado en España con escolares de ocho a doce años, se puso de manifiesto que tanto la ideación como la intencionalidad suicida están asociadas a una mayor sintomatología depresiva (Polaino, 1988).

Por otro lado los trastornos emocionales están estrechamente vinculados a los acontecimientos vitales estresantes. Un suceso de este tipo puede iniciar un episodio depresivo y es un factor estresante concreto que tiene consecuencias en el desarrollo de síntomas como humor depresivo o irritable. La depresión no tiene el mismo sentido para el niño que para el adulto ni el mismo contenido, representa una experiencia diferente según la edad (Arfouilloux, 1986).

En la misma vertiente algunos autores señalan que los niños pueden mostrar una depresión afectiva, es decir un estado afectivo de desgracia o tristeza crónica. Los niños pueden presentar mal rendimiento y desajuste en la escuela, alteraciones de los patrones de sueño y de la alimentación, sentimiento de miedo y de desesperación, retardo psicomotor, y, en ocasiones, ideas o intentos suicidas. Con frecuencia pueden intercalarse periodos de agitación y ansiedad. En algunos casos puede haber un trauma severo y reciente, relacionado a menudo con la pérdida de un objeto y la presencia de psicopatología grave en familiares cercanos (Empson & Nabuzoka, 2006).

Mientras que Stack (1971) clasifica las depresiones infantiles en dos grupos: a) depresiones en niños preescolares, caracterizado por hiperactividad, apatía y somatización, y b) depresiones en niños escolares, caracterizados por depresión simple, fobias u obsesiones, estados depresivos mixtos y depresiones asociadas con disfunciones cerebrales y estados psicóticos.



La sintomatología entonces, depende de la edad y el sexo. En los niños de edad escolar o mayores, la sintomatología depresiva se refiere sobre todo a la esfera cognitiva. La distribución por el sexo demuestra que las niñas depresivas se inhiben y cambian su conducta frecuentemente, mientras que los varones se caracterizan por la tendencia al aislamiento (Shapiro, 2000).

En la actualidad la existencia de la depresión infantil es un hecho aceptado comúnmente por la comunidad científica por lo que ha cobrado gran importancia su estudio y tratamiento. Los trastornos depresivos en el niño son comunes, recurrentes y en muchos casos crónicos, además de presentar asociada una alta comorbilidad.

Aunque aún no existen causas únicas definidas, en los casos de depresión infantil, hay múltiples factores que están asociados con la aparición, duración y recurrencia de dicho trastorno y se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico y social que sirven de base para la aparición de las distintas conductas normales patológicas (Sattler, 2003)

Reconocer la depresión en el niño es reconocer su agresividad dirigida contra él mismo. La vida de un niño es una sucesión de renunciaciones, frustraciones estructurantes que no le permiten alcanzar la autonomía y la madurez. Cuanto más joven es el niño más somático es el aspecto de su depresión y de acuerdo con los expertos se detecta depresión en el niño desde los 6 u 8 meses de edad (Morán, 2004).

Por otro lado como se mencionó anteriormente los antecedentes familiares de padres con depresión triplican el riesgo del niño para padecer depresión a lo largo de su vida. Otros factores relacionados con los padres, son el conflicto marital, cuidado inadecuado de los hijos o muerte de alguno de los padres. Por ende a continuación revisaremos las prácticas parentales como factores desencadenantes en la conducta suicida infantil.

## **2.1.2 Prácticas parentales**

En la infancia existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida. La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde el adolescente carece del soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes y/o depresión.

La familia representa uno de los núcleos determinantes en el desarrollo cognitivo, personal, emocional y socio-afectivo del niño. Ésta constituye el agente de socialización primario al ser la primera fuente de información sobre la propia valía personal, sobre lo que es bueno o malo o sobre lo que se debe hacer y lo que se debe evitar (Solís & Camara, 2008).

El grupo familiar proporciona al niño todas las señales iniciales, como si es amado o no, aceptado o rechazado, si tiene éxito o fracaso. Hasta que entra en la escuela la familia es virtualmente su único contexto de aprendizaje (Burns, 1990) y los padres conforman modelos potentes de transmisión de normas, refuerzos y castigos, mostrándole cómo actuar o tomar sus propias decisiones.

Entonces el estilo de crianza se puede definir como un constructor psicológico multidimensional. Los estilos más reconocidos de crianza fueron derivados de las descripciones prototípicas propuestas por el modelo de socialización de Baumrind (1966); sin embargo, en la práctica los estudios han operacionalizado el modelo implicando una o más dimensiones, como son las de comunicación y afecto, entre otras (Esteve, 2005).

Recientemente ha aparecido un nuevo enfoque denominado por Palacios (1999) como modelo de construcción conjunta o de influencias múltiples. Desde esta perspectiva, destacan dos supuestos fundamentales: las relaciones entre padres e hijos son



bidireccionales, y las prácticas educativas sólo son eficaces si se adecuan a la edad de los hijos, y promocionan su desarrollo (Solís & Camara 2008).

Los estilos de crianza por otro lado, se pueden dividir en autoritario, permisivo (negligente) y democrático, siendo los dos primeros modelos de crianza inconsistentes. Los padres autoritarios siempre tratan de estar en control y ejercer control sobre los niños y generalmente estos menores no aprenden a pensar por sí mismos ni entienden por qué sus papás exigen cierto comportamiento, mientras que los padres permisivos ceden la mayoría del control a los hijos, fijan pocas reglas, si es que fijan algunas, y las que fijan por lo general no se hacen cumplir de manera uniforme, no establecen límites ni tienen expectativas claras de comportamiento para sus hijos, tienden a aceptarlos de manera cálida y cariñosa, sin importar la conducta de los niños aceptan el comportamiento del niño, sea bueno o malo, y no hacen ningún comentario sobre si le beneficia o no. Algunas veces se sienten incapaces de cambiar el mal comportamiento y optan por no involucrarse. Por otro lado en el estilo democrático son padres que tratan de dirigir las actividades de sus hijos en forma racional considerando su edad y sus características individuales (Baumrind, 1986).

Musitu y Cava (2001), ofrecen una síntesis de los efectos en los hijos de los distintos estilos parentales de socialización, tomando en cuenta que estos efectos están mediatizados tanto por el contexto como por la cultura. Si el estilo de crianza es autoritario los niños muestran cierto resentimiento hacia los padres, menor autoestima familiar, se someten a las normas sociales (sin interiorizarlas) y muestran más problemas de ansiedad y depresión. Mientras que si el estilo de crianza es negligente los niños y adolescentes son más testarudos y se implican en más discusiones, actúan impulsivamente y mienten más, presentan más problemas de consumo de drogas y alcohol, bajo logro académico, tienen más problemas emocionales como el miedo al abandono y falta de confianza en los demás, pensamientos suicidas, pobre autoestima, miedos irracionales, ansiedad y pobres habilidades sociales (Esteve, 2005).

Un estilo parental inadecuado siempre es un factor de riesgo y puede provocar inevitablemente que los niños se vuelvan inadaptados y en algunas ocasiones se llegue al suicidio infantil.

Los padres son la principal influencia de socialización en la vida de los hijos, juegan un papel crucial en el desarrollo social y su papel se extiende a lo largo de la vida. Las funciones de esposos y padres, como la calidad de su relación, pueden ser factores que contribuyen al ajuste psicológico de los hijos. De igual manera, los conflictos que enfrentan los padres diariamente y el estrés percibido debido a funciones relacionadas con la crianza influyen sobre el ajuste de los hijos (Ceballos & Rodrigo, 1998).

De tal manera que los desajustes emocionales causados por los padres son un factor preponderante para generar en el niño, la depresión, la ansiedad y por ende el comportamiento suicida infantil. Por tal motivo revisaremos la ansiedad como factor en el comportamiento suicida infantil.

### **2.1.3 Ansiedad**

Recientemente la ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en niños.

El miedo que es una respuesta natural a estímulos percibidos como amenazas, posee componentes cognitivos afectivos, fisiológicos y conductuales. La respuesta al miedo tiene una función adaptativa ya que prepara al individuo para enfrentar situaciones potencialmente peligrosas, sin embargo, cuando las respuestas al miedo se basan en valoraciones poco exactas o irracionales sobre las amenazas y cuando interfieren con el funcionamiento del niño, dichas respuesta constituyen un trastorno de ansiedad (Foa & Kozak, 1985).

La ansiedad se define como un complejo patrón de tres tipos de reacciones ante la percepción de una amenaza, respuestas motoras, respuestas fisiológicas y respuestas subjetivas (Ruiloba & Ferrer, 2000).



Algunos autores postulan que la presencia de ansiedad identifica un subtipo de ideación suicida infantil. En esta línea, Allan (1998) estudió una muestra de 27 niños con ideación suicida hospitalizados, entre 8 a 11 años de edad, que fueron divididos en dos grupos, con alta y baja ansiedad. Los resultados muestran que los niños con ideación suicida y ansiedad eran menos felices y satisfechos, experimentaban más eventos vitales negativos y eran más distraídos, activos e intensos en sus reacciones que los niños con ideación suicida solamente. Además, los padres de los niños con altos niveles de ansiedad reportaron más síntomas obsesivos compulsivos y ansiosos, así como mayor hostilidad que los padres de niños con baja ansiedad (Vallejo & Ruiloba, 2000).

Se puede plantear por lo tanto que la ansiedad agregada a un cuadro clínico de ideación suicida crea un particular sufrimiento al estado psicopatológico infantil, jugando de esta manera un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida.

Sin embargo, las causas de los trastornos de ansiedad en el niño no están claras en absoluto y gran parte de la información disponible no representa sino una ampliación de la literatura especializada que existe entre el adulto, No obstante, hay un conjunto de datos que sugieren una serie de influencias e indicaciones importantes por donde seguir la investigación.

Una de las formas de ansiedad que se conoce es el estrés el cual es un factor estresante relacionado con sucesos ambientales, además, de que el estrés es un factor clave en el desarrollo de los trastornos conductuales en los niños.

Hay una multiplicidad de fuentes que señalan que los trastornos de ansiedad se producen en la familia, sin embargo esa influencia familiar también es el resultado de las influencias ambientales. Así que puede ser que los trastornos de ansiedad se vean influidos por diversos factores determinantes (Ruilloba & Ferrer, 2000)

La teorías biológicas por otro lado explican la etiología de los trastornos de ansiedad enfatizando el papel de los factores genéticos en la creación de una vulnerabilidad a



las reacciones desadaptativas a situaciones amenazantes o ubicando las causas del trastorno en los procesos fisiológicos.

Además en este punto es importante mencionar que existe comorbilidad entre los trastornos ansiosos y depresivos. Los niños experimentan numerosos miedos durante su crecimiento, la mayoría transitorios, de intensidad moderada y específicos de la edad, en estas ocasiones lo mejor es escucharlos y calmarlos. Pero en otros momentos en los que el sufrimiento es desproporcionado a la ocasión y se da de forma repetida, no debemos subestimar el sufrimiento de los niños, ya que puede tratarse de un cuadro ansioso depresivo. El problema de la diferenciación de los síntomas entre ansiedad y depresión, constituye una de las grandes preocupaciones en la psicopatología, dadas las profundas implicaciones para las tareas diagnósticas y de intervención. La problemática referida anteriormente se ve reflejada en los datos de vigilancia epidemiológica, según los cuales se indica una fuerte comorbilidad entre ambos tipos de trastorno, sin que llegue a establecerse con precisión cuál antecede o predispone al otro, o si se trata de una confusión entre ambos trastornos, dada la presencia de síntomas comunes (Agudelo, Buela-Casal & Spielberger, 2007).

Una vez mencionados los factores concernientes al suicidio infantil pertinentes al presente estudio, se describen algunos hallazgos en literatura a partir de investigaciones relacionadas. Existen otros factores asociados a la conducta suicida infantil, sin embargo únicamente se analizan los factores ya mencionados

## CAPÍTULO III

# INVESTIGACIÓN SELECCIONADA

En la literatura especializada se han encontrado diversos estudios tanto nacionales como globales que estudian el fenómeno del suicidio en niños, es importante analizarlos para delimitar elementos teóricos que permiten justificar a la presente investigación.

En un estudio realizado por Cabrejos, Kruger, & Salmavides (2005) se detectó que el suicidio e intento de suicidio están relacionados con los antecedentes personales (problemas personales, síndrome depresivo, maltrato psicológico), antecedentes familiares (conflictos familiares, problemas económicos y problemas psiquiátricos) y a la intoxicación con diversas sustancias.

En otro estudio realizado por Huanca (2002) se encontró relación entre el intento de suicidio, factores psicopatológicos y factores ambientales, los cuales se ubicaron en la familia, en la comunidad y en el colegio.

Polaino-Lorente & Heras (1990) estudiaron la relación entre el intento suicida en niños con el fracaso escolar, encontrando que el fracaso escolar puede constituirse en algunos casos como el factor etiológico de las conductas suicidas en infantes.

En el estudio de Viñas & Domenech (1999) ponen de manifiesto que tanto la ideación como la intencionalidad suicida están asociadas a una mayor sintomatología depresiva y que por otra parte la ideación suicida no parece estar asociada a un bajo nivel intelectual.

En un estudio realizado por Llopis (2009) se encontró que clínica y psicológicamente se pueden clasificar los actos de suicidio en la infancia en suicidio por desesperación, por miedo, por ventaja o chantaje, por imitación y por sacrificio y otro factor importante en la incidencia de la frecuencia de suicidios fue el aumento de la proporción de divorcios.

En un estudio realizado por Gonzales, Ramos, Caballero, & Wagner (2003) se encontró que los infantes que presentaron ideación o intento suicida tenían una



relación conflictiva con el padre y/o la madre y reportaron que sus padres discutían por problemas económicos, a su vez se encontraron relaciones en cuanto al sexo y la asociación entre depresión y/o ideación suicida.

Borges & Cota (2008) hicieron un estudio con población mexicana y encontraron que son muy pocos los estudios realizados en nuestro país enfocados a la conducta suicida y la mayoría de estos fueron en población escolar, siendo el intento de suicidio el más estudiado.

Cañón (2011) encontró que el suicidio en infantes es de los temas menos tratados en la literatura a pesar de que éste va en aumento, de acuerdo con esta investigación los antecedentes de la conducta suicida vienen ligados a la depresión, abuso sexual, problemáticas familiares, problemas que no son fáciles de identificar debido a que un niño no ha desarrollado los mecanismos para desarrollar la frustración y el ambiente familiar como factor decisivo en la formación de pensamientos e ideas suicidas.

En otro estudio realizado por Campo, Roa, Pérez, Salazar, López & Ramírez (2003) encontraron que como características psicológicas predominantes en el intento de suicidio infantil se encuentran perturbaciones en el ámbito sexual, represión emocional, negación a situaciones penosas ya agresivas y disfunción familiar. También ponen de manifiesto la presencia de enfermedad mental en todos los menores de 18 años que ingresaron en este estudio.

Numerosos estudios se han ocupado de explorar las relaciones causales entre determinados entornos socio-familiares, estilos de crianza, experiencia temprana y algunos trastornos psicológicos sin embargo la realidad nos dice que estas asociación entre factores ambientales específicos y trastornos específicos no siempre se cumple ni con la regularidad ni con la dirección esperada puesto que dichos contextos dan lugar a diferentes manifestaciones funcionales.

Barraclough (2007) encontró que los suicidas depresivos se caracterizan por mas antecedentes de intentos previos, insomnio, menor apoyo social y familiar, y un curso de



la enfermedad depresiva o muy corto o muy prolongado. Aunque los resultados acerca de estos marcadores clínicos de riesgo suicida, sin embargo, han sido escasamente replicados y carecen de suficiente validez predictiva.

Viñas, Ballabriga & Domènech (2000) por otro lado encontró que la prevalencia de la depresión aumenta a medida que lo hace la gravedad del comportamiento suicida y con respecto a la historia natural del trastorno depresivo parece que el riesgo suicida es mayor, en los dos años posteriores al episodio agudo.

En los últimos 20 años se han llevado a cabo diversos estudios epidemiológicos sobre la psicopatología en niños en diversos países. Las tasas de prevalencia globales encontradas se sitúan entre 14% a 20%. De estos porcentajes el 2% corresponde a trastornos graves el 8 % a trastornos de proporción moderada y el resto a psicopatología leve.

Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre factores de riesgo en la conducta suicida utilizan diseños retrospectivos para la colección de los datos, lo que hace muy difícil concluir relaciones causa-efecto a partir de los resultados. Claramente, son necesarios más estudios prospectivos para dilucidar procesos causales y de esta manera delinear intervenciones clínicas específicas.

## CAPÍTULO IV

# ANÁLISIS DEL DISCURSO

---

Tanto la teoría como el análisis de los datos exigen una interpretación basada en la indagación que se realiza de manera sistemática.

Con el término investigación cualitativa se entiende cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación.

Al hablar sobre el análisis cualitativo se refiere al proceso cuyo propósito es descubrir conceptos y relaciones en los datos brutos y luego organizarlos en un esquema explicativo teórico.

Los métodos cualitativos pueden usarse para explorar áreas sobre las cuales se conoce poco y se busca obtener un conocimiento nuevo, además de que se pueden utilizar para obtener detalles complejos de algunos fenómenos, tales como sentimientos, procesos de pensamiento y emociones (Forni, 1993).

Existen tres componentes principales en la investigación cualitativa. Primero, están los datos que pueden provenir de fuentes diferentes, tales como entrevistas, observaciones, documentos, registros y películas. Segundo, están los procedimientos que los investigadores pueden usar para interpretar y organizar los datos. Los informes escritos y verbales conforman el tercer componente y pueden presentarse como artículos en revistas científicas, en charlas o como libros.

Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 2002).

a). La investigación cualitativa es inductiva. Los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos, y no recogiendo datos para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidos. En los estudios

cualitativos los investigadores siguen un diseño de la investigación flexible. Comienzan sus estudios con interrogantes sólo vagamente formulados.

- b). El investigador cualitativo estudia a las personas en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan.
- c). Los investigadores interactúan con los informantes de un modo natural y no intrusivo.
- d). Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- e). El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- f). Un estudio cualitativo es una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados.
- g). Los investigadores cualitativos son flexibles en cuanto al modo en que intentan conducir sus estudios. (Galeano, 2007).

Existen diversas técnicas dentro de la investigación cualitativa sin embargo se estudia el análisis del discurso para fines de esta investigación.

Los investigadores cualitativos se interesan en los significados, el significado humano se transmite principalmente a través del lenguaje.

En cuanto al análisis del discurso, la primera propuesta metodológica para realizar el análisis de la información obtenida en la presente investigación es el análisis del discurso. El análisis del discurso es el estudio del lenguaje en uso. Es un campo interdisciplinario que ha evolucionado en diferentes formas y con diferentes asunciones entre la lingüística, en la sociología, estudios culturales y psicología. Se encarga de estudiar el decir, el hacer y el ser a través del lenguaje (Potter, 1987).



Para aumentar la validez del análisis, es importante que se considere la convergencia es decir, que las respuestas sean compatibles y convincentes, la cobertura que implica que el análisis es más válido mientras pueda ser aplicado a distintos datos y los detalles lingüísticos o lo que es el enlace con la estructura lingüística (Coolican, 2005).

El análisis del discurso se ocupa, de los tipos de lenguaje que los sujetos usan, de sus opciones semánticas y sintácticas en términos de las interacciones estratégicas de los individuos.

## CAPITULO V

# PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

---

El suicidio infantil es una conducta que aumenta con frecuencia. En México existen escasas investigaciones acerca de esta problemática. Asimismo existen pocos instrumentos para medir los factores de riesgo que conducen a la conducta suicida infantil.

La conducta suicida infantil no llega a ser considerada como problemática social debido a que la mayoría de los casos no llegan a las instancias correspondientes como lo son los hospitales o los servicios psicológicos, debido a esto se tienen muy pocos o nulos registros de estos acontecimientos, lo que lleva a las personas a considerar que dicha problemática es inexistente.

Sin embargo, la conducta suicida infantil existe, y por lo tanto es imprescindible que los psicólogos aborden este tema para identificar los factores de riesgo que llevan a dicha conducta. Al mismo tiempo cabe resaltar que estos actos se presentan en un continuo, es decir, de menor a mayor gravedad. Por lo tanto mientras más rápido se identifiquen a los niños que presentan esta conducta es menos probable que ésta se vaya agravando y así evitar desenlaces fatales como lo es el suicidio consumado.

Es importante identificar los factores que desencadenan la conducta suicida infantil, ya que al tener claro cuáles son los principales, es posible entonces detectarlos a tiempo antes de que ocurra el acto suicida en su totalidad o fatalidad.

La conducta suicida infantil es definida para fines de esta investigación como un proceso personal que se produce cuando el niño se autolesiona causando la muerte.

Mientras que la tentativa suicida es definida para términos de esta investigación como aquel proceso personal de auto lesión sin llegar a causar la muerte.

# CAPITULO VI

## MÉTODO

### 6.1 Objetivo general

Analizar por medio análisis del discurso la información obtenida del Cuestionario para la Valoración del Riesgo de Suicidio en Niños de Pfeiffer (1988), acerca de los factores de riesgo que ellos reportan desencadenantes de la conducta suicida.

### 6.2 Objetivos específicos

- Analizar las respuestas abiertas del instrumento.
- Realizar un análisis de contenido de las respuestas obtenidas en el instrumento.
- Determinar la pertinencia de la información obtenida.
- Verificar si los estilos parentales, la ansiedad y la depresión son factores de riesgo en la conducta suicida infantil.

### 6.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo que desencadenan la conducta suicida infantil?

### 6.3 Instrumento

Cuestionario para la Valoración del Riesgo de Suicidio en Niños (Pfeiffer 1988). El instrumento está conformado por 141 reactivos divididos en las siguientes escalas: a) Introducción, b) Cambios en la conducta y los sentimientos, c) Acciones que indiquen una pérdida de interés por la vida, d) Sucesos traumáticos, e) Familia, f) Pensamientos y acciones relacionadas con el suicidio y g) Preguntas finales. Las preguntas de este cuestionario son abiertas, lo que permite un mayor desenvolvimiento del niño para realizar posteriormente el análisis del discurso.

De la misma manera, se les pidió a los padres de familia o tutores que firmaran el Consentimiento informado para la realización de la investigación.

## **6.4 Población**

La población del presente trabajo corresponde a niños y niñas 108 niños de entre seis a doce años de edad que en el año 2014 cursaban de entre primer grado de primaria a sexto grado de primaria, pertenecientes a tres escuelas públicas de la Ciudad de México ubicadas en la Delegación Coyoacán las cuales fueron: Escuela Primaria "Profesor Gabriel Lucio Arguelles", Escuela Primaria "Fundación de México" y Escuela Primaria "Profesor Francisco Javier Lilly Huerta". Se eligieron de forma aleatoria 6 niños por cada grado escolar, es decir que por cada escuela se seleccionaron 36 niños.

## **6.5 Tipo de estudio**

El presente estudio se enmarca en la metodología cualitativa con la técnica para la recolección de datos del análisis del discurso. El carácter cualitativo de esta investigación está determinado por la utilización de un cuestionario para la obtención de la información.

## **6.6 Escenario**

Se entrevistó a los niños dentro de la escuela, en un salón que es utilizado para USAER donde sólo se encontraba el entrevistado y el entrevistador. El salón contaba con una mesa, dos sillas, luz natural y luz artificial. Este contaba con la privacidad necesaria para que los niños pudiesen contestar las preguntas sin temer a que alguien más los escuchase.

## **6.7 Procedimiento**

Se informó los padres de familia acerca de la investigación, en la junta de padres de familia para que firmaran el consentimiento informado, una vez realizado esto se les fue llamando a los niños al salón de USAER uno por uno para aplicar el Cuestionario que tenía una duración de aproximadamente una hora.

Cada entrevista se grabó para poder realizar su traducción posteriormente. Una vez que se terminó la aplicación se utilizó el análisis del discurso para poder identificar a los 27 niños que presentaron intentos de suicidio y se capturó la información recabada de estos. Con la finalidad de resguardar la identidad de los participantes se procedió a codificar los cuestionarios de modo que las respuestas fueran anónimas. Una vez recepcionados los cuestionarios se procedió a seleccionar a aquellos cuestionarios a niños y



niñas que presentaran ideación suicida, tentativa suicida y señales de vida sin esperanza.

Dentro del mismo análisis se identificaron los factores de riesgo en la conducta suicida infantil, a partir de la información recabada así como de la forma de expresión de dicha información.

## CAPITULO VII

### RESULTADOS

Con la finalidad de dar respuesta a los objetivos planteados en la presente investigación a continuación se realiza un análisis de los resultados obtenidos. Inicialmente el cuestionario se aplicó a 108 niños de seis a doce años de edad de escuelas primarias públicas de la Ciudad de México, de los cuales se analizaron únicamente 27 que fueron los que presentaron la conducta suicida.

A continuación se presentan algunos resultados de dichos cuestionarios

Del total de 108 niños se eligieron únicamente el 25% quienes eran los que presentaban intentos de suicidio, ideación suicida o ambos.

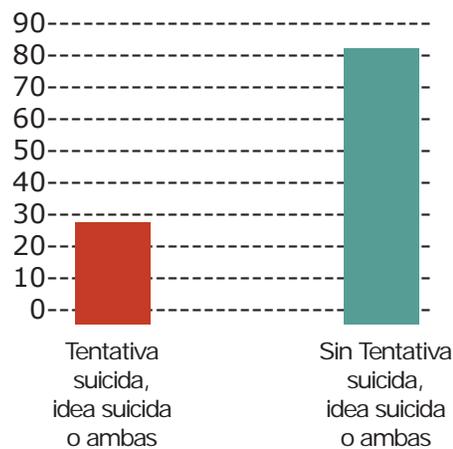


Figura 1. Total de niños entrevistados

En la Figura 1 se muestra el resultado general en cuando al total de la muestra. Esto indicaría el porcentaje de niños que tiene tentativa de suicidio, desesperanza por la vida o ideación suicida.

Se realizó la transcripción de las 27 entrevistas, en donde por la parte superior izquierda los primeros tres dígitos representan el número de cuestionario, las letras en

mayúscula representan las escuelas LH (Escuela Primaria “Profesor Francisco Javier Lilly Huerta”), LA (Escuela Primaria “Profesor Gabriel Lucio Arguelles”) y FM (Escuela Primaria “Fundación de México”); y los últimos dos números representan la edad.

Obteniendo los siguientes resultados:

001

LH

10

---

Últimamente se siente rara y casi no se lleva bien con nadie. Siente que la vida no tiene esperanza por los problemas que tiene, se siente sola sobretodo hace un año cuando se fue su papá de su casa. La nueva pareja de su papá le pego y ellos discutieron por ese motivo, además su papá se fue de la casa el día de su cumpleaños. El mismo día que su papá se fue de la casa ella se cortó en las piernas con la navaja de un sacapuntas porque sus amigas ya lo habían hecho. Su mamá era drogadicta y su hermano menor pesó 1.900 kg por esta problemática, ella se hizo cargo de su hermanito, ahora su mamá está embarazada nuevamente y su pareja le pega tanto a ella como a los dos niños. Duermen todos en la misma cama (la niña, el hermanito, la mamá y el padrastro).

Cuando era más pequeña sus primos la encerraron en una habitación con un señor que la tocó, cuando su mamá se enteró demandó al señor, sus primos también la han tocado cuando ellos creen que está dormida. Su papá la va a visitar de vez en cuando pero ella no le dice sus problemas porque el señor está mal del corazón y ella tiene miedo de que se vaya a morir. Su mamá la tuvo cuando tenía 12 años y le cuenta que se separó de su papá por que el señor la golpeaba pero ella se niega a creer que su papá le pegaba a su mamá. Aparte del miedo a perder a su papá tiene miedo de que su mamá se vaya con otro y los deje, le da miedo que se muera su hermano porque tiene asma, le da miedo que se muera su abuelita porque esta viejita y miedo a que muera una de sus amigas porque también se ha cortado.

Casi no come porque no le da hambre, le hicieron estudios y padece anemia y gastritis, pero come mucho chile. Fuma y toma. Se lleva mal con su mamá porque es muy

agresiva y la golpea mucho. Sus abuelos le dicen que es una parásita y una pendeja. Dice sufrir de depresión y se quiere ir de su casa pero luego piensa en sus estudios porque quiere ser contadora y se queda.

002

LH

11

Se ha sentido diferente últimamente. Recientemente estuvo involucrada en una pelea a causa de chismes. Siente que no vale nada porque su familia le dice que no sirve para nada. Ahora es más tímida que antes. Solía jugar con sus muñecas pero como ya casi no convive con sus primas ya no juega con ellas. Lloro mucho cuando le entra el sentimiento. Se culpa de que su hermana tenía un bebe y le hacían más caso al bebé que a ella, entonces ella quería que al bebé le pasara algo, cuando el bebé murió de pulmonía ella creyó que era su culpa por que ella quería que le pasara algo.

Vive con su mamá y el novio de su mamá, Pero el señor luego llega borracho. Le teme al coco y a perder a su amiga debido a que ella sabe todos sus secretos. Probó el tequila una vez pero no le gustó.

Perdió a sus nenucos por que se los robaron. Ha pensado en beber o comer algo que le hace daño porque se quiere morir. Su intento de suicidio lo hizo al prender el gas para asfixiarse y dejó una carta de despedida para su familia. Sus amigos eran su conejo, su codorniz y su gato pero murieron de diferentes causas y eso la puso muy triste. Una de sus amigas también intentó suicidarse cortándose en la cadera.

A ella le dicen de sobrenombre la diabla, entonces supone que su papá es la muerte y por eso se quiere morir por que la muerte es su papá.

Antes creía que cuando las personas morían se iban al cielo pero ahora cree que se van al infierno. Piensa que su familia se sentiría triste y desamparada si ella muriera. Para suicidarse hizo un plan y escribió los pasos, realizó el intento de suicidio porque

no la quieren en su casa, dice que todos se la pasan gritando. Sus planes a futuro son tener una familia y un buen matrimonio

003

LA

09

Se enoja más fácilmente últimamente. Siente que la vida no tiene esperanza porque ya nada vale la pena, su papá no la quiere, no le presta atención y aparte le pega. Se siente muy frustrada cuando hace corajes. Llora mucho cuando piensa en las cosas que le han pasado. Se culpa de cosas que han pasado por que el mismo día que llegó a vivir con sus abuelos hubo una balacera y uno de sus tíos se murió y al otro lo metieron a la cárcel y ella siente que fue por su culpa. Se ha vuelto más irritable, se enoja mucho y le dan ganas de desquitarse.

Le da miedo perder a sus abuelos porque son los únicos que la enseñan a salir adelante. Hace casi un año que no come mucho. Solía ser alegre y ahora es muy seria. Suele hacer cosas peligrosas porque se pelea mucho. Una vez intento suicidarse tomando pastillas. Su amiga se ha cortado las venas. Perdió a su mascota porque se la robaron y amaneció muerta. Sueña que su tío que falleció va a visitarla y ve como lo balacearon. Cree que la gente al morir únicamente se va al panteón. Su abuela le dice que tiene que superar sus problemas. Se lleva muy mal con sus padres, ellos se la pasan peleando pero a ella ya le da igual. Su papá también le pega a su hermano. Intenta tomar más pastillas por que la última vez no tomó suficientes, desea estar muerta para que todos estén mejor. Sus planes a futuro son salir adelante y quien la apoya es su novio porque le habla bonito.

Siente que la vida no tiene esperanza porque se quiere morir, además piensa que la vida es aburrida. A veces siente que no vale nada porque su familia le dice eso. Ahora es callada y llora cuando la hacen enojar. Se culpa de problemas en casa porque se quiere ir a vivir con su papá porque su padrastro le pega y genera problemas con su mamá.

Le da miedo perder a su mamá porque no la apoya. Come menos y se ha cortado en las piernas. Su hermano intentó suicidarse con un vidrio de una ventana. Piensa mucho en la muerte porque se quiere morir. Cree que todos se sentirían felices si ella estuviera muerta. Con su mamá se lleva muy mal y sus papás ya no se pelean por que ya se separaron. Planea intentar otro suicidio pero ahora cortándose en los brazos.

Últimamente se siente muy triste y enojada al mismo tiempo porque su abuelo falleció en septiembre y ella lo quería mucho además era el único que la cuidaba bien. Ha perdido el interés en ciertas cosas, antes salía con sus amigas y “ahora dejé de jugar con mis hermanos, me siento rara”, dice. Lloro diario en la noche cuando se pone a ver las cicatrices de sus cortadas. Se culpa de las peleas que tienen sus papás acerca de que ella se corta, además dice que su hermana gemela comenzó a cortarse también porque ella se corta. Sus amigas también se han cortado. Se enoja mucho porque las personas siempre le están preguntando el motivo por el cual se corta y eso la desespera.

Le da miedo perder a su abuelita porque está enferma de los huesos y se va a morir de viejita. Duerme menos por que se desvela llorando por sus marcas. Consume alcohol y el vodka le gusta. Se ha cortado diez veces. Se lleva bien con su papá pero con su

mamá no porque se enoja mucho y le cuenta todo a su papá. Sus papás no le dan el apoyo que necesita porque les prestan más atención a sus hermanos. Las primeras veces que se cortó se quería matar pero ahora solo le quita por un momento los problemas que tiene.

006

LA

10

---

Ha sentido cambios pero no sabe cuáles. Siente que la vida no tiene esperanzas porque es muy fea, no la dejan vivir a gusto, su mamá la insulta y llora siempre que le entra el sentimiento. Se culpa de cosas malas que pasan porque luego se pelea con su papá y le dice groserías. Se enoja fácilmente porque le entra la desesperación.

Le preocupa perder a sus papás porque no quiere que se divorcien. Casi no puede dormir, antes les hablaba a todos y ahora ya no le habla a nadie. Se ha cortado en los brazos, su hermana la encontró y la regañó, ahora se arrepiente. Su hermana también se ha cortado “siempre está cortándose los brazos”. Los papás pelean mucho por ella y por sus hermanos y las peleas la hacen sentir triste. Como planes a futuro quiere seguir estudiando

007

FM

09

---

Respondió las primeras preguntas diciendo que últimamente después dijo Ya no quiero que me siga haciendo más preguntas (empezó a llorar), es que me siento triste porque mis papás se están separando y a mí me pegan, a mi hermanito también y creo que así no podemos estar bien, me he cortado los brazos 4 veces y 2 veces en las piernas pero ninguno ha funcionado y me pongo triste y me enoja mucho, mis amigas también han intentado cortarse y mi hermanita menor también, su hermanita tiene 7 años. Ya no quiso hablar más.

008

FM

10

Siente que la vida no tiene esperanza porque a veces siente que se quiere morir, la vida es aburrida. Siente que no vale nada porque no vale la pena estar con ella. Lloro cuando la hacen enojar y eso pasa mucho. Se culpa de que se quiere ir a vivir con su papá porque su padrastro le pega. Le da miedo perder a su papá porque le da miedo que se vaya sin ella. Se corta en las piernas con la navaja del sacapuntas, a veces piensa en la muerte cuando se pregunta qué hubiera pasado si se hubiera muerto y cree que estarían tristes.

Se lleva mal con su mamá porque deja que su padrastro le pegue, solo su papá la apoya. También a su mamá le pega su padrastro. No tiene planes a futuro.

009

FM

08

Siente que la vida no tiene esperanza porque es muy fea, su mamá murió hace 8 meses y se ha vuelto más callado porque la extraña, además llora cada vez que la recuerda. Se enoja mucho con su hermano porque lo molesta mucho.

Le da miedo perder a su papá así como perdió a su mamá. Sus calificaciones subieron. Una vez se cortó los brazos porque se quería ir con su mamá, piensa mucho en él porque se fue su mamá. Tenía un cuyo de mascota pero un día cuando regresaron a su casa ya estaba muerto

010

LA

08

Se siente frustrada siempre que se enoja. Perdió el interés en sus muñecas de las Monster High, un día que regresó a su casa ya no estaban sus muñecas y ella las coleccionaba, cree que se las llevó su mamá, por eso se quiere ir con su papá pero

no lo conoce, dice su abuela que es militar y que a veces regresa pero ella nunca lo ha visto. No quiere a su mamá porque es una puta, solo quiere conocer a su papá e irse con él.

Le da miedo perder a su abuela porque ella es la única que le puede decir donde está su papá. Tuvo un intento de suicidio con pastillas y le dejó una carta a su papá. Tiene microsia izquierda. Tenía un hámster pero murió porque se le olvidó dejarle de comer. Piensa que si estuviera muerta, su mamá sería muy feliz ya que no sabe por qué su mamá se embarazó de ella. De grande quiere ser veterinaria.

011

LH

08

Antes era más tímida. Alguna vez llegó a sentir que la vida no tenía esperanza cuando sus papás peleaban mucho y no querían a sus hermanos ni a ella. Sintió que no valía nada cuando otra niña dijo mentiras acerca de ella.

Se culpa cuando sus amigas se pelean, es sensible a las peleas, como cuando sus papás pelaban, ahora se van a divorciar y se pone triste además su papá es bipolar, quiere más a su papá pero se queda en casa de su mamá por que la apoya más. Su papá engañó a su mamá y escuchaba como se peleaban y los golpes. Su cuarto le da miedo porque antes ese era el cuarto de sus papás y ahí era donde peleaban. El día que se enteró del engaño de su papá dice que fue el peor día de su vida, ese día se cortó el brazo con la navaja de un sacapuntas, ahora se arrepiente.

Le da miedo perder a su mejor amiga "Si algo le pasa yo me mato". Toma cerveza. Se arrepiente de haberle pegado una vez a su hermano porque él la estaba empujando. Quiere ser traductora de libros y vivir en Italia.

012 FM 11

---

Se siente muy frustrada cuando la regañan los maestros. Antes le encantaba bailar y ahora le da pena. Lloro mucho porque su papá no le hace caso, además en la escuela le hacían bullying, le decían monstruo, la empujaban y la maestra no decía nada. Se culpó que una vez fue a la tienda con su hermano y llevaban la tarjeta de la beca de su hermano y se perdió, ella sintió que había sido su culpa.

El nuevo novio de su mamá le dijo que no le hablara. Cuando sus papás estaban juntos ella se iba a su cama a dormir para no escuchar los gritos y un día se cortó las piernas con un cuchillo y entonces sus papás hablaron y después de eso se divorciaron, además su papá andaba con otra, su mamá lo descubrió y por eso peleaban, su mamá tampoco le hace caso. No tiene planes a futuro.

013 FM 12

---

Ha tenido cambios porque antes era tranquila y ahora es más latosa. Se siente muy frustrada cuando quiere ir al baño y su maestra no la deja. Se culpaba cuando su amiga le contaba secretos y ellas los contaban a otras personas. Tiene miedo de perder a su hermanito que le pase algo a él o a ella. Con sus amigos se lleva mejor que con su hermanito, él la molesta todo el tiempo. Era muy cercana a su abuelita y ella falleció de viejita, se cortó los brazos con la navaja del sacapuntas para irse con su abuelita.

014 LH 11

---

Es impulsiva y agresiva y no le gusta que la vean llorar. Y no tiene interés en muchas cosas porque ahora ya no tiene tiempo porque cada vez le dejan más tareas.

Se culpa porque su mamá y su hermano la encontraron fumando mariguana, ella causa los problemas porque en su familia discuten por lo que ella hace, su hermana es la consentida a su hermana la quieren y a ella no, por eso se ha cortado los brazos en dos ocasiones para ya no dar más problemas. Nunca conoció a su papá, cuando se enteró de ella, él se fue, ve a sus abuelos como sus padres, vivía con ellos y ellos iban a sus festivales y la cuidaban.

Le da miedo perder a su abuelo porque toma mucho y a su abuela porque tiene cáncer y ya no quiere hacer la quimio, también por eso se ha cortado. También le da miedo perder a su amiga porque tiene cáncer en los huesos. Ha probado alcohol pero no le gusta. Cuando se enoja se empieza a morder la parte baja de su mano. Su tío falleció hace poco de un derrame cerebral. No tiene planes a futuro.

015

LH

12

Últimamente se comporta mejor. Rara vez se siente frustrada, nada más cuando se enoja con sus amigas. Ha perdido el interés en la escuela porque le dejan mucha tarea.

Se culpa de que una vez hizo enojar tanto a su mamá que se desmayó. Su papá le echa la culpa de la separación de su matrimonio a la niña, ahora vive con su padrastro y su hermanastra, cuando se separaron sus papás fue porque peleaban mucho y ella ya no quería escuchar más y se cortó en los brazos con un cuchillo de la casa. Ahora su mamá esconde todos los objetos filosos. Perdió a su perrito porque se le escapó. Fuma marihuana. De grande quiere ser policía

016

LH

11

Se siente frustrada cuando esta triste por lo que pasa en su casa. Cree que no vale nada porque sus amigas no la valoran.

Se culpa de problemas en su casa por que cubre a sus hermanos y porque sus papás pelean mucho.

Le da miedo perder a su abuela porque ya está grande y con ella pasa mucho tiempo. Perdió a sus osos porque su papá los perdió. Tenía un tío que murió de cáncer. Consume marihuana para olvidar los problemas. Consume la droga porque antes se cortaba, la primera vez que se cortó fue porque se quería morir, ya después se le olvidaban los problemas cortándose y ahora es con marihuana. De grande quiere ser policía de investigación.

017

LA

11

---

Últimamente le habla a su mamá a gritos. Sentía que la vida no tenía esperanza cuando su papá se fue con otra. Siente que no vale nada cuando su papá apoya más a su hermanito. Se enoja mucho porque un niño de su salón la molesta.

Antes era amigable pero ahora es bipolar. Se cortó cuando se murió su abuela, ella tenía cáncer y ella le daba todo, se sentía muy triste. Siempre tiene sueños raros de que algo va a pasar o que alguien se va a morir. Consume marihuana. No tiene planes a futuro.

018

FM

09

---

Se siente frustrada nada más cuando está estresada. Siente que no vale nada porque su mamá se lo dice. Mamá es neurótica. Antes jugaba con hermanito y ahora le aburre. Lloro siempre que tiene problemas con su mamá.

Se culpa de que una vez su primo le fue infiel a su esposa y ella lo dijo y toda la familia se enojó con ella. Le da miedo perder a su mamá porque siempre dice que se va a ir

y su madrastra le cae mal. Su personalidad cambió cuando su mamá le dijo que había tenido un aborto y ella se sintió muy mal. Se mete en problemas porque le gusta la adrenalina. Tenía un perrito pero se lo comieron las garrapatas.

Ha tenido 4 intentos de suicidio, la primera vez fue cuando se enteró del aborto de su hermanito, la segunda vez fue porque su mamá se quedó sin dinero y sin trabajo, la tercera vez fue porque su mamá demandó a su papá y no lo vio casi un año, la última vez fue porque su novio la engañó. Consume marihuana y quiere ser veterinaria de grande.

019

LH

12

Ha sentido que la vida no tiene esperanza porque a veces se queda pensando que se sentirá morir, toda su familia se va, su tío murió de una enfermedad, su abuelita no lo sabe, su abuelo desapareció entonces no sabe que pasa con su familia. Se frustra mucho, se cansa y se harta de todo. Se culpa de que una vez se peleó con un compañero y se sacaron sangre. Una vez pensó que su abuelo le iba a pegar pero solo quería matar un mosco.

Le da miedo que algo le pueda pasar a su hermanita. Una vez su mamá se golpeó la cabeza cuando chocaron en un taxi por protegerla a ella (comenzó a llorar) por eso se arrepiente mucho de haberse cortado el brazo cuando su papá las abandonó. Ha deseado no estar en este mundo, su hermano no la quiere, una vez la amenazó con un cuchillo y le ha pegado. Planeó saltar por la ventana pero “No me da valor y no quiero que mi mamá sufra más”. Antes quería ser policía, ahora no tiene planes a futuro. Consume marihuana.

Se cambió de casa con su mamá. Se siente muy frustrada por la nueva escuela y la nueva casa. Siente que no vale nada porque se lo dicen todo el tiempo. Lloro mucho porque falleció su abuelo. Se culpa de problemas en casa porque ella es malhablada y su hermana la imita y por eso su mamá le pega. Le da miedo perder a su abuelita por qué se puede morir de tristeza porque se murió el abuelo. Tenía cuatro becas pero le dejó de importar la escuela y las perdió, no sabía cómo decirle a su mamá porque se iba a enojar entonces se intentó suicidar cortándose las venas, su mamá la encontró y por eso se mudaron. No sabe que le pasa a la gente cuando muere por que su religión es orichí cubana. No le tiene confianza a su mamá. Quiere ser arquitecta o ingeniera.

Sí ha sentido que la vida no tiene esperanza porque los niños le hacían bullying, le pegaban y le decían cochino puto y lo tiraban y lo pateaban, la maestra no hacía nada y ya no quería estar así, entonces se cortó con un cuchillo, su mamá lo encontró, habló con los maestros pero mejor lo cambiaron de escuela.

Le da miedo perder a su hermanita, le da miedo que le pase algo en el kínder, le da miedo perder a su mamá por que la operaron de la matriz y le da miedo perder a su papá porque como es repartidor puede chocar en cualquier momento. Suele hacer cosas peligrosas cuando baja al fondo de la alberca en el curso de verano. Sus papás pelean mucho y él se siente mal porque no entiende por qué pelean. Quiere ser chef de grande.

Siente que no vale nada porque su mamá se enoja mucho y se lo repite constantemente. Antes solía gustarle ver caricaturas ahora ya no le gusta ver la televisión tanto. Se ha vuelto más irritable porque le molestan mucho los ruidos. Le preocupa que le pase algo a su hermano mayor porque nunca está en la casa y hace muchas cosas peligrosas. Ella también hace cosas peligrosas cuando sale con los amigos de su hermano, consume alcohol y marihuana. Era muy apegada a su abuela y cuando falleció por un ataque al corazón ella se sintió muy sola porque sus papás no la quieren, no le hacen caso y no les preocupa lo que le pase, entonces tomó pastillas, su hermano la llevó al doctor y no le dijeron nada a sus papás. Sus padres no se dieron cuenta. De grande quiere visitar Canadá y ser educadora.

Se siente muy frustrada porque sus papás todo el tiempo la están regañando. Solía jugar fútbol, pero como es niña sus papás la regañaban y no la dejaban jugar.

Se culpa de los problemas en casa porque piensa que todos están siempre de malas por su culpa. Hace cosas peligrosas cuando anda en su patineta y se deja caer por rampas grandes. Su abuela y su tío fallecieron debido a coágulos. Hace poco su abuelo se enfermó y se desmayó y ella se asustó mucho.

Una vez realizó un intento de suicidio porque creía que le gustaban las niñas y pensó que se iban a enojar mucho con ella, así que se cortó con la navaja de sacapuntas. Nadie de la familia se dio cuenta. Aún no sabe si les gustan los niños o las niñas. Quiere ser contadora de grande.

Últimamente es más madura y presta más atención a las cosas, se estresa cuando hay mucha tarea y se frustra porque no entiende nada. Siente que no vale nada cuando su hermano menor es el más importante en la casa, es el consentido y la insulta y su mamá no hace nada.

Su hermano no la deja hacer sus tareas. Le da miedo perder a su papá porque un día cuando llegó a su casa él ya no estaba porque se había separado sus papás, se asustó mucho y pensó que se había muerto y por eso comenzó a cortarse, pero después se arrepintió. Come menos porque siempre le dicen que esta gorda. Perdió su mascota porque su gato se salió y se perdió. Han hospitalizado a su abuela recientemente porque sufre de baja presión. Sus papás no la apoyan como ella quisiera. De grande quiere ser chef o escritora de libros.

Se frustra cada vez que se duerme tarde. Lloro mucho porque le pega su mamá y lo hace sentir mal, le preocupa perder a su papá porque viaja mucho en carretera. Ha bajado sus calificaciones por conducta.

Sus papás no tienen mucho dinero y su papá le compró un regalo muy caro (un reloj) cuando lo perdió pensó que su mamá le iba a pegar mucho y decidió cortarse en los brazos, nadie se dio cuenta y se arrepiente. Sólo probó el alcohol una vez. Su papá es el que lo apoya y le dice que le tiene que hechar ganas. De grande quiere ser militar y llegar a ser capitán,

Últimamente es más grosera y peleonera. Sentía que la vida no tenía esperanzas cuando murió su abuelita el año pasado por un derrame cerebral. Se frustra mucho cuando está muy estresada porque su mamá y su padrastro le pegan.

Nunca conoció a su papá.

Su mamá trabaja en la marina y un día mataron a un marinero y por eso le da miedo perder a su mamá. Se acaba de mudar y no tiene muchos amigos, antes vivía con su abuelita, cuando ella murió se fue a vivir con su mamá.

Como extrañaba mucho a su abuelita y su mamá le pegaba mucho se cortó en las piernas. Su mamá lleva amigos a su casa y su padrastro se enoja, pelean mucho y ella se pone los audífonos para no escuchar. Como es muy peleonera le da miedo que la expulsen en la escuela. No tiene planes a futuro.

Últimamente ha tenido muchos problemas. Antes si sentía que la vida no tenía esperanzas porque sentía que ella no debería de estar en este mundo, su mamá la quería abortar y su abuela la obligó a tenerla. Siempre está frustrada porque tiene muchos problemas y llega y se duerme para desconectarse del mundo. Siente que no vale nada porque todos le dicen que está gorda y está fea y su mamá le reprocha y le dice “ojala no te hubiese tenido”. Hace 6 años falleció su abuela y ella era su confidente. Sus papás trabajan todo el día y solo los ve una hora en la noche, intenta ser feliz porque si no piensa muchas cosas como suicidarse, a veces se sube a la azotea de su casa y se pone en el borde para ver si un día se cae. Por todas estas situaciones llora mucho. Se culpa de muchas cosas en su casa porque su mamá le dijo que ella tenía la culpa de que ella y su papá se separaran y que ella tenía la culpa

de que su abuela se hubiera muerto, su papá no sabe nada de esto porque se enoja, le da miedo perder a sus hermanos porque son los únicos que están con ella, dice que sin ellos se suicidaría, también le da miedo perder a su amiga porque sabe todos sus problemas. Come menos porque sus hermanos se burlan que esta gorda, ha tomado alcohol y marihuana porque tenía un tío que fumaba marihuana y se emborrachaba y le llamaba la atención. Perdió a su oso porque lo llevaba a la escuela y se lo robaron. En una ocasión intentó matarse con pastillas, en dos ocasiones se cortó en los brazos y en una ocasión en las piernas. Solo en dos ocasiones escribió cartas de despedida. Su papá tuvo un infarto cerebral y se enojaba muy fácilmente y se pone ella muy mal. Perdió a su perro porque le iban a cortar las orejas en el veterinario y la esposa del señor lo vendió, eso la puso muy triste porque le contaba todos sus problemas a su perro. Su hermano mayor intentó cortarse las venas con un vidrio pero lo lograron detener. Una amiga de ella también piensa en suicidarse. Ha pensado que si se muere todos serían felices porque su mamá dice que así tendría una boca menos que alimentar, ha soñado que se cae y que se muere, la atropellan y la matan a balazos. Sus papas no la apoyan. Su papá golpea a sus hermanos. Tiene ganas de salir a la calle y arrojarse de un puente o saltar de un carro en movimiento. Cuando piensa en sus ideaciones suicidas se arrepiente por no haberlo hecho. Sus aspiraciones futuras es solo sobrevivir al día.

Con dichos resultados se realizó una comparación por escuelas obteniendo lo siguiente:

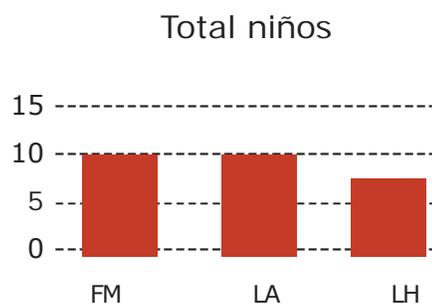


Figura 2. Resultados de niños por escuela

En la figura 2 se muestra el grafico comparativo en relación con las escuelas y se observan resultados parecidos en cuanto al total de niños por escuela con tentativa de suicidio o ideación suicida.

Con lo cual se puede concluir que el número de niños con problemática suicida es el mismo en LA (Escuela Primaria Profesor Gabriel Lucio Arguelles) y FM (Escuela Primaria Fundación de México). Mientras que en LH (Escuela Primaria “Profesor Francisco Javier Lilly Huerta”) hubieron siete casos.

En cuanto a la edad se obtuvieron los siguientes resultados:

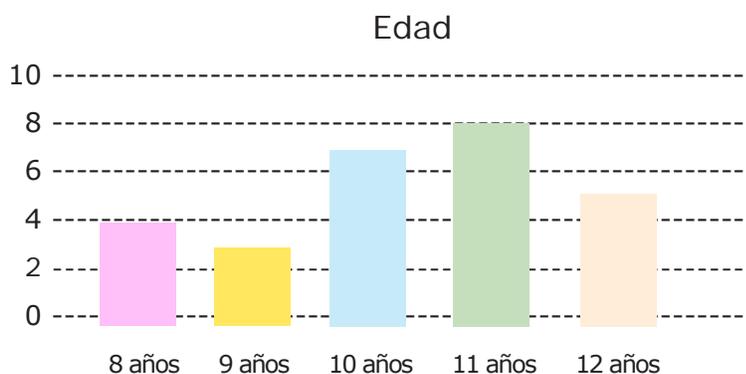


Figura 3. Relación de la edad de los niños

En la Figura tres se muestra un gráfico en relación con la edad que tenían los niños que tenían ideación o tentativa de suicidio. Observando que esta conducta se presentó de entre los ocho a los doce años de edad.

Con lo cual se puede concluir que en esta muestra los niños de 11 años son los que mayor incidencia de conducta suicida presentan. Ya que como se muestra en la Figura 3 los niños de 10 y 11 años tienen mayor riesgo de estar experimentando la conducta suicida. Sin embargo cabe resaltar el hecho de que comienzan a edades más tempranas, ya que al momento de realizar el cuestionario ya habían atentado contra su vida.

Por otro lado también es importante mencionar que esta conducta solo se presentó a partir de los ocho años de edad.

En cuanto al sexo se obtuvieron los siguientes resultados:

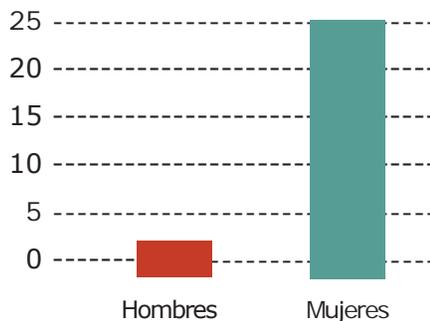


Figura 4. Diferencias en el sexo de los niños

En la figura 4 se observa que únicamente tres niños de los 27 eran del sexo masculino. Lo cual indica que en relación con el sexo, las niñas son las que presentan en mayor medida la conducta suicida.

Por otro lado en cuanto a los métodos utilizados se encontró lo siguiente.

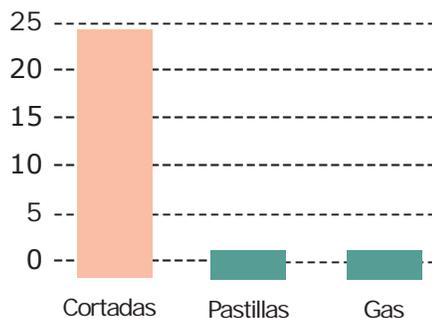


Figura 5. Se muestran los métodos empleados en la tentativa suicida

De acuerdo con la Figura 5, el método más empleado es el cortarse, seguido del uso de pastillas. Es importante mencionar que en esta etapa los niños no únicamente se cortan los brazos, sino, que también se cortan las piernas y en la mayoría de los casos la familia no está al tanto de esta situación.

Por último los factores desencadenantes de la conducta suicida infantil de acuerdo a los entrevistados fueron los siguientes:

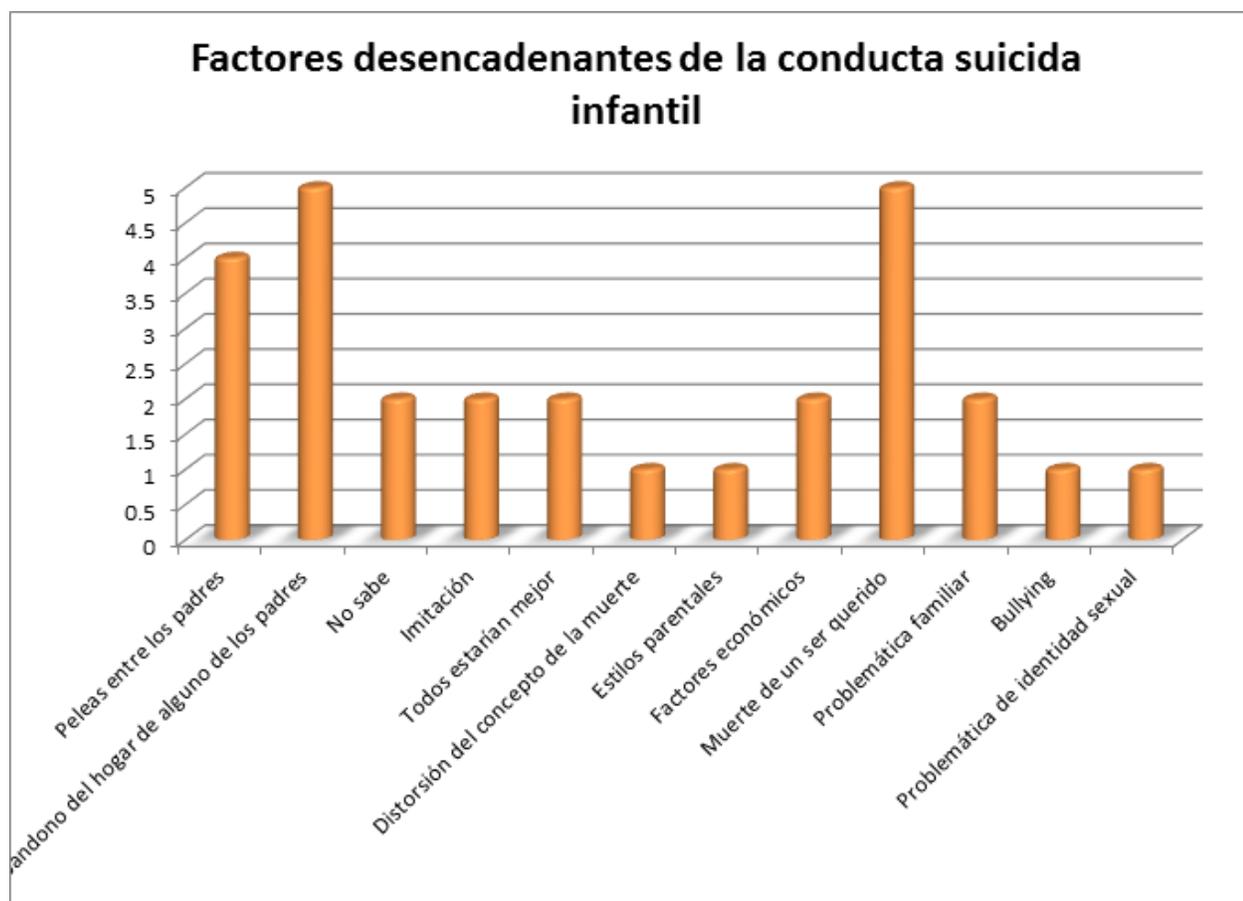


Figura 6. Factores de riesgo de la conducta suicida infantil

De acuerdo con la Figura 6, los tres factores de riesgo principales que desencadenan la conducta suicida en niños serían: El abandono del hogar por alguno de los padres; peleas entre los padres; y muerte de algún familiar cercano.

En síntesis, al establecer el resumen de los resultados obtenidos del análisis del discurso, se observa que existen más factores que desencadenan la conducta suicida infantil que los que se analizaron para términos de esta investigación, además de que los factores de ansiedad y depresión no se observaron dentro del trabajo.

## CONCLUSIONES

En esta tesis se han estudiado los factores que desencadenan la conducta suicida en niños y en este apartado se presentan los análisis obtenidos a través del instrumento aplicado a los niños en la muestra que conformó esta investigación.

A través del análisis de los resultados podemos concluir que efectivamente existen factores de riesgo que son determinantes para que un niño tenga ideación suicida o tentativa de suicidio, sin embargo, cabe resaltar que no fueron los que se plantearon dentro de la investigación con excepción de los estilos parentales.

Dentro de las categorías que se encuentran en el cuestionario aplicado para la investigación se tomaron en cuenta como categorías influyentes para la conducta suicida infantil las siguientes: a) Cambio en la conducta y en los sentimientos y b) Acciones que indiquen una falta de interés por la vida dentro de las cuales podemos encontrar las siguientes:

¿Sientes que la vida no tiene esperanza?

¿Qué sucedió que te hizo sentir que la vida no tiene esperanzas?

¿Has comido o bebido algo que pudiera hacerte daño?

¿Has escrito algo que pienses que pudiera ser lo último que escribiras?

¿Has pensado recientemente en matarte?

¿Qué tanto deseas morir?

¿Qué tan serio es eso de que te quieres morir?

¿Tienes un plan de cómo te mataras?

¿Has deseado estar muerto?



¿Alguna vez has tratado de suicidarte?

¿Quieres vivir?

Cabe resaltar que estas preguntas dentro de las categorías mencionadas se utilizaron para detectar a aquellos niños que han atentado contra su vida y las categorías de: c) Sucesos traumáticos, d)Preocupación por la muerte, familia y e)Preguntas finales se utilizaron para detectar los factores de riesgo que desencadenan la conducta suicida infantil a través del análisis del discurso.

Como se había mencionado anteriormente, en niños pequeños la muerte es a menudo personificada y considerada como algo incierto y por lo tanto para los más pequeños la muerte no es definitiva, morir significa vivir en circunstancias diferentes lo cual hace su comportamiento difícil de interpretar por los padres y/o profesores, asimismo fue difícil interpretarlas respuestas de los niños con ideación suicida ya que en muchas ocasiones no personificaban a la muerte como un suceso definitivo.

De las 108 entrevistas realizadas fue posible extraer veintisiete casos de niños con ideación y tentativa suicida.

El suicidio infantil impacta en el pasado y la actualidad ya que pocas veces llegan al consultorio psicológico o instituciones de gobierno. De acuerdo con los resultados obtenidos de esta investigación se puede determinar que la conducta suicida se expresa de una manera agresiva ya que en su mayoría utilizan navajas para llevar a cabo su plan.

Además de esto, la conducta en sí, es aceptada de manera hostil por los padres de familia cuando se llegan a enterar y en algunas ocasiones en lugar de mostrar apoyo o soporte, expresan su conformidad con la tentativa suicida de los niños.

Por otra parte es importante mencionar que de los tres factores que se tomaron en cuenta para esta investigación únicamente las prácticas parentales mostraron relación



como factor de riesgo desencadenantes de la conducta suicida infantil. Sin embargo se encontraron otros factores de riesgo que se consideran importantes para ampliar esta investigación.

La aplicación de estos cuestionarios permitió ubicar a niños que tenían ideación suicida o tentativa de suicidio y al mismo tiempo poder identificar los factores de riesgo asociados a esta conducta.

El análisis apoyado en los gráficos permitió observar las características más importantes de las respuestas totales de los cuestionarios ya que permitió su categorización.

Esta tesis mostró los mismos resultados que investigaciones realizadas en México en cuanto al porcentaje de niños que presentan la conducta suicida infantil. Sin embargo difiere mucho en cuanto a los métodos utilizados, ya que en investigaciones acerca del tema se dice que el método más utilizado es el ahorcamiento y en esta investigación no se presentó ningún caso.

Es importante mencionar que para la evaluación fue muy difícil conseguir un instrumento que evaluara esta conducta en niños ya que en su mayoría están realizados para adolescentes o adultos, por lo mismo se propone la creación de instrumentos enfocados en los niños y estandarizados para población mexicana debido a que algunas preguntas del cuestionario fueron muy difíciles para los infantes y al mismo tiempo en algunas ocasiones el cuestionario fue muy repetitivo.

En cuanto a los resultados obtenidos es de suma importancia prestar más atención a los niños en todos los ámbitos de su vida cotidiana. Realizar talleres de padres y juntas frecuentes en la escuela para observar el comportamiento del niño e identificarlos antes de que realicen la tentativa de suicidio o incluso lleguen al suicidio consumado. Es importante recalcar que en las tres escuelas en las que se entrevistó, no existe ningún caso de suicidio consumado, lo cual probablemente se deba a los métodos que los niños están empleando. También es importante trabajar con los maestros acerca de los factores de riesgo para que se facilite su ubicación.



Los resultados de la presente investigación invitan a las escuelas el promover entre los padres de familia estrategias en beneficio de sus hijos, para lograr acuerdos en cuando a la educación de sus hijos promoviendo una mayor humanización de la relación padres-hijos. Asimismo fomentar actividades compartidas entre padres e hijos que den espacio de conocimiento entre ellos, para que esta cercanía de cómo resultado la adquisición de conductas prosociales en beneficio de ellos mismo, de su familia y de la comunidad escolar

Por otro lado es de vital importancia que se realicen más investigaciones acerca de este tema debido a que las cifras son alarmantes y las investigaciones escasas. Por ende el material para trabajar como psicólogos con estos niños también es muy escaso. La mayoría de los estudios sobre factores de riesgo en la conducta suicida son retrospectivos en cuanto a la colección de los datos, lo que hace muy difícil concluir relaciones causa-efecto a partir de los resultados. Claramente, son necesarios más estudios prospectivos para dilucidar procesos causales y de esta manera delinear intervenciones clínicas específicas

La importancia de este trabajo radica en el hecho de que conociendo los factores de riesgo en la conducta suicida infantil, entonces, resultara con más facilidad identificarlos de forma preventiva ya sea en casa o en las instituciones escolares y de esa forma reducir la tendencia tanto del acto suicida consumado como de la tentativa suicida.

También es importante recalcar la importancia que tienen los medios de comunicación como la situación familiar que precede a los niños. Es decir, la imitación de los programas de televisión como de los videojuegos y la imitación de estas conductas entre pares y de la familia misma.

Es importante conocer de qué manera se manifiesta tanto el suicidio infantil como la tentativa suicida y de ideación suicida ya que al tener claro los factores que desencadenan estos acontecimientos es posible generar herramientas para su detección temprana.



Lograr un conocimiento más preciso sobre el comportamiento de los niños y de las familias podría ampliar el estudio hacia nuevas direcciones para comprender el fenómeno del suicidio infantil. Este tipo de investigaciones también se sugieren.

Por último también es importante realizar estudios comparativos entre distintas zonas, para identificar si existen otro tipo de factores como podrían ser: el aspecto económico, si existen diferencias entre comunidades, entre tipos de escuela entre otros elementos que pudieran influir en la conducta suicida infantil.

Por último se puede mencionar que la convivencia escolar y el rol de los padres tanto en casa como en la escuela es un tema de preocupación no sólo en los centros educativos, también en la práctica psicológica y esta problemática al llegar al punto de que exista la conducta suicida infantil cuando los niños aún no deberían decidir este tipo de cuestiones como lo es la muerte.

## REFERENCIAS

Agudelo, D. Buela-Casal, G & Spielberger, C. (2007). La depresión: ¿Un trastorno dimensional o categorial? Revista Salud Mental. Vol.3(30), 20-28.

Arfouilloux, J. (1986). La depresión infantil. México: Fondo de Cultura Económica.

Barraclough (2007). Caracterización Psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil. Revista de salud pública. Vol. 9(2). Pág. 230-240.

Baumrind, D. (1986). Effects of authoritative parental control on child behavior. Child Development, Vol. 37 Pág. 887-907.

Becerra, B. (2012). La estirpe de los niños infelices. España: Editorial Ibuku.

Borges, G. & Cota, M. (2008). Estudios sobre Conducta Suicida en México. Revista de Psiquiatría. Vol. 7(61). Pág. 62-67.

Buendía, J. Riquelme, A & Ruiz, J (2004). El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida. España: Nausica Edición electrónica S.L

Cabrejos, C. Kruger, H. & salmavides, F. (2005) Intento de suicidio en niños y adolescentes sus característica biopsicosociales. Revista de Neuropsiquiatria. Vol. 68(1). Pág. 55-66.

Campo, G. Roa, J. Pérez, A. Salazar. O. López, L. & Ramírez, C. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle. Medica del Valle. Vol. 34(1). Pág. 9-16.

Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. Archivos de Medicina. Vol. 11(1). Pág. 62-67

Ceballos, E., y Rodrigo, M. (1998). Las metas y estrategias de socialización entre padres e hijos. Madrid: Alianza.

Cruz, J. & Cadena, E. (2003). El suicidio: "Un fenómeno de origen factorial". México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Coolican, H. (2005). Métodos de investigación y estadística en psicología. México: Manual Moderno.

Del Barrio, V. (1997). Depresión infantil. Barcelona: Ariel Practicum.

Del Barrio, V. & Del Barrio, M. (2000). La depresión infantil: Factores de riesgo y posibles soluciones. España: Aljibe.

Domènech, E. (2005). Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia. España: Universidad Autónoma de Barcelona. Servei de publicacions.

Empson, M & Nabuzoka, D. (2006). El desarrollo atípico infantil: problemas emocionales y conductuales. España: Ceac.

Esteve, J. (2005). Estilos Parentales, Clima Familiar y Autoestima Física en Adolescentes. España: Servei de Publicacions.

Everstin, S. & Everstin, L. (2000). Personas en crisis. México: Editorial Pax

Fernández, P, (1996), Neurología en el anciano. España. Editorial Médica Panamericana.

Flores, L. Piana, R. Noriega, I. Muñoz, M. & Tentori, H. (2007). Trastorno depresivo mayor en México: La relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. Revista Salud Mental. Vol. 2(30). Pág. 22-35.

Foa, E. & Kozak, M. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. E.U.A.: Lawrence Erlbaum Associates.

Forni, F. (1993). Métodos cualitativos: La práctica de la investigación. Buenos Aires: Manual Moderno

Galeano, M. (2007). Estrategias de investigación social cualitativa. Medellín: La Carreta Editores.

Gonzalez, C. Ramos, L. Caballero, M. & Wagner, A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. Vol. 15(4). Pág. 524-532.

Groholt, B. (2000). Young suicide attempters: A comparison between a clinical and epidemiological sample. *Child Adolescent Psychiatry*; Vol. 39. Pag. 868-875.

Hoberman, H. & Garfinkel, B. (1988). Completed suicide in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatry* . Vol. 27. Pag. 689-95.

Huanca, R. (2003). "El intento de suicidio" Una emergencia pediátrica en la actualidad. *Revista Peruana de Pediatría*. Vol.3. Pág.11-15.

Jiménez, M. (1997). *Psicopatología infantil*. España: Aljibe.

Llopis, M. (2009). Perfil socio-cultural del suicidio infantil. *Isla de Arriarán*. Vol. 36. Pág. 301-308.

Mardomingo, S. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente: Método, fundamentos y síndromes*: España: Ediciones Díaz de Santos S.A.

Miotto, J. (2003). Suicidal ideation and aggressiveness in school-aged youths. *Psychiatry* Vol. 120. Pag. 247-255.

Moran, E. (2004). *Educandos con desordenes emocionales y conductuales*. E.U.A.: Universidad del Puerto Rico.

Ollendick, H & Hersen, M. (1998). *Handbook of child psychopathology*. E.U.A.: Library of Congress Cataloging.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe de la salud en el mundo: salud mental, nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Suiza; Págs.33-40.

Pfeffer C, Normandin L, & Kakuma T. (1994). Suicidal children grow-up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. Acad Child Adolesc Psychiatry. Vol. 33. Pág. 1087-97

Plaza, S. Paez, A. & Casas, M. (2008). Alteraciones psíquicas en adultos mayores. España: Publicaciones vértice S.L.

Polaino, A. (1988). Las depresiones infantiles. España: Morata.

Polaino-Lorente, A. & Heras, F. (1990). El entorno al fracaso escolar como hipótesis justificatoria-explicatoria del suicidio infantil. Revista compútense de educación. Vol. 1(12). Pág. 229-239.

Potter, J. (2012). Discourse Analysis and Discursive Psychology. E.U.A: American Psychological Association.

Quintanar, F. (2007). Comportamiento suicida. México: Editorial Pax.

Restrepo, G. Bayona, H. Urrego, R. Oleas, S. & Restrepo, U. (2002). Psiquiatría infantil: Colombia Editorial Médica Panamericana.

Ruiloba, J & Ferrer, C. (2000). Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión España: Masson

Sacristán, J. (1995). Psicopatología del niño y del adolescente. España; Universidad de Sevilla.

Sarro, B. & De la Cruz, C. (1991). Los suicidios. España: Editorial Martínez Roca.

Sattler, M. (2003). Evaluación infantil: Aplicaciones cognitivas. México: Manual Moderno.

Sattler, M. & Hodge, R. (2008). Evaluación infantil: Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas. México: Manual Moderno.

Shapiro, L. (2000). La salud emocional de los niños. España: EDAF

Solís P. y Camara R. (2008). Valoración objetiva del estilo de crianza y las expectativas de parejas con niños pequeños. Revista Latinoamericana de Psicología Vol.40(2). Pág. 113-125

Soutullo, E & Mardomingo, S. (2010). Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. España: Editorial Medica Panamericana.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. España: Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia.

Vallejo, J & Ruiloba, C. (2000). Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. España: Masson.

Viñas, F. Ballabriga, C. & Doménech, E. (2000). Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. Psicothema. Vol. 12(4). Pág.594-598.

Viñas, F. & Doménech, E. (1999). El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. Revista de Psicología General. Vol. 55(1). Pág. 89-104.

Zubeidat, I. Parra, A. Sierra, J. & Salinas, J. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatológicas en adolescentes. Revista Salud Mental. 3(31). Pág. 189-196.

# APÉNDICE

## *Cuestionario*

### **Introducción**

- 1.- Hola soy la Dra. \_\_\_\_\_ me gustaría hablar contigo sobre cómo te va. ¿Te parece bien?
- 2.- Cuando no comprendas una de mis preguntas, por favor dime “no entiendo”. Cuando me digas eso tataré de explicarte mejor. ¿Te parece bien?

### **Cambios en la conducta y los sentimientos**

- 3.- ¿Has observado algún cambio en la forma en que te has sentido o actuado recientemente?  
(En caso de ser así pasa a la pregunta 4; si no es así, vaya a la pregunta 42 o haga las preguntas 5 a 41 si es necesario.)
- 4.- ¿Qué cambios has observado?  
(Haga las preguntas 5 a 41 según sea necesario)
- 5.- ¿Sientes que la vida no tiene esperanzas?  
(En caso de ser así pase a la pregunta 6; si no es así, vaya a la pregunta 8.)
- 6.- ¿En qué sentido?
- 7.- ¿Qué sucedió que te hizo sentir que la vida no tiene esperanzas?
- 8.- ¿Te sientes tan frustrado que a menudo quisieras solo acostarte y dejar de intentarlo por completo?
- 9.- (En caso de ser así) Cuéntame mas sobre eso.
- 10.- ¿Alguna vez has pensado que no vales nada?

- 
- 
- 11.- (En caso de ser así) Cuéntame más sobre esos sentimientos.
  - 12.- ¿Te has vuelto más callado recientemente?
  - 13.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
  - 14.- ¿Sientes que has perdido el interés en las cosas?  
(En caso de ser así) ¿En que has perdido el interés?
  - 16.- ¿Y sueles quedarte ensimismado?
  - 17.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
  - 18.- ¿Y lloras - lo haces a menudo?
  - 19.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
  - 20.- ¿Sientes que te culpas de cosas malas que han sucedido?
  - 21.- (En caso de ser así) ¿De qué te culpas?
  - 22.- ¿Te culpas de problemas familiares?
  - 23.- (En caso de ser así) ¿De qué problemas familiares te culpas?
  - 24.- ¿Te has vuelto más irritable recientemente?
  - 25.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
  - 26.- ¿Sientes que te enojas con mucha facilidad?
  - 27.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
  - 28.- ¿Te ha preocupado el hecho de llegar a perder a tu madre o tu padre?  
(Si se aplica, añade otros familiares cercanos, como hermana o hermano)
  - 29.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre tus preocupaciones.

- 
- 
- 30.- ¿Te ha preocupado el hecho de perder a un amigo cercano?
- 31.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre tus preocupaciones.
- 32.- ¿Has cambiado recientemente la forma en que comes?
- 33.- (En caso de ser así) ¿En qué sentido?
- 34.- ¿Han cambiado recientemente tus patrones de sueño?
- 35.- (En caso de ser así) ¿En qué sentido?
- 36.- ¿Han cambiado recientemente tus calificaciones escolares?
- 37.- (En caso de ser así) ¿En qué sentido?
- 38.- ¿Ha cambiado tu personalidad en algún sentido recientemente?
- 39.- (En caso de ser así) ¿En qué sentido?
- 40.- ¿Has comenzado a consumir drogas o alcohol recientemente?
- 41.- Cuéntame sobre eso.

**Acciones que indiquen una pérdida de interés por la vida**

- 42.- ¿Has renunciado recientemente a posiciones que son muy especiales para ti?
- 43.- (En caso de ser así) ¿A qué has renunciado?
- 44.- ¿Has hecho algo que te haya lastimado?
- 45.- (En caso de ser así) Dime que has hecho.
- 46.- ¿Sueles hacer cosas peligrosas en estos días?
- 47.- (En caso de ser así) ¿Qué tipo de cosas has hecho?

- 
- 48.- ¿Has comido o bebido algo que pudiera hacerte daño?
  - 49.- (En caso de ser así) ¿Qué has comido o bebido?
  - 50.- ¿Has hecho algo que pudiera causarte la muerte?
  - 51.- (En caso de ser así) ¿Qué has hecho?
  - 52.- ¿Has escrito algo que pienses que pudiera ser lo último que escribieras?
  - 53.- (En caso de ser así) ¿Que has escrito?

### **Sucesos traumáticos**

- 54.- ¿Has estado enfermo de gravedad recientemente?
- 55.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre tu enfermedad.
- 56.- ¿Han hospitalizado a alguien cercano a ti?
- 57.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre su hospitalización
- 58.- ¿Has perdido alguna mascota recientemente?
- 59.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre como perdiste a tu mascota.
- 60.- ¿Has terminado alguna relación con un buen amigo recientemente?
- 61.- (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
- 62.- ¿Ha muerto recientemente alguien cercano a ti?
- 63.- (En caso de ser así) Cuéntame quien murió?
- 64.- ¿Alguien de tu familia intento suicidarse o se suicidó?  
(En caso de ser así, pasa a la pregunta 65; si no es así pase a la pregunta 67)

- 
- 
- 65.- ¿Quién fue?
- 66.- ¿Por favor cuéntame sobre eso?
- 67.- ¿Alguno de tus amigos intento suicidarse o se suicidó?  
(En caso de ser así, pase a la pregunta 68; si no es así pase a la pregunta 70)
- 68.- ¿Quién fue?
- 69.- ¿Por favor cuéntame sobre eso?
- 70.- ¿hay alguien más que quieras o admires que haya intentado suicidarse o que se haya suicidado?  
(En caso de ser así, pase a la pregunta 71; si no es así pase a la pregunta 73)
- 71.- ¿Quién fue?
- 72.- ¿Por favor cuéntame sobre eso?
- 73.- ¿Hay algo más que te haya sucedido o alguien cercano que te preocupe?
- 74.- (En caso de ser así) Cuéntame lo sucedido?

### **Preocupación por la muerte**

75. ¿Piensas en la muerte?
76. (En caso de ser así)¿Qué piensas sobre eso?
77. ¿Sueñas con la muerte?
78. (En caso de ser así)¿Qué sueñas?
79. ¿Alguna vez has visto una persona muerta?
80. (En caso de ser así).Cuéntame sobre eso.

- 
81. ¿Sueñas con alguno de tus parientes muertos?
  82. (En caso de ser así)¿Que sueñas?
  83. ¿Que piensas que le pasa a la gente al morir?
  84. ¿Como se sentirían los demás si estuvieras muerto?
  85. ¿Te viene a la mente la idea del sueño eterno?

## **Familia**

87. ¿Como se siente tu familia por cómo te has sentido?
88. ¿Como te has llevado con tus padres?
89. ¿Pelean mucho tus padres? (En caso de ser así, pase a la pregunta 90; si no es así, vaya a la pregunta 92)
90. ¿De que pelean?
91. ¿Como te hacen sentir sus peleas?
92. ¿Tus padres te dan la ayuda y el ánimo que sientes que necesitas?
93. ¿Te sientes presionado a hacer mas o mejor de lo que eres capaz?
94. (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
95. (Si es apropiado) ¿Cómo te has estado llevando con tus hermanos(hermanas)?
96. ¿Alguien en tu familia ha sufrido abuso?
97. (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
98. ¿Hay alguien en tu familia que este gravemente enfermo? (En caso de ser así, pase a la pregunta99; si no es así, vaya a la pregunta 102)

- 
99. ¿Quién está enfermo?
100. ¿Qué enfermedades tiene el (ella)?
101. ¿Qué sientes de que este enfermo(a)?

**Pensamientos y acciones relacionadas con el suicidio**

102. ¿Has pensado recientemente en matarte? (En caso de ser así, haga las preguntas 103 a 111, según sea necesario; si no es así, vaya a la pregunta 112.)
103. ¿Qué tanto deseas morir?
104. ¿Qué tan serio es eso de que te quieras morir?
105. ¿Tienes un plan de cómo te mataras? (En caso de ser así, pase a la pregunta 106; si no es así, vaya a la pregunta 110)
106. Cuéntame tu plan.
107. ¿Tienes manera de llevar a cabo tu plan?
108. (Si es necesario) Piensas usar un arma, un cuchillo, píldoras o algún otro método?
109. (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
110. ¿Cómo sientes que se sentirían tu familia y amigos si trataras de quitarte la vida?
111. Cuéntame sobre eso.
112. ¿Has deseado estar muerto?
113. (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso

- 
- 
114. ¿Has hablado con alguien sobre el hecho de que quieres quitarte la vida?
115. (En caso de ser así) Cuéntame sobre eso.
116. ¿Alguna vez has tratado de suicidarte?(En caso de ser así, pase a la pregunta 117; si no es así, vaya a la pregunta 123.)
117. Cuéntame sobre tu intento de suicidio(Haga las preguntas 118 a 122 según sea necesario?)
118. ¿Qué sucedió?
119. ¿Cuándo sucedió?
120. ¿Quién te encontró?
121. ¿Que paso después de que el (ella) te encontró?
122. ¿Como te sientes acerca de lo que hiciste?
123. ¿Quieres vivir?
124. Cuéntame lo que sientes de querer vivir
125. ¿Has pensado en lastimar a alguien mas además de lastimarte a ti mismo? ,  
pase a la pregunta 126; si no es asi, vaya a la pregunta 128)
126. ¿Quién es la persona?
127. ¿Que has pensado hacerle?

### **Preguntas finales**

128. ¿Cuáles son tus planes a futuro?
1298. ¿Hay algo más que quieras contarme?

- 
- 
- 
130. (En caso de ser así) Adelante
  131. ¿Cómo te hace sentir hablar de todo esto?
  132. ¿Alguien hace algo para hacerte sentir mejor?
  133. Cuéntame sobre eso
  134. ¿Tienes a alguien con quien puedas hablar de tus problemas?
  135. (En caso de ser así) ¿Quién es?
  136. ¿Hay algo mas de lo que quieras hablar?
  137. (En caso de ser así) Adelante.
  138. ¿Hay algo que quieras preguntarme?
  139. (En caso de ser así) Adelante.,
  140. ¿Me prometes que no te lastimaras hasta que te reúnas de nuevo conmigo?(Solo si es necesario).
  141. Gracias por platicar conmigo.



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Alumno: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Por este medio autorizo que el/la menor a mi cargo participe en una investigación psicológica acerca de la ideación suicida en infantes que consiste en la aplicación de una entrevista.

Así también me doy por enterado(a) que dicha entrevista se apega a las normas establecidas en el Código Ético del Psicólogo, y por tanto, toda la información obtenida durante el proceso de evaluación es confidencial y en caso de ser usada, será sólo con fines de la investigación.

México D.F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor responsable