



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**PROGRAMA DE PREVENCIÓN
DE LA CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS
A PARTIR DEL JUEGO DE ROLES: ENFOQUE
HISTÓRICO CULTURAL.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:**

CRUZ AGUILA ILSE IVONNE

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. RODOLFO HIPÓLITO CORONA MIRANDA

COMITÉ: DR. RUBÉN LARA PIÑA.

DR. JOSÉ DE JESÚS SILVA BAUTISTA.

LIC. LEONEL ROMERO URIBE.

MTRO. DANIEL ROSAS ÁLVAREZ.



Ciudad de México

Mayo, 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

***PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA
CONDUCTA SUICIDA EN NIÑOS A PARTIR
DEL JUEGO DE ROLES: ENFOQUE
HISTÓRICO CULTURAL.***

Dedicatoria y agradecimientos:

La vida a veces puede ser difícil de comprender, existen momentos en los que la soledad es agobiante, en los que la esperanza y la fe se pierden, y sin embargo al final siempre llega un rayo de luz y esperanza que termina con la obscuridad, el vacío.

Quiero dedicar la presente obra a todas aquellas personas que me han apoyado no solo en la realización de este proyecto, si no que me han acompañado en este y otros trayectos importantes en mi vida. A aquellas personas que han dejado una huella profunda en mí ser, a través de su gran calidez humana. Que me han animado a no darme por vencida jamás.

Y, sobre todo, dedico y doy gracias a Dios porque me ha concedido el privilegio, de terminar mis estudios en psicología para realizar la noble labor de ayudar a quienes así lo necesiten.

Quiero dar un agradecimiento especial a mi hermano, Aldair, quien me ha conmovido con su fortaleza e inocencia y me mostro que la constancia y la perseverancia son un factor importante para salir adelante. Quien también me ha motivado para estudiar la carrera de psicología para apoyar a más niños especiales y a ser mejor cada día.

Quiero agradecer a mi familia. A mi madre y a mi padre, por cuidarme, aconsejarme y por dar lo mejor de ustedes para mantenerme a mí y a mis hermanos con bien. A mis hermanas Jeslía y Romina, por apoyarme aconsejarme y motivarme cuando siento que las cosas no van muy bien. A mi hermano Anthony por su gran calidez humana y por ultimo a mi sobrina Alice por llenar mi vida de alegría a través de sus juegos y travesuras.

Quiero agradecer también a la Sra. Claudia, por acogerme y cuidarme como una hija. A Hugo, por crecer conmigo, por estar conmigo cuando más lo necesito, por apoyarme y por compartir la vida.

Agradezco también al profesor Rodolfo Corona, por su apoyo, enseñanza y consejo, por haberme escuchado en momentos difíciles y por su gran calidez humana. Al profesor Daniel Rosas, por todo el apoyo y guía que me otorgo para la realización de la presente obra, por sus enseñanzas y por enseñarnos que siempre hay esperanza.

Y por último, a todos y cada uno de mis amigos, que me han apoyado y que han cuidado de mí.

Índice.

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Capítulo 1: Desarrollo psicosocial del infante	13
<i>La infancia</i>	<i>13</i>
<i>Desarrollo psicosocial</i>	<i>15</i>
<i>Modelos que explican el desarrollo psicosocial del infante.....</i>	<i>17</i>
<i>Modelo psicosocial de Erickson.....</i>	<i>18</i>
<i>Modelo Ecológico de Bronfenbrenner.....</i>	<i>20</i>
<i>Teoría del aprendizaje social de Bandura.....</i>	<i>23</i>
<i>Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget.....</i>	<i>25</i>
<i>Modelo histórico cultural de Vygotsky.....</i>	<i>27</i>
Capítulo 2: Desarrollo de la conducta suicida en la infancia.....	33
<i>Factores de riesgo extrínsecos.....</i>	<i>34</i>
<i>Factores de riesgo intrínsecos.....</i>	<i>39</i>
<i>El temperamento.....</i>	<i>40</i>
<i>Depresión infantil.....</i>	<i>41</i>

<i>Desarrollo de la conducta suicida; El parasuicidio, pensamientos, e ideaciones suicidas.....</i>	<i>43</i>
Capítulo 3: El suicidio infantil.....	48
<i>Suicidio.....</i>	<i>48</i>
<i>Suicidio en niños.....</i>	<i>50</i>
<i>Características de los niños con tendencias suicidas.....</i>	<i>52</i>
<i>Concepción de muerte y significado de suicidio en niños.....</i>	<i>54</i>
<i>Suicidio como accidente.....</i>	<i>59</i>
<i>Suicidio por imitación e incitación de los medios de comunicación. (Caso de la Ballena Azul).....</i>	<i>61</i>
<i>Mitos y realidades acerca de la conducta suicida.....</i>	<i>63</i>
Capítulo 4.- Índice de depresión y suicidio en niños.....	72
<i>Índices de suicidio en México y el mundo.....</i>	<i>73</i>
<i>Estadísticas de intento de suicidio o suicidio en niños de la CDMX.....</i>	<i>80</i>
<i>Estadísticas de depresión en niños de la CDMX.....</i>	<i>82</i>
Capítulo 5.- Programas de prevención e intervención de la conducta suicida.....	85
<i>Prevención del suicidio en niños.....</i>	<i>86</i>
<i>Evaluación del niño con tendencias suicidas.....</i>	<i>90</i>

<i>Intervención del niño con antecedentes depresivos y suicidas.....</i>	<i>96</i>
<i>Autopsia psicológica.....</i>	<i>102</i>
Capítulo 6.- Programa de prevención de la conducta suicida en niños: Enfoque histórico cultural.....	105
<i>Introducción al enfoque histórico cultural de Vygotsky.....</i>	<i>106</i>
<i>El juego de roles: Una herramienta para creación de nuevos significados y sentidos.....</i>	<i>120</i>
<i>Programa de prevención de la conducta suicida en niños; Descripciones generales.....</i>	<i>128</i>
<i>Instrumento de evaluación de significados de muerte y suicidio en la infancia.....</i>	<i>130</i>
<i>Estructura del programa.....</i>	<i>136</i>
Conclusión.....	149
Referencias.....	155
Anexos.....	163

Resumen

La presente obra debe leerse con sumo cuidado, detenimiento y reflexión, puesto que trata de uno de los fenómenos más complicados en la sociedad, esto es el suicidio específicamente en infantes. El motivo de esta tesis es, en primer lugar, aproximarnos al fenómeno del suicidio de una manera exhaustiva, comprenderlo y lograr identificar que no es un fenómeno que únicamente se presenta en poblaciones adultas y juveniles, sino también durante la infancia. En los primeros 3 capítulos de la obra, se aborda el desarrollo del infante para comprender con detenimiento, cómo es que la influencia cultural y social puede influenciar a que el niño conciba significados y sentidos que lo dirijan a tomar decisiones que alteren negativamente su desarrollo y su vida. Durante los capítulos 4 y 5, conocerá los índices de suicidio y las maneras en que se ha tratado de prevenir e intervenir el suicidio para reconocer así, a qué realidad nos enfrentamos. Por último se propone una nueva forma de prevención e intervención del suicidio en niños a partir de los 6 años de edad mediante el juego de roles desde el enfoque histórico cultural de Lev Semiónovich Vigotsky para modificar, y crear nuevos significados y sentidos que permitan a los niños mejorar sus interacciones con los otros y sus formas de resolver distintos problemas que se les presenten en la vida. Por ser el presente trabajo de naturaleza documental, sugiero a próximas investigaciones, la aplicación del programa de prevención e intervención de la conducta suicida propuesta y su respectiva evaluación mediante el instrumento propuesto.

Palabras clave: Prevención, Intervención, Suicidio infantil, Histórico cultural.

Abstract

The present work must be read with great care, thoroughness and reflection, since it deals with one of the most complicated phenomena in society, this is suicide specifically in infants. The reason for this thesis is, firstly, to approach the phenomenon of suicide in a comprehensive manner, to understand it and to identify that it is not a phenomenon that only occurs in adult and juvenile populations, but also during childhood. In the first 3 chapters of the work, the development of the infant is addressed to understand carefully, how cultural and social influence can influence the child to conceive meanings and meanings that lead him to make decisions that negatively alter his development and his life. During chapters 4 and 5, you will know the rates of suicide and the ways in which you have tried to prevent and intervene suicide to recognize, to what reality we are facing.

Finally, a new form of prevention and intervention of suicide in children from 6 years of age is proposed through the role play from the historical cultural approach of Lev Semiónovich Vygotsky to modify, and create new meanings and meanings that allow the Children improve their interactions with others and their ways of solving different problems that come their way in life. For being the present work of a documentary nature, I suggest to future investigations, the application of the program of prevention and intervention of the proposed suicidal behavior and its respective evaluation through the proposed instrument.

Keywords: Prevention, Intervention, Child suicide, Cultural historical.

“El suicidio, porque es más fácil renunciar a la vida que a las ilusiones que tenemos sobre ella.”

Tony Duvert

Introducción.

El suicidio, es un fenómeno delicado para abordar, esto debido a que ha generado controversia, puesto que algunas culturas lo aceptan como un acto de valentía y honor, mientras que otras lo conciben como un acto atroz, de cobardía e inaceptable. (Valdivia, 2015). En la cultura occidental en la que estamos inmersos, el solo hecho de hablar de suicidio se ha vuelto un tabú, puesto que, si de por sí es delicado abordar el tema de la muerte, hablar de alguien que se da muerte a sí mismo es más complicado. No obstante es complicado tratar de entender por qué cometen suicidio quienes lo llevan a cabo, algunos piensan que no existe justificación para cometer tal acto, otros más como Kreitman (1975) y Shneidman (1895), piensan que la única alternativa que el suicida encuentra como escape de sus problemas es el suicidio. (Citado en Guibert; 2002).

Lo cierto es, que el suicida, tiene razones únicas para cometer el suicidio o pensar en el suicidio como una salida a la situación de vida en el que está inmerso. Y, se menciona que son únicas, porque cada persona se desarrolla bajo contextos, culturas e historias de vida distintos, y por lo tanto, cada persona posee distintas concepciones creencias y formas de pensar que lo llevan a comportarse de distintas formas ante diversas situaciones.

Tan solo, para el año 2015 se registraron 6 425 suicidios y de estos: 10.5% (674) corresponden a población de 10 a 17 años. Además, la tasa de suicidios en la población de 10 a 17 años también presenta un incremento en su nivel para el periodo 2006 a 2015, ya que pasa de 2.6 a 3.8 por cada 100 mil niños en este rango de edad. (INEGI, 2017).

Considerando a la población en general, en la zona metropolitana de la Ciudad de México para el año 2015 se consumaron un total de 4.1 suicidios por cada 1000 habitantes. (INEGI, 2017).

Es importante preguntarse si el suicidio y comportamiento suicida en niños es un problema significativo para atender, sí, existen cifras alarmantes por lo cual se deba indagar dicho fenómeno. Ante este posible cuestionamiento es necesario mencionar que aunque el nivel de suicidios en la población en general está aumentando no existen estadísticas que lo demuestren entre las edades de 5 a 9 años debido a que desde 1962, la OMS realizó una política de no tabular la muerte de los niños menores de 8 años como suicidio. (Morán; 2006).

No obstante, de acuerdo con autores como Moran (2006), Barón (2000) y Quintanar (2007), en diversas ocasiones, los niños pueden llegar a consumir el suicidio y confundirse con accidentes. O, de manera contraria, los padres no reportan el evento como suicidio por miedo a ser foco de atención debido a la publicidad sensacionalista o mediática, y sobre todo, por vergüenza a la sociedad, pero también existe un miedo a enfrentar un procedimiento legal por su negligencia, por lo cual es más fácil considerar los suicidios en la infancia como "accidentes". (Moran, 2006).

Cabe mencionar ante lo anterior que Hajar (1998), reporta que las lesiones accidentales se ubican entre las primeras 10 causas de mortalidad y de morbilidad y en 1995 ocuparon el primer lugar como causa de muerte en niños de 1 a 14 años. Entre dichas lesiones destacaron ahogamientos, caídas accidentales y envenenamientos. (Citado en Quintanar; 2007).

Las interacciones con los otros, con la sociedad y con la cultura, modifican poco a poco los significados, sentidos y creencias en los individuos. Y, si bien, el suicidio se comete con mayor frecuencia entre la población juvenil y adulta, todas estas situaciones de vida, sus creencias, significados y sentidos no se van generando únicamente desde estas etapas, comienzan desde etapas más tempranas.

No niego que en edades tardías se continúen adquiriendo nuevos significados y sentidos, puesto que tal como Vygotsky (1931/1986) menciona, el individuo se encuentra en una constante construcción y reconstrucción a través de los otros, existe un impacto de los otros en el individuo y del individuo con los otros de manera dialéctica. Sin embargo, este conjunto de sentidos, significados y creencias comienzan incluso desde que el niño es un bebé, y más aún importante para el presente trabajo, desde que el individuo es un niño. (Vygotsky; 1933/1986).

El no reconocer que la población infantil también posee tendencias suicidas no solo obstaculiza la prevención e intervención del suicidio en niños que requieren la debida atención. Si no que, dichos niños continuarán desarrollándose con los

comportamientos y pensamientos suicidas, lo cual podrán manifestar de manera más evidente durante la adolescencia o en edades adultas.

El objetivo principal de la presente obra es, no solo exponer que considerar la población infantil con riesgo suicida es importante, si no, considerar que la prevención e intervención de las conductas de riesgo suicida, pueden tratarse desde etapas más tempranas y generar un impacto no solo en la población infantil, si no en las futuras generaciones juveniles y adultas.

Es por ello, que retomando los planteamientos de la influencia de la cultura y el impacto de las interacciones con el otro en los individuos, así como la teoría de la zona de desarrollo próximo, real y potencial propuestos por Vygotsky(1933/1986), se ha elaborado una propuesta tanto de prevención como de intervención de la conducta suicida en niños, con el fin de generar nuevos significados, sentidos, creencias y en general, formas de pensar e interactuar, que le permitan desarrollarse y afrontar diversas circunstancias que se le presenten en la vida de una manera más óptima no solo durante su infancia, si no en edades próximas y futuras.

Lo anterior, se pretende a través del juego de roles, puesto que facilita la interacción con los otros de una manera dinámica y novedosa para los niños. Además, permite la adquisición de la comprensión de nuevas formas de interacción desde el lugar de los otros, lo cual le permite una mayor amplitud del entendimiento de las problemáticas facilitando así, nuevas formas de resolución de problemas.

La modificación de la conducta suicida se logra a través de la identificación de significados y sentidos transmitidos al niño a través de la cultura evaluados mediante el instrumento de evaluación de significados de muerte y suicidio en niños propuesto.

“La infancia no va de una edad concreta a otra.

El niño crece y abandona los infantilismos.

La infancia es el reino donde nadie muere”

Edna St. Vincent Millay.

Marco teórico

Capítulo 1. - La Infancia y desarrollo psicosocial del infante.

La infancia

De acuerdo con Casas (1998), la palabra infancia se deriva del latín *in-fale* el que no habla, el bebé, el que no tiene palabra”, es decir el que no tiene nada interesante que decir, el que no vale la pena escuchar. A través del tiempo, se ha considerado al infante como un ser totalmente dependiente de los adultos, una persona cuyas capacidades físicas y mentales aún no son suficientes para sobrevivir por sí mismo. Con el paso de la historia se comenzó a tomar interés de hasta qué edad los niños comienzan a razonar y madurar.

Delval (1988), menciona que el origen de la psicología del niño se puede encontrar en 3 principales estudios:

1. Trabajos pedagógicos: Defienden la importancia que tiene el niño para educar al mismo adecuadamente. Entre los autores más destacados de este estudio se encuentran Platón, Aristóteles, Plutarco o Tertuliano, y, a partir de la

época del renacimiento otros como Vives, Erasmo, Comenio, Rousseau o Pestalozzi.

2. Estudios médicos: Describen el funcionamiento normal del cuerpo humano, sus alteraciones y los cuidados necesarios para que el niño manifieste un crecimiento normal. Dichos estudios datan principalmente del siglo XVI, y, uno de sus principales autores fue Jean Heroard.
3. Trabajos de filósofos: Se interesan por la curiosidad de los niños, tratando de encontrar respuestas a preguntas referentes al origen del conocer, la formación de las nociones, el origen del lenguaje, etc.

Al comenzar a realizar investigaciones para responder dicha incógnita, se crearon ciertos modelos que intentan explicar el desarrollo del niño y poco a poco el concepto de infancia comenzó a poder entenderse como el conjunto de características psicobiológicas de los sujetos en estado de desarrollo, hasta alcanzar ciertas características consideradas propias de la etapa siguiente de desarrollo. Dichas concepciones de acuerdo con Torrico (2002), sólo tomaban en cuenta los factores cognitivos y biológicos del niño en ambientes controlados, hasta que en las últimas décadas se ha considerado también el valor del contexto y la cultura como influyentes del desarrollo del infante.

Casas (1998), tratando de complementar lo anterior, menciona que la concepción de infancia puede variar dependiendo de la cultura y contextos, ya que se poseen distintos significados acerca de la misma y se concibe hasta diferentes edades,

pudiendo ser desde los primeros meses de vida hasta la edad de 18 años en algunas culturas.

Esto es importante, ya que tal como D' Alessio (1900) (Citado en Casas; 1998) menciona que, dentro de las diversas culturas pueden haber ciertas percepciones y atribuciones sociales prejuiciosas que los adultos poseen de la situación infantil y adolescente que resultan ser erróneas, que condicionan las interacciones con los niños, la existencia o inexistencia de apoyo social ante determinadas necesidades o conflictos que afectan a conjuntos amplios de población infantil.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario conocer como se establece el proceso de desarrollo psicosocial del niño de manera satisfactoria y que factores lo condicionan. Por lo cual, el siguiente apartado está dedicado a explicar que es el desarrollo psicosocial del niño.

Desarrollo psicosocial del niño.

El desarrollo del niño es un proceso dinámico, en el que resulta difícil separar factores biológicos y psicosociales. El desarrollo psicosocial consiste en el desarrollo cognoscitivo, social y emocional del niño como resultado de la interacción del niño que crece y el medio que cambia. Sin embargo la maduración biológica también juega un papel importante, puesto que el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso permiten el desarrollo de las funciones cognitivas y una adecuada interacción con su medio físico y social. (UNICEF, 1984).

La UNICEF (2013), explica el desarrollo psicosocial infantil, dividiendo a la infancia en 3 etapas principales de la siguiente manera:

- Primera infancia (0-5 años de edad): Esta etapa es decisiva en el desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas del infante. Es la etapa más vulnerable, pues es en esta fase, en la que se forman las capacidades y condiciones esenciales para la vida, la mayor parte del cerebro y sus conexiones. El afecto y la estimulación intelectual durante la primera infancia permiten al infante desarrollar la seguridad y la autoestima necesarias.
- Edad escolar (6-11 años de edad): Es importante para consolidar las capacidades físicas e intelectuales, para la socialización con las demás personas, y para formar la identidad y la autoestima. Requiere condiciones adecuadas para lograr un mejor desarrollo para el aprendizaje, el juego y el descubrimiento, así como para estimular la motricidad y la creatividad. Esta etapa es fundamental también para aprender normas sociales y adquirir valores como la solidaridad y el sentido de justicia.
- Adolescencia (12 años a 15 años): Es una época de cambios físicos y emocionales, transformando al niño en adulto. En la adolescencia se define la personalidad, se construye la independencia y se fortalece la autoafirmación.

En otras palabras, durante las 3 etapas de la infancia, se requiere de un nivel mínimo de bienestar físico, mental y emocional para que funcionen adecuadamente los procesos mentales. Cualquier tensión psicológica en respuesta a ambientes hostiles o agresivos, donde no se atiendan las necesidades de los niños puede producir trastornos físicos y psicológicos, los cuales pueden alterar el desarrollo pleno del niño. A lo largo del capítulo 2 se hablará de algunos factores de riesgo para presentar dichos trastornos.

Por otra parte, y para complementar lo anterior, Dres et al. (2004) mencionan que el desarrollo del niño es particularmente importante por la trascendencia y las implicaciones que sucesos de esta etapa tienen durante toda la existencia del individuo.

A continuación se hará una breve revisión de algunos modelos que pretenden explicar el desarrollo psicosocial del infante. Sin embargo, debido a que se ha resaltado que el niño requiere atenciones externas para lograr un óptimo desarrollo, se hace énfasis en las posturas que consideran la influencia de la interacción social con los otros en el desarrollo del infante.

Modelos que explican el desarrollo psicosocial del infante

Anteriormente se mencionó que, al tratar de comprender los diversos cambios en el infante, comenzaron a surgir diversos modelos para explicar el proceso de desarrollo psicosocial de los mismos. Dichos modelos se generaron desde diferentes

perspectivas, tanto biológicas- evolucionistas como perspectivas sociales y psicológicas. En este apartado se revisan algunos modelos que tratan de explicar el desarrollo del infante, pero con el factor común de las influencias sociales en el desarrollo de los individuos.

- **Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson**

Erikson (1902/1994), propuso que existen motivaciones y necesidades psicosociales que se convierten en fuerzas que impulsan el desarrollo y la conducta humana. Dividió el desarrollo humano en 8 etapas y afirmó que en cada una el individuo tiene una tarea psicosocial que resolver, las cuales determinan en gran medida la personalidad.

La confrontación con cada tarea reduce conflictos, los cuales tienen 2 posibles resultados. Si en cada etapa se domina la tarea correspondiente la personalidad adquiere una cualidad positiva tiene lugar a un mayor desarrollo. Si la tarea no es dominada y el conflicto se resuelve de manera insatisfactoria el yo resulta dañado por que se le incorpora una cualidad negativa. (Citado en Rice; 1997). En este proyecto de investigación sólo se considerarán las siguientes etapas:

- **Confianza contra desconfianza (0 a 1 año):** Los niños aprenden que pueden confiar en que las personas que los cuidan les proporcionan sustento, protección bienestar y afecto; o, si sus necesidades no son satisfechas, desarrollan desconfianza.

- **Autonomía contra vergüenza o duda (1 a 2 años):** Los niños adquieren control sobre sus funciones de eliminación, aprenden a comer solos, se les permite jugar solos y explorar el mundo (dentro de límites seguros) desarrollan cierto grado de independencia; pero si las personas que los cuidan los restringen demasiado, desarrollan un sentido de vergüenza y duda sobre sus propias capacidades.
- **Iniciativa contra culpa (3 a 5 años):** Las capacidades motoras e intelectuales de los niños siguen creciendo: los niños siguen explorando el ambiente y experimentando cosas nuevas, asumiendo mayor responsabilidad para iniciar y realizar planes. Los cuidadores no pueden aceptar la iniciativa del niño lo llevan a sentir culpa por su mal comportamiento.
- **Industria contra inferioridad (6 a 11 años):** Los niños aprenden a cumplir las demandas del hogar y la escuela y desarrollan un sentimiento de valía tras la obtención de estos logros y la interacción de los demás, o pueden llegar a sentirse inferiores con los otros.
- **Identidad contra confusión de roles (12 a 19 años):** Los adolescentes desarrollan un fuerte sentido de ellos mismos o quedan confundidos acerca de su identidad y de su papel en la vida. (Rice, 1997)

Sin embargo, la teoría del desarrollo psicosocial de Erik Erickson, a pesar de darle importancia a la influencia de las interacciones con los otros en el desarrollo y modificación psíquica del niño por medio de los deseos o necesidades satisfechas, no explica cómo es que se llega a este proceso, es decir, no explica qué es lo que sucede entre los otros y el individuo, no explica de qué manera y en qué momento el otro y más allá de este, la cultura va influenciando al individuo con mayor profundidad. Se basa en una visión más personal, donde se consideran los deseos o necesidades del individuo satisfechas por los otros. Explicar el impacto de lo anterior, es muy difícil de esclarecer, puesto que existe una subjetividad, una historia de vida distinta y por tanto un aparato psíquico distinto. Además, de acuerdo con Vygotsky (1931/1986), la teoría psicoanalítica puede considerarse como ultra naturalista, ya que evalúa meramente parte de los procesos rudimentarios o primitivos sin considerar cómo estos se transforman en procesos más complejos y superiores a través de la interacción con los otros.

- **Modelo ecológico de Bronfenbrenner**

Urie Bronfenbrenner (1979), tal como se plantea al principio de este trabajo, menciona que la psicología evolutiva, únicamente trataba de evaluar al desarrollo infantil de manera controlada en laboratorios, lo cual no reflejaba las reacciones y comportamientos del niño en los entornos reales de interacción.

Ante esto, influenciado por los postulados de autores como Kurt Lewin o Baker Wright (Citados por Torrico; 2002), quienes defendieron una visión más integral y

sistémica donde el desarrollo psicológico es un proceso complejo que involucra la influencia de múltiples factores en el ambiente o entorno en el que el individuo se desarrolla. Bronfenbrenner postula que los ambientes naturales y no controlados e individuales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana. Lo cual indica que el desarrollo humano es una progresiva acomodación entre un ser humano activo y los entornos inmediatos no estables, así como por las relaciones que se establecen entre esos entornos y contextos de mayor alcance. Véase figura 1. (Torrico, 2002).

Bronfenbrenner (1979), divide los niveles ecológicos en Microsistema, que se refiere a los ambientes inmediatos o aquellos lugares donde la persona puede interactuar cara a cara fácilmente, como en el hogar, la escuela, sus amigos, etc.; Mesosistema, referido a las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente; Exosistema que incluye a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo, o que se ven afectados por lo que ocurre en ese entorno (lugar de trabajo de la pareja, grupos de amigos de la pareja, etc. ; Y, por último el macrosistema que comprende a los factores ligados a las características de la cultura y momento histórico-social. (Bronfenbrenner, 1979).

Figura 1. Esquema de modelo ecológico de Bronfrenbrenner.

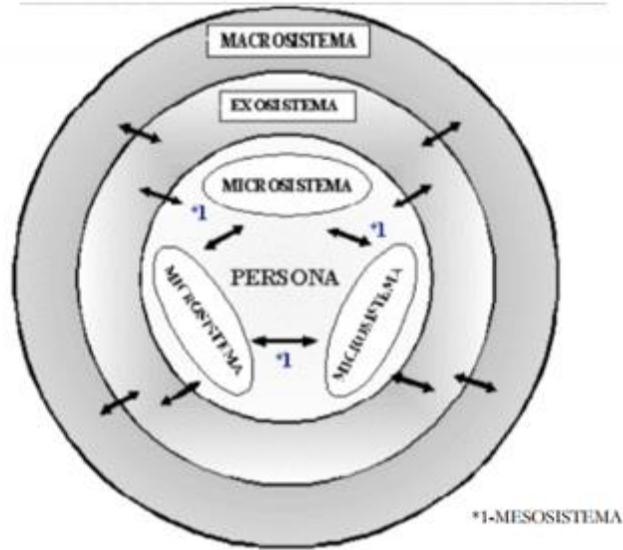


Figura 1. Esquema del modelo ecológico de Bronfrenbrenner. La persona en interacción con su medio "natural". Fuente: Torrico (2002).

En relación con el presente trabajo y retomando el postulado de Bronfrenbrenner es importante resaltar que, tal como plantean Dres et al (2004), es útil identificar los factores de riesgo individuales (bajo peso, desnutrición, crisis familiares, etc.) y comunitarios (saneamiento ambiental, violencia, pobreza, etc.) que pueden estar presentes y afectar al desarrollo.

En cuanto al modelo ecológico de Bronfenbrenner que menciona que el desarrollo del niño está influenciado por las interacciones inmediatas, medianamente próximas e indirectas, a pesar de esclarecer que no se puede estudiar el desarrollo psicológico del niño en ambientes controlados y de otorgar relevancia a la influencia del ambiente o entorno natural de la persona en su pleno desarrollo psíquico por medio de las interacciones dadas entre ambos, tampoco explicó cómo es que las interacciones van generando cambios en el individuo. Bronfenbrenner (1979)

menciona que existe una influencia entre la persona y los sistemas del entorno, pero no explica cómo es que esta se ejerce de manera más específica o detallada. Explica el resultado, pero no el proceso.

- **Modelo cognitivo-social de Bandura**

La teoría del aprendizaje social, surgió en un inicio por la necesidad de explicar el comportamiento y desarrollo de la personalidad a partir de los aprendizajes adquiridos. Sus orígenes parten de autores como Dollard y Miller (Citados en Harre & Lamb; 2002) que se basaron en la teoría del aprendizaje de Hull para explicar el comportamiento normal y patológico. Dichos autores pretendían unir parte de la terapia freudiana, la psicología experimental y las ciencias sociales para explicar lo anterior. Sus postulados incluían en descubrir cómo los refuerzos ambientales (que eran equivalentes al principio del placer), influyen en la adquisición de ciertas conductas. Para ellos la imitación era un factor socializado a manera de refuerzo, ya que de esta manera el individuo obtiene un resultado provechoso.

No de acuerdo con incluir postulados psicoanalíticos para explicar el aprendizaje, Bandura (Citado en Harre & Lamb; 2002) realizó un seguimiento de la teoría del aprendizaje, enfocados al aprendizaje observacional al que denomino modelamiento. Con esto, postuló que no necesariamente están de por medio frustraciones, deseos o necesidades para llevar a cabo una conducta, si no que las mismas se establecen aun ante la falta de refuerzos.

De manera más concreta Bandura (1973), postuló que:

Las personas no son impulsadas únicamente por fuerzas interiores ni reciben solo los embates de los estímulos ambientales, sino que, el funcionamiento psicológico se explica por la continua y recíproca interacción entre factores determinantes personales y ambientales. Dentro de este enfoque asumen un papel preponderante los procesos simbólicos vicarios y de autorregulación. (Bandura, 1973, p.37)

Es importante reconocer, que propone que los procesos cognitivos son mediadores importantes de las conexiones entre el ambiente y el comportamiento. Bandura (Citado en Santrok, 2006) cree que se representa cognitivamente el comportamiento de los otros y a veces se adopta el comportamiento de los otros para sí mismos.

Retomando la importancia del presente modelo para explicar el desarrollo psicosocial infantil, Miles (2001), menciona que de acuerdo con Bandura (1963), los niños adquieren la mayoría de sus conceptos sociales, las normas en las que viven de los modelos que observan en el curso de la vida diaria, en particular de padres, cuidadores, maestros y compañeros: La teoría del aprendizaje social propone que los modelos que tienen más probabilidades de ser imitados son individuos educados, afectuosos, gratificantes y cariñosos. Sin embargo Las relaciones también afectan al proceso ya que los modelos más significativos e influyentes son personas a las que los niños están unidas emocionalmente.

La teoría del aprendizaje social de Bandura postula que el comportamiento y desarrollo del niño no está influido únicamente de impulsos o necesidades internas a

diferencia del postulado de Erikson, ni están influenciadas únicamente por estímulos ambientales, sino por la interacción entre los factores personales y ambientales.

Sin embargo, a pesar de reconocer que existen factores simbólicos, vicarios y de autorregulación influyentes en el desarrollo del niño, más allá de las necesidades o deseos satisfechos y más allá de la influencia del entorno social a nivel de los procesos cognitivos, tampoco explica cómo es que se establece el proceso de construcción y formación de ciertos procesos cognitivos y cómo se adquieren ciertos contenidos simbólicos.

- **Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget.**

Piaget (1986), propone que el desarrollo psíquico se inicia al nacer y concluye en la edad adulta y es comparable al desarrollo orgánico en una continua marcha hacia el equilibrio. Piaget (1986), menciona que: “El desarrollo es por lo tanto en cierto modo una progresiva equilibración, un perpetuo pasar de un estado de menor equilibrio un estado de equilibrio superior” (p.11).

De acuerdo con Santrok (2006), la teoría de Piaget también afirma que los niños crean de forma activa su conocimiento del mundo y atraviesan por 4 fases principales dentro del desarrollo cognitivo. Dentro de estas fases existen dos procesos fundamentales para la construcción cognitiva del mundo, las cuales son la organización y la adaptación mediante la asimilación que es la incorporación de

nueva información al conocimiento ya existente y la acomodación que ocurre cuando se ajusta la nueva información adquirida.

Para Piaget (1986) y Santrok (2006) quien cita al mismo Piaget, los 4 estadios de desarrollo que el niño atraviesa son los siguientes:

1. **Estadio sensorio motriz (0-2 años):** En esta se construye la comprensión del mundo a través de la coordinación de las experiencias sensoriales con acciones físicas y motrices. Esta etapa se divide en 3 fases: La fase de los reflejos o montajes hereditarios; La fase de los primeros hábitos motores y primeras percepciones organizadas y por último la fase de la inteligencia sensorio-motriz o práctica (anterior al lenguaje).
2. **Estadio pre-operacional (2-7 años):** En esta los niños empiezan a representar el mundo con sus propias palabras, imágenes y dibujos. Los cuales reflejan un creciente desarrollo simbólico y va más allá de la conexión entre la información sensorial y las acciones físicas. Además, durante ésta, se presenta una fase de inteligencia intuitiva de los sentimientos interindividuales espontáneos y de las relaciones sociales de sumisión al adulto.
3. **Estadio de operaciones concretas (7-11 años):** Durante esta, el niño puede razonar lógicamente acerca de ciertos eventos concretos y clasificar objetos dentro de ciertos conjuntos distintos. En ésta aparece la lógica, y sentimientos morales de cooperación.
4. **Estadio de operaciones formales o abstractas (11- 15 años):** En esta los niños van más allá de las experiencias concretas y piensan en términos abstractos

más que lógicos, son más sistemáticos, desarrollan hipótesis sobre porque algo ocurren como lo hace y después evalúan las hipótesis de manera deductiva. Forman su personalidad y se insertan afectiva e intelectualmente en la sociedad adulta.

Si bien la teoría de Piaget menciona que el niño construye su propio conocimiento y considerar que el aprendizaje potencia el desarrollo, también considera que el conocimiento es un proceso de interacción entre el sujeto y el medio entendido físico únicamente. Considera que el niño desde que nace es un ser meramente biológico. Dejando de lado la importancia de las interacciones sociales y culturales. Evaluando así meramente el desarrollo de las funciones rudimentarias o biológicas sin dar cuenta de cómo dichas funciones biológicas se transforman a procesos superiores más complejos.

- **Modelo Histórico cultural de Vygotsky.**

Vygotsky (Citado en Morrison; 2005), propone que el desarrollo mental, lingüístico y social está apoyado y mejorado por la interacción social con los otros. Es decir, que la interacción social fomenta el desarrollo de los niños, y una vez que ciertos procesos han sido interiorizados, forman parte de un desarrollo más independiente.

Además de lo anterior Vygotsky 1933 (Citado en León de Vitoria; 2007), plantea que el desarrollo del niño se presenta de la siguiente manera:

- **Impulsividad motriz (0-2 meses):** El niño responde de manera refleja a los estímulos interoceptivos y exteroceptivos. Es una etapa en la que pasa de momentos de quietud a momentos de nerviosismo según tenga las necesidades satisfechas o no. Predomina la función de construcción del objeto.
- **Emocional (2-12 meses):** Es una etapa en la que la figura de la madre se convierte en un agente que aporta estados de bienestar. Construcción del sujeto.
- **Sensorio motor (12-36 meses):** El niño va a manipular y experimentar con los objetos que se encuentra. Va a ser una etapa donde el espacio que rodea al niño se transforma totalmente (ya camina) En esta etapa comienza la actividad simbólica, empieza a hablar. Construcción del objeto.
- **Personalismo (3-6 años):** En esta etapa el niño se comienza a formar una imagen de sí mismo. Además está caracterizada por el negativismo, el niño se opone a los adultos. El niño muestra sus habilidades imitando y representando diferentes papeles sociales. Construcción del sujeto.
- **Categorial (6-11 años):** El pensamiento del niño es más organizado, va integrando la información que le llega del exterior. Va a tener un conocimiento de la realidad más significativo y con mayor sentido. Construcción del objeto.

- **Pubertad y adolescencia:** El niño va a construir su propio yo independiente, va a surgir una nueva fase de oposición, sobre todo con los padres. Construcción del sujeto (León de Vitoria; 2007)

Sin embargo Vygotsky (1931/1986), no solo menciona que el otro, el contexto o la cultura ejercen una influencia sobre el niño en la construcción del conocimiento y su desarrollo, si no que explica cómo se establece esta influencia desde la adquisición de sentidos a través de los signos y la adquisición de significados a través del lenguaje que modificarán las nuevas formas de interacción del niño hacia los otros y que lo llevaran a adquirir ciertas ideologías, creencias, etc.

Es por lo anterior, que se ha considerado retomar el presente enfoque en la realización de la presente propuesta de prevención de la conducta suicida en niños. Más adelante, durante el capítulo 6 se retomará con mayor profundidad las propuestas del enfoque histórico cultural de Vygotsky. Sin embargo, es necesario comprender y resaltar la diferencia entre el signo, el sentido y el significado para un mayor entendimiento del presente trabajo.

De acuerdo con Vygotsky (1931/1986), Erausquin, Sulle & Garcia (2016) y Vergel (2014):

- 1) El signo es un constituyente de la cultura o el entorno que actúa como mediador en las acciones, y permite la transformación de sí mismos a partir del uso simbólico externo.

- 2) El significado es el contenido mental que se le otorga a un signo, es el concepto o idea asociada al signo y se obtiene a partir de la adquisición del pensamiento y del lenguaje.
- 3) El sentido es concretar la significación correlacionándola con la significación de otras palabras o con el contexto o situación dada en los objetos. Es la unión entre 2 signos y su significado.

Resumiendo este primer capítulo, la infancia es una etapa sumamente importante, puesto que es durante esta, donde se adquieren habilidades, aptitudes, experiencias y la construcción de significados y sentidos que le permitirán afrontar las situaciones adversas o no que se le presenten a lo largo de la vida.

Es necesario esclarecer, que durante etapas posteriores también se continúan adquiriendo experiencias, habilidades, aptitudes y la adquisición de sentidos y significados, sin embargo, es importante reconocer como se van transformando o formando a través de lo ya adquirido desde la infancia.

Un niño cuyas necesidades emocionales o afectivas, físicas, sociales y ambientales son cubiertas satisfactoriamente por los padres, maestros, sus iguales o por los otros, se convertirá en un niño asertivo, creativo, seguro de sí mismo, con buenas habilidades psicomotrices. Obtendrá también una gran capacidad para la resolución de problemas, aprenderá a manejar sus emociones de manera óptima y a regular su actividad. Asimilará las normas sociales y adquirirá valores que le permitirán interactuar con los otros de manera óptima.

En cambio un niño cuyas necesidades no son cubiertas, tenderá a ser un niño inseguro, dependiente o por el contrario demasiado independiente pero desafiante a las normas sociales, con poca confianza en sí mismo y en los demás y dificultades para relacionarse con los otros. Además presentara dificultades para resolver sus problemas. No manejara adecuadamente sus emociones y tenderá a ser impulsivo.

Por otra parte, los niños con necesidades sobre cubiertas, tenderán a ser niños dependientes e incapaces de tomar decisiones por sí mismos, desarrollarán dificultades en la capacidad de resolución de problemas y presentarán baja autoestima.

Como adelanto a los capítulos siguientes, si bien no todos los niños ante la falta de cubrir sus necesidades desarrollan depresión, algunos niños podrán desarrollarla y, no solo está, si no que a su vez, ante la frustración, el niño podrá desarrollar tendencias suicidas.

Por ahora solo se ha expuesto como es el proceso de desarrollo del infante para entender por qué se altera el desarrollo psicosocial del mismo y cómo lo afecta en etapas posteriores. No se ha explicado aun con detalle cómo esto puede influir en que se desarrollen trastornos depresivos o tendencias suicidas. A lo largo del capítulo siguiente se abordará cómo se desarrollan las tendencias suicidas y cómo se relaciona todo esto con el trastorno depresivo.

***“Hay una historia detrás de cada persona.
Hay una razón de por qué son lo que son. No es
tan solo porque ellos lo quieren. Algo en el
pasado los ha hecho así y algunas veces es
imposible cambiarlos.”***

Sigmund Freud.

Capítulo 2: Desarrollo de la conducta suicida en la infancia.

El objetivo principal de este capítulo es exponer de manera más específica aquellos factores de riesgo que, tanto condicionan el desarrollo psicosocial del infante, como favorecen el desarrollo de conductas o tendencias suicidas en el infante.

En el capítulo anterior se mencionó de manera general, que no cubrir las necesidades del niño ocasiona alteraciones en su desarrollo. En el presente capítulo se hablará de las situaciones específicas en las relaciones con los otros que condicionan su óptimo desarrollo, y como esto, a su vez, puede generar tendencias suicidas.

El primer factor que se revisará es el extrínseco, que incluye factores externos al individuo. Esto consta de cualquier evento aversivo en las interacciones próximas del niño con su ambiente o con los otros.

El segundo factor que se revisará, consta de los factores intrínsecos, que incluyen factores propios del individuo, tanto de manera biológica como cognitiva y

emocional. A continuación, para obtener un mayor entendimiento, se expondrá con detalle estos dos tipos de factores de riesgo.

Factores extrínsecos que favorecen el riesgo de suicidio.

En el apartado anterior se ha mencionado que, de manera general, los factores de riesgo extrínsecos, son aquellos eventos aversivos en las interacciones del niño con su ambiente y con los otros, que condicionan su óptimo desarrollo. Sin embargo, es necesario hacer una revisión exhaustiva de dichos factores.

Para comenzar es importante mencionar , que de manera global, la OMS (2006), establece que el comportamiento suicida en niños y adolescentes es causado por motivaciones complicadas, tales como depresión, abuso de sustancias, problemas emocionales, conductuales y sociales, la incapacidad de hacer frente a problemas académicos y tensiones en la vida, baja autoestima y bullying.

Complementando lo anterior, Robles, Acinas, Pérez & Gancedo (2013), plantean que algunos otros factores diversos que influyen a la predisposición de conductas suicidas son la pérdida temprana de alguno de los progenitores, haber sido objeto de abuso sexual, exposición a violencia familiar, abuso de sustancias tóxicas, historia de suicidio familiar, trastornos del estado de ánimo y problemas académicos.

Por otra parte, Quintanar (2007), coincide con los anteriores autores en que algunos de los factores que favorecen el suicidio en niños son los antecedentes suicidas en los padres, los ambientes familiares caóticos, las condiciones de maltrato, la reacción

de sentimientos de desintegración interna, la manipulación de los sentimientos y deseos de reunirse con familiares fallecidos.

Mardomingo (1994), de manera más específica, hace mención de que los factores familiares ocupan un lugar importante en el desarrollo de conductas suicidas, específicamente la desestructuración y fragmentación familiar ya que representan una pérdida para el niño, y dicha pérdida altera el normal desarrollo del niño. También la existencia de enfermedades mentales en familiares cercanos y la exposición del niño a casos de suicidio por parte de algún familiar cercano, así como abuso de alcohol, drogas y hospitalización psiquiátrica de los padres, falta de atención y desinterés de los padres por los problemas y necesidades del niño, escaso rendimiento académico, castigos continuos, falta de comunicación y aislamiento social.

Otro factor externo que puede favorecer el suicidio en niños, podría ser el bullying, el cual es comprendido como un acto o una serie de actos intimidatorios y normalmente agresivos de manipulación física y psicológica por parte de una persona o varias en contra de otras. Lo cual, genera sentimientos de frustración en las víctimas. (Ortega, 2014)

Cabe destacar, que otro factor de riesgo asociado a la conducta suicida de niños y adolescentes sumamente importante asociada a las conductas suicidas es la depresión, derivada de factores externos al niño que le generan frustración, ya que los niños no poseen por sí solos la capacidad de afrontarlos. Dichos factores pueden

ser la disfunción familiar, el abuso sexual, la insatisfacción de sus necesidades básicas y el maltrato. (Cuervo & Izzedin, 2007)

Algunos otros factores de riesgo externos asociados al desarrollo de conductas suicidas de acuerdo con Valdivia (2015) son los siguientes:

- Género: Los hombres tienden a tener menores índices de intentos de suicidio, pero un mayor número de suicidios consumados y en las mujeres tiende a presentarse lo contrario, es decir, un mayor número de intentos de suicidio y un menor número de suicidios consumados. Esto puede deberse a la naturaleza neurobiológica distinta en hombres y mujeres y a los factores culturales. Ya que, biológicamente hablando, los hombres tienden a generar más testosterona, que provoca una mayor respuesta impulsiva a diferencia de las mujeres que producen más estrógeno, lo cual produce que sean más emocionales y menos impulsivas. Culturalmente hablando, se ha educado a que el hombre debe ser “fuerte”, que no debe temer a nada y que no debe llorar por ejemplo, lo cual lo lleva a consumir el suicidio y a no pedir ayuda, a diferencia de la mujer a la que si se le ha dado la posibilidad de ser sensible y “débil”.
- Edad: Afecta de manera indistinta, sin embargo, los intentos de suicidio infantiles son cada vez más comunes incluso en edades más tempranas como 4 o 5 años de edad.

- Intentos previos: Conllevan a la mejora de métodos de suicidio. Esto es, si en un inicio se tuvo un pensamiento suicida, se planeó, y fallo, la persona tenderá a reflexionar en qué ha fallado su plan suicida y cómo poder mejorarlo para que al intentarlo la próxima vez sea más eficaz y garantice su muerte.
- Culturales y sociales: Pertenencia a determinadas poblaciones o grupos humanos y sus características grupales. Estos pueden ser, pertenecer a poblaciones de escasos recursos o poblaciones violentas, que generan cierto tipo de problemáticas en la vida del individuo y que condicionan su bienestar. Sin embargo, también forma parte de estos, si se pertenece a una cultura donde el suicidio es más o menos aceptable. Un ejemplo claro es la cultura japonesa, en donde las tasas de suicidio son muy elevadas y se ha visto con mayor normalidad, se ha vuelto parte de la cotidianidad, y se tiende a ver de manera distinta que en la cultura occidental, ya que mientras en la cultura japonesa el suicidio es un acto de valentía y honor, en la cultura occidental se considera un acto de cobardía e inaceptable.

En complemento a este último punto, es importante aclarar que es la cultura y por qué en la presente obra, se considera como un factor de riesgo extrínseco para desarrollar tendencias suicidas y condicionar el desarrollo pleno del infante.

De acuerdo con Giménez (2008), la concepción de cultura ha cambiado. Se ha pasado de una concepción de la cultura tomada como modelos de comportamiento compartido entre una población de personas, a ser un conjunto de pautas de

significados contenidos en las creencias conjuntas de la sociedad. Sin embargo, de acuerdo con este mismo autor, no todos los significados son culturales, si no solo son culturales los que son compartidos y duraderos tanto a nivel individual, como a nivel histórico y que además poseen zonas de estabilidad y persistencia y zonas de movilidad y cambio.

Haciendo un breve resumen, es importante retomar, que los factores de riesgo extrínsecos incluyen al conjunto de sucesos aversivos en las interacciones del niño con su ambiente tanto familiar, escolar, en su comunidad y con sus iguales. Y, que estos sucesos aversivos pueden ser, disfunciones familiares, maltrato infantil, violencia doméstica, pérdida de seres queridos, historial de familiares suicidas, abuso sexual, problemas escolares, bullying, vivir en un ambiente donde existe facilidad de consumo de drogas o sustancias nocivas, aislamiento social, falta de atención de sus cuidadores y depresión sin embargo, este último factor, aunque se puede desarrollar por la frustración ante diversas problemáticas, también tiene que ver con factores neurobiológicos y cognitivos en el niño. Por lo cual, se explicará a profundidad dicho factor en el siguiente apartado.

Es importante también, no perder de vista que otro factor extrínseco es el papel de la sociedad y la cultura en el que se desenvuelve el niño, ya que ésta le proporciona al infante un conjunto de sentidos y significados que, podrán guiar en cierta medida la forma de concebir su situación.

Factores intrínsecos que favorecen el riesgo de suicidio.

Como bien, se ha explicado ya desde el inicio del presente capítulo, los factores de riesgo intrínsecos incluyen a cualquier factor propio del individuo, tanto a nivel neurológico, biológico, cognitivo y emocional.

De acuerdo con Mardomingo (1994), existe influencia de factores neurobiológicos, es decir la influencia de ciertas alteraciones de los neurotransmisores cerebrales en enfermedades psiquiátricas, particularmente la depresión en donde existen alteraciones en la segregación de serotonina, reguladora del estado de ánimo. Así como factores genéticos asociados con una alteración serotoninérgica cerebral y por último factores psicológicos del niño como impulsividad, cólera, existencia de reacciones emocionales intensas, dificultad para tolerar la frustración, incapacidad de demorar las acciones y escasa autoestima, además de sentimientos de desesperanza ligados a su ambiente externo.

Valdivia (2015), menciona que entre los factores de riesgo biológico, se encuentra la implicación del descontrol de lo siguiente:

- Serotonina: Neurotransmisor en niveles bajos.
- Cortisol: Hormona que se eleva en la sangre o en el fluido cerebroespinal.
- Colesterol: En niveles bajos.

Por lo que se refiere a los factores intrínsecos emocionales y cognitivos, se incluye únicamente 2 factores importantes para la presente obra.

- **Temperamento del niño.**

Martínez y Molina (2015), entienden al temperamento como una tendencia innata, propia de un individuo, a reaccionar con un cierto estilo ante los diversos estímulos del ambiente. Un modo espontáneo y natural de reaccionar, no aprendido, ni inducido por el ambiente o la educación. Es la simple manifestación de las disposiciones psíquicas (básicamente, de índole afectiva, instintiva y de tendencia), condicionadas por las constitución orgánica peculiar del individuo. Dependiendo de su constitución corporal (genética y neurobiológica). Algunos ejemplos que mencionan de temperamento de un niño pequeño puede ser su tendencia a ser más o menos activo o pasivo, agresivo o pacífico, tenso o relajado, impulsivo o reflexivo, afectuoso o frío, valiente o miedoso, etc.

De acuerdo con el Centro de consulta sobre salud mental infantil (2013), Los niños de temperamento fácil son, por lo general, niños contentos, activos, desde el nacimiento y se adaptan fácilmente a situaciones y ambientes nuevos. Los niños de adaptación lenta son generalmente observadores, y tranquilos, y pueden necesitar más tiempo para adaptarse a situaciones nuevas y por último, los niños con temperamentos activos tienen rutinas variadas (por ejemplo, para comer y dormir) y tienden a mostrar entusiasmo por la vida.

Tomando en cuenta lo anterior, a diferencia de la personalidad, el temperamento es una manera natural de actuar en el niño. Existen niños que poseen más tolerancia a la frustración o menos tolerancia a la frustración. Pudiendo reaccionar de manera colérica, tranquila, alegre o más tímida. El temperamento del niño es un punto

importante a considerar, ya que es la manera innata en que el niño tiende a reaccionar ante su ambiente. Sin embargo, si bien cada niño nace con un temperamento propio, es posible modificar en cierta medida el tipo de temperamento que manifiestan a través de la regulación de su conducta mediante la participación activa de los padres y el ambiente que les rodea.

- **Depresión infantil.**

Ya se ha mencionado de manera general, que la depresión puede ser un factor de riesgo extrínseco ocasionado por la frustración generada en el niño por el entorno hostil y su falta de capacidad de afrontar las situaciones que se presentan en su entorno de manera satisfactoria. Sin embargo, la depresión también se considera un factor de riesgo intrínseco producido por diversas reacciones cerebrales serotoninérgicas ante el ambiente hostil.

De acuerdo con Tomás (2007), la depresión es una patología global, ya que provoca alteraciones afectivas (emocionales y del humor), alteraciones cognitivas, trastornos o alteraciones psicomotrices o de la actividad, alteraciones somáticas y alteraciones sociales. Algunos de los síntomas presentados por edad que este mismo autor propone son los siguientes:

- **Inferior a los 7 años:** Llanto inmotivado, quejas somáticas, irritabilidad, detenciones del desarrollo, fobia escolar, encopresis (defecación involuntaria).

- **7 años de edad a la pubertad:** Quejas somáticas, agitación psicomotriz y ansiedad (no reactivas a nada en concreto), agresividad, apatía, tristeza, sensación de aburrimiento, sensación de no poder con las exigencias del medio, falta de concentración, bajo rendimiento escolar, fobia escolar, cambios en los hábitos de sueño, fatiga, apetito excesivo o anorexia, alteraciones en la esfera sexual (hipérsexualidad), indecisión, ideas o conductas obsesivas, ideas de muerte recurrentes (no necesariamente de suicidio) curiosidad por la muerte.
- **Adolescencia:** conducta negativa o antisocial, hurtos, agresividad, consumo de drogas o alcohol, deseos de abandonar el hogar, alienación (sentimientos de no ser comprendido ni aceptado), mal humor e irritabilidad, desgana para cooperar en actividades familiares, aislamiento, abandono de aseo personal, dificultades escolares, hipersensibilidad, desinterés por realizar actividades que antes le atraían. (Tomás, 2007)

Duarte y Rubio (2010), conciben a la depresión infantil como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Además caracterizan a la depresión mayor cuando los síntomas se presentan por un tiempo mayor a dos semanas y de trastornos distímicos cuando los síntomas pasan de un mes. Además cabe mencionar que hacen énfasis en que la depresión infantil no es equiparable a la del adulto y está especialmente relacionada con problemas de conducta " Depresión enmascarada".

Así mismo Tomás (2007) menciona que en niños de edades preescolares (tres a seis años), los síntomas de depresión pueden incluir el rostro triste e indiferente o inexpresivo, irritabilidad, desinterés por establecer relaciones sociales, desinterés por el juego, poca disponibilidad para establecer charlas con los otros, cansancio permanente, llanto sin causa, disminución del apetito, alteraciones del sueño, aburrimiento, somatizaciones e interés por la muerte. Esto último puede incluir las tendencias suicidas.

Por último, de acuerdo con Cuervo e Izzedin (2007), la depresión es un factor de riesgo primordial del suicidio, por ello, es importante insistir en la prevención primaria y el tratamiento en etapas tempranas como la niñez y de manera diferencial, por género, a fin de disminuir las consecuencias de ambas problemáticas.

Desarrollo de pensamientos, ideaciones suicidas y el suicidio infantil

Se ha expuesto ya, algunos factores de riesgo que favorecen la conducta suicida. Sin embargo, es necesario comprender cómo se van estructurando dichas tendencias suicidas poco a poco en el niño.

De acuerdo con Quintanar (2007), el suicidio es consecuencia de una serie de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos históricos e incluso filosóficos, que se manifiestan y agrupan en el colectivo de una sociedad y en las expresiones individuales de quienes la conforman.

Esto es importante, puesto que permite reconocer que, como se ha revisado a lo largo de éstos dos capítulos, la influencia ambiental o cultural puede influir en el desarrollo psicosocial del infante y como consecuencia de ello pudiendo generarle además ciertos trastornos como el depresivo y tendencias suicidas, pero más allá de esto, el niño genera nuevos significados y sentidos conforme a las situaciones y experiencias que va viviendo. En el capítulo 3 se revisará con mayor profundidad el significado de la muerte y suicidio en los niños. Sin embargo, es importante comprender como se establece el proceso del comportamiento suicida.

Casullo (2004), ha abordado el estudio del proceso del comportamiento suicida de la siguiente manera:

- Ideaciones suicidas: Se estudian los procesos cognitivos y afectivos que van desde sentimientos sobre la falta de sentido a la vida, elaboración de planes para quitarse la vida, hasta preocupaciones referidas a la autodestrucción.
- Parasuicidios: Incluyen varias conductas que incluyen intentos fallidos de terminar con la propia vida. Se realizan actos que no provocan la muerte, pero sí daños en el mismo.
- Suicidios: Incluyen las muertes que son resultado de la consumación de las ideaciones suicidas.

Para Poldinger (1968) (Citado en Christensen, 1995), el proceso del comportamiento suicida se manifiesta en 3 etapas principales:

- Etapa de consideración: La persona considera que morir representa la posibilidad de resolver problemas, sean estos reales o aparentes. El proyecto

se organiza en torno a las fantasías y experiencias de la persona. Al principio considerar la posibilidad de eliminarse, le genera al individuo ansiedad, sin embargo, luego se estructura y se torna egosintónico.

- Etapa de ambivalencia: se hace presente la indecisión y la lucha entre tendencias constructivas y destructivas. Por lo tanto, esta etapa es de conflicto y crisis. Durante este período se manifiestan señales y avisos de la intención de suicidarse.
- Etapa de decisión: La persona finalmente opta por suicidarse. Durante este período se observan señales directas e indirectas, actos preparatorios, ideas y representaciones concretas respecto a la opción por la muerte.

Valdivia (2015) por otra parte, explica que el proceso suicida se construye a través de 6 fases principales:

1. Fase previa: Consta de ideas generales sobre la muerte que se van singularizando y personificando acorde a su historia de vida y sus experiencias. Algunos ejemplos de ello son: <<Para vivir así es mejor morirse>>, <<soy una carga>>, etc.
2. Fase de posibilidad de suicidio: El individuo comienza a pensar en las posibilidades de darse muerte por sí mismo. A diferencia de la etapa anterior, en esta etapa, se considera como solución a los problemas el darse muerte a sí mismo en lugar de que la muerte llegue por si sola.
3. Fase de ambivalencia frente a la idea de suicidio: En la persona surgen dudas acerca de que ganara, que perderá y que consecuencias habrán por su

muerte. Es durante esta etapa donde las personas dudan si el suicidio es la mejor opción o habrá otras soluciones, es por ello que el autor menciona que es fundamental identificar esta etapa para proporcionar los medios preventivos y terapéuticos adecuados.

4. Fase de las influencias informativas: Busca en los medios de comunicación y se entera de otras tentativas de suicidio o suicidios consumados y se identifica con ellos, además intenta imitarlas.
5. Fijación de la idea de suicidio: El sujeto ve a la muerte como única salida a sus problemas.
6. Decisión suicida: Durante esta etapa la persona prepara su suicidio. Como lo hará, cuándo lo hará, dónde y de qué manera lo llevará a cabo. Durante esta etapa la persona también buscará el método más “efectivo para suicidarse”, ya sea porque es menos doloroso o más rápido y que garantiza que no existirá probabilidad de que sobrevivan.

De manera global, el comportamiento suicida es todo un proceso, donde en un inicio se presentan los pensamientos o ideaciones suicidas (conformados por la necesidad o pensamientos de querer acabar con la vida y de cómo se logrará llegar a esto), después se presentan los parasuicidios (conformados por intentos reales fallidos para terminar la vida) y por último, se consuma como tal el suicidio donde se logra la consumación del acto suicida y la muerte.

Ahora bien, resumiendo el presente apartado, de manera general, se explicó como existen ciertos factores tanto extrínsecos como intrínsecos que condicionan el

desarrollo del infante generando en algunas ocasiones depresión y tendencias suicidas.

De manera específica no hay que perder de vista el papel importante de la interacción con los otros, ya que estas influyen tanto en como el niño pueda responder ante diversas situaciones, hasta que pueda desarrollar ciertos trastornos. No obstante, las interacciones con los otros y en general la cultura influyen en cómo el niño conciba la vida, la muerte y más específicamente el suicidio.

A continuación se aborda con profundidad lo que es el suicidio durante la infancia y las peculiaridades de este con respecto al suicidio en etapas más tardías.

“El pensamiento de suicidio es un poderoso medio de consuelo: con él se logra soportar más de una mala noche.”

Friedrich Nietzsche.

Capítulo 3.- Suicidio en la infancia.

Suicidio.

Para comprender el fenómeno del suicidio, es necesario conocer de antemano el significado de este. De acuerdo con Robles et al (2013), la palabra suicidio deriva de expresiones latinas *sui* y *caedo* que significa matarse a sí mismo, por lo cual conciben el suicidio como una decisión deliberada o intencional de acabar con la vida de sí mismo. Sin embargo, a pesar de darnos esta definición de suicidio, dichos autores reconocen que en la misma se omite el sufrimiento que está de por medio en el acto suicida.

Quizá, la definición más importante de suicidio ha sido proporcionada por Durkheim (1994), quien menciona que se define al suicidio como: “Toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado y, que además está relacionado con las crisis por las circunstancias de la vida” (p.5).

Otras concepciones de suicidio son proporcionadas por Guibert (2002), quien menciona que Kreitman en 1975 define el mismo como el acto de autolesión cometido deliberadamente, con el fin de conseguir algo. Shneidman en 1895 (Citado en Guibert; 2002) por su parte, define al suicidio como el acto humano de aniquilación auto inducida ocasionada por un malestar multidimensional en el individuo producido por algún problema, y, que además se considera como la mejor solución.

Tal como se mencionó en la primera definición de suicidio en este apartado, las definiciones anteriores no dan cuenta del porqué las personas deciden terminar con su vida. No dan cuenta del sufrimiento o las causas que llevan a las personas a cometer suicidio y que es lo que los lleva a considerar que es la mejor solución a sus problemas.

Algunos autores como Bobes, Saiz, García, Bascarán & Bousoño (2004), mencionan al respecto que la intencionalidad de las personas suicidas no siempre es terminar con su vida ni hacerse daño, si no obtener lo que se quiere de los otros por otros medios (chantaje), demandar atención ante una situación vivida como desesperada o agredir a otros con la responsabilidad de su muerte.

Esto da cuenta de que, para el suicida, el suicidio y la muerte propiamente dicha pueden concebirse con diferentes sentidos y significados. Tomando en cuenta esto se puede visualizar que, si bien, comprender los sentidos y significados en una persona adulta es complicado, tratar de comprender esto mismo en los niños es aún

más complejo. Más adelante se hace una profundización de esto. Sin embargo, el siguiente punto a comprender es el suicidio en la infancia.

Suicidio infantil.

Teniendo en cuenta lo expuesto durante el apartado anterior, el suicida es una persona que ha aprendido que el suicidio es un comportamiento posible, concebible y que construye una respuesta adecuada a determinadas situaciones.

Este aprendizaje adquirido durante su historia personal social, unido a la no existencia de un pensamiento orientador sobre la propia vida que le dé sentido a ésta, acorde con la etapa psicológica que está viviendo, y a trastornos en el desarrollo de la autovaloración y el autoestima del individuo, crea una personalidad vulnerable a estados emocionales como la dependencia, la desesperanza, las depresiones, la soledad, etc. (Guibert; 2002).

Lo anterior no debe perderse de vista, ya que el niño suicida ante diversidad de situaciones frustrantes comienza a concebir que la única salida ante las situaciones adversas es la muerte, y, si no existe alguien que le ayude a construir significados y sentidos distintos de la situación que está viviendo, no hallará nuevas alternativas para afrontar las situaciones adversas por sí solo y continuará así en etapas posteriores de su vida.

Para completar la idea anterior, se ha revisado durante el segundo capítulo, que existen ciertos factores de riesgo para que los niños desarrollen comportamientos suicidas. Al respecto Robles et al (2013), mencionan que ante traumas ocasionados por abuso sexual, o físico, la tentativa de suicidio suele presentarse como una salida a estas situaciones, pues la víctima siente impotencia al ver que una figura protectora le hace daño y además le obliga a guardar silencio. Así mismo mencionan que, muchos de los preadolescentes que intentan cometer suicidio toman al mismo como un punto de alivio o una opción razonable, una posibilidad, cuando están en una crisis y creen no poseer los recursos adecuados, por ejemplo.

Sin embargo, como se revisó en capítulos anteriores, no todos los niños que viven en un ambiente hostil o cuyas interacciones con los otros son limitadas desarrollan tendencias suicidas. Además, si bien en el adulto es complicado determinar si una persona posee tendencias suicidas, en un niño es más complicado aún.

No obstante Ulloa (1993), plantea que el suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia. Es decir, un adolescente no llega a ser suicida de forma abrupta, sino que se produce a través de un proceso que consta de tres fases:

- Fase inicial: Se constituye por una historia de problemas emocionales y conductuales de moderada magnitud en la niñez temprana.
- Fase de escalada: se produce al comienzo de la adolescencia, con la incorporación de nuevos problemas propios de la edad, que llevan al sujeto a un sentimiento de soledad (cambios corporales, preocupaciones sobre la

sexualidad y el rendimiento escolar, problemas en las relaciones con los padres, etc.).

- Fase precipitante final: Donde durante los días previos al intento de suicidio, la comunicación con los padres se bloquea, ocurre un distanciamiento de los amigos, elementos con los cuales aumenta el sentimiento de soledad aparecido ya en la etapa anterior. Hay un quiebre en las relaciones, después de lo cual probablemente ocurra la conducta suicida.

Es importante que se mantenga presente lo anterior, puesto que si no se presta la atención debida a los niños que manifiesten deseos de terminar con su propia vida, estos niños crecerán con las tendencias suicidas.

Es debido a lo anterior que, en el apartado siguiente se hace un acercamiento a algunas de las características que presentan los niños con tendencias y comportamientos suicidas.

Características del niño suicida.

De acuerdo con diversos autores, discriminar ciertas características en los niños puede resultar útil para la detección de tendencias suicidas.

Shaffer (1974) (Citado en Mardomingo; 1994) categoriza las características de los niños y adolescentes con conducta suicida de la siguiente manera:

- Hipersensibles a la crítica.

- Aislados, con dificultades de comunicación
- Impulsivos
- Perfeccionistas, metódicos y autocríticos.

Además de lo anteriormente mencionado, Robles et al (2013) mencionan que los niños con tendencias suicidas presentan ciertos cambios de comportamiento que pueden ser:

- Cambios en la alimentación, y el sueño.
- Pérdida de interés en las actividades habituales y tendencia al aislamiento
- Retraimiento respecto a los amigos y miembros de la familia.
- Comportamiento rebelde.
- Manifestaciones emociones contenidas y alejamiento e huida.
- Preocupaciones acerca de la muerte y deseos de morir.
- Aumento de molestias físicas asociadas a conflictos emocionales como dolores de estómago, de cabeza y fatiga.
- Pérdida de interés por la escuela o el trabajo escolar.
- Sensación de aburrimiento. Bajo interés por sus aficiones, su tiempo de ocio.
- Dificultad para concentrarse
- Falta de respuesta a elogios de adultos. Poca tolerancia a elogios y premios. (Robles et al, 2013)

Por último, es importante incluir, que, para Quintannar (2007), la forma en que el niño con riesgo suicida juega es distinta a los niños que no presentan tendencias suicidas. La naturaleza del juego, los personajes y sus desenlaces, así como sus dibujos y

relaciones afectivas con los otros estarán siempre dirigidas hacia la autodestrucción, el aislamiento o el interés hacia la muerte.

Ahora bien, se ha revisado ya a lo largo de los capítulos anteriores, que el niño presenta comportamientos suicidas en respuesta a ciertas situaciones en las que no encuentra otra alternativa más que la muerte para escapar de su situación. Pero es necesario saber a profundidad ¿Cómo concibe la muerte el infante? ¿Qué es el suicidio para el niño? ¿Por qué muestra interés en la muerte?

Por ello en el siguiente apartado se hará un acercamiento a las formas de concepción de muerte y suicidio desde edades tempranas.

Concepción de muerte y significado de suicidio en niños

Para entender tanto la muerte como el suicidio en los niños es necesario considerar tanto su etapa de desarrollo y su concepto de la muerte. (Quintanar; 2007).

Ajuriaguerra (1996) (Citado en Cruz y Roa; 2005) , describe el desarrollo de la noción de muerte en el niño, postulando que “dicha evolución se organiza en torno a dos puntos esenciales: cómo percibir la ausencia y cómo integrar la permanencia de la ausencia. Desde esta perspectiva la muerte se concibe como el fin definitivo de la vida”. Es decir, el niño primero debe desarrollar la noción de ser, para luego poder desarrollar el concepto de “no-ser”. De este modo, esta evolución se da en 4 etapas:

- 0-2 años: Existe una incomprensión total y una indiferencia completa por la muerte

- De 2 a 6 años: Durante esta, se presenta una percepción mítica de la muerte. Llega a ser un concepto de interrupción y desaparición. La muerte es además provisional, temporal y reversible, siendo a la vez aceptadas y negadas sus consecuencias.
- De 6 a 9 años: En esta etapa, se producen 3 cambios en el concepto de muerte. En primer lugar, la muerte es el paso de una referencia individual a una referencia universal. Después es el paso de lo temporal y reversible a lo definitivo e irreversible y, finalmente se produce el cambio del significado moral ligado a la muerte. Una muerte considerada castigo o venganza pasa a ser un proceso natural, un elemento del ciclo biológico
- Desde los 9 años en adelante: Corresponde a una fase abstracta, donde se presenta una angustia existencial que supone el acceso a la simbolización de la muerte y al conocimiento de este concepto, pero también el temor a la pérdida real y al final de su propio destino, se produce la introducción del pensamiento adulto sobre la muerte, sus corolarios filosóficos, metafísicos, religiosos, psicosociológicos y éticos. (Citado en Cruz & Roa; 2005).

De la misma forma, Zañartu, Kramer & Wietstruck (2008), mencionan que las concepciones de muerte cambian con la edad. Antes de los 2 años existe la sensación de ausencia y presencia que se asocian a manifestaciones de angustia, no hay una capacidad para tener un concepto claro de la muerte. Entre los 3 y 7 años ya tiene lugar la idea de la muerte como un fenómeno reversible o temporal, con atribuciones mágicas y propiedades tenebrosas. Entre los 7 y 12 años se va adquiriendo una idea de muerte apropiada, se asimila que es irrevocable y universal,

sin embargo no se alcanza a comprender del todo que la muerte es permanente y absoluta. Por último a los 12 años de edad los niños comienzan a generar sus propias concepciones y reflexiones sobre la muerte a partir de sus experiencias, tomando en cuenta que es absoluta, universal e inevitable.

Por otra parte de acuerdo con Raheb (2001), se pueden distinguir tres etapas principales en donde se adquieren concepciones distintas acerca de la muerte, iniciadas desde los 5 años (antes el niño no considera la muerte), dichas etapas son las que se mencionan a continuación:

- Los niños entre 5 y 9 años suelen personificar la muerte. en los 5 años de edad el niño considera la muerte como una separación temporal provisional y reversible. A partir de los 7 años y medio la consideran como algo alejado, que no afecta a los niños. Entre los 7 años y medio y los 8 y medio empiezan a reconocer la muerte como una posibilidad personal e inmediata y remota.
- Entre los 9 y 13 años, aparece el concepto de muerte como irreversible y capaz de afectar, primero a personas neutras y, luego a las próximas.
- A partir de los 12-13 años, con la adolescencia y la adquisición del pensamiento abstracto, aparece el pleno concepto de muerte: final de la vida, irreversible, biológico.

Robles et al (2013), mencionan que muchos niños suicidas creen que la muerte es un estado temporal, agradable, que elimina todas sus tensiones.

Guibert (2002) al respecto, destaca que los niños no parecen estar conscientes de su propia mortalidad. Es decir, el niño pone en peligro su propia vida con la idea de que seguirá vivo para ver lo que ocasiona en los otros. No obstante menciona que, la muerte no es un final horrible para los niños, puesto que muchas veces están influidos por cuentos de hadas y los héroes y heroínas de las aventuras y filmes infantiles.

En cuanto al significado de suicidio, Durkheim (Citado en Quintanar; 2007), propone 4 tipos de suicidio clasificados en 2 conjuntos de acuerdo a lo que significan para el suicida, uno de integración y el otro de regulación. El conjunto de integración está conformado por el suicidio egoísta que ocurre cuando la persona se siente molesta con la sociedad y establecen pocos lazos con los demás, generalmente se sienten solos. Y, por otra parte está el suicidio altruista, que se comete por personas que toman como propios ciertos principios o valores sociales, a tal grado que pierden su identidad y sacrifican su vida.

Para el segundo conjunto se encuentra el suicidio anómico y el fatalista. El primero se consume debido a situaciones de crisis provocadas por un sentimiento de desajuste social. El segundo lo realizan las personas que piensan que su situación es inmutable y con pocas posibilidades de influir en ella. (Quintanar; 2007).

Pérez (1999) por otra parte, expone que algunos de los significados concretos del intento suicida son:

1. Posibilidad de dormir para descansar, temporalmente, del agobio de una situación intolerable.
2. Expresar rabia, inconformidad, frustración.
3. Debut de una enfermedad psiquiátrica de relevancia.
4. Reacción ante la pérdida de una relación valiosa.
5. Forma inadecuada de vivir.
6. Reclamación de apoyo.
7. Agredir a otros.
8. Evitar el dolor físico o la enfermedad fatal.

Al mismo tiempo, Egea (2011) considera que la conducta suicida del niño y los significados del suicidio en el infante están estrechamente relacionados con la influencia sociocultural, ya que se mueven constantemente en la sugestión, donde la influencia de los demás logra el cumplimiento de lo que exige el otro en el sujeto. De acuerdo con esto, la sugestión que reciben del medio externo en el que se desenvuelven, incide de manera directa en cada una de las actividades que ejecuten y en las respuestas que den a los estímulos sociales recibidos, en este caso particular, a la ideación suicida y el intento de suicidio.

Para esclarecer lo anterior, Pfeffer (1986), considera que las motivaciones que llevan al comportamiento suicida incluyen fantasías conscientes e inconscientes, deseos, miedos o prohibiciones, ya que los niños pueden reaccionar ante una situación insoportable como lo es la privación del amor o de las necesidades de afecto y

seguridad con tendencias autoagresivas que son dirigidas en contra de aquellos que le niegan estas necesidades.

Por lo que, tomando en consideración lo anterior, la tendencia suicida, no solo se deriva del dolor interno en el niño ocasionado por el medio hostil en el que pueda desenvolverse. Si no más allá de ello, puede deberse a toda una cultura y sociedad en la que se desenvuelven. Donde la muerte y el suicidio tienen significados y sentidos particulares que pueden influir en el infante.

Suicidio como “accidente”.

De acuerdo con Pérez (1999), la infancia se considera una etapa donde la conducta suicida difícilmente se manifiesta, sin embargo en la niñez pueden ocurrir actos suicidas que no se han reportado como tal o que se reportan como accidentes.

Siguiendo lo anterior, Morán (2006), indica que en diversas ocasiones, los padres no reportan el evento como suicidio algunas veces por miedo a ser foco de atención debido a la publicidad sensacionalista o mediática, y sobre todo, por vergüenza a la sociedad, pero también existe un miedo a enfrentar un procedimiento legal por su negligencia, por lo cual es más fácil considerar los suicidios en la infancia como "accidentes".

En otros casos, de acuerdo con Barón (2000), algunos casos pasan como intoxicaciones, accidentes, o simplemente los padres o cuidadores no se dan cuenta.

Esto representa un grave problema, puesto que Hija, Blanco, Carrillo & Rascón (1998), reportan que las lesiones accidentales se ubican entre las primeras 10 causas de mortalidad y de morbilidad y en 1995 ocuparon el primer lugar como causa de muerte en niños de 1 a 14 años. Entre dichas lesiones destacaron ahogamientos, caídas accidentales y envenenamientos. (Citado en Quintanar; 2007).

Para complementar los datos anteriores, Quintanar (2007), relata que al entrevistar a unos padres cuyo hijo de 9 años se había ahorcado en su habitación con el cable de una cortina, pudo observar que estos presentaban una pobre expresión afectiva y casi nunca se reconocían los logros del menor. El niño no fue objeto de maltratos físicos ni adicciones por parte de sus padres, pero si se encontraba en circunstancias de abandono afectivo.

Es importante considerar que no todos los accidentes presentados en niños son producto de suicidios propiamente. Un accidente se entiende en el presente trabajo como el producto de un evento no planeado que termina en una situación fatal.

El suicidio es producto de todo un complejo proceso donde se tiene una intención de terminar con la vida de sí mismo a través de un evento planeado. Un niño durante el juego puede lastimarse a sí mismo sin haber tenido intenciones de. Por lo cual es necesario evaluar si el niño realmente presenta intencionalidad de dañarse a sí mismo mediante una evaluación psicológica.

Suicidio por imitación e influencia de internet en el desarrollo de conductas suicidas.

La imitación de la conducta suicida se produce cuando se informa a una persona que alguien en su entorno (familiares, amigos, compañeros, etc.) se suicida o intenta suicidarse. Por otro lado, la manera en que los medios de comunicación tratan el suicidio puede favorecer el efecto contagio. La información con muchos detalles, dar la noticia de forma sensacionalista o cuando el suicidio se aborda con admiración (valentía, romanticismo, etc.) puede favorecer la aparición de conductas de imitación, especialmente en adolescentes y jóvenes. (AVALIA-T; 2010).

Un ejemplo tanto de imitación, como de incitación del suicidio por la difusión de algunos medios de comunicación es el Juego de la Ballena Azul, difundido en el año 2015 en Rusia y en el año 2016 en América Latina a través de ciertas redes sociales. Dicho juego consiste en llevar a cabo diversas pruebas diariamente, donde se induce a los jóvenes y niños preadolescentes a adquirir pensamientos, ideaciones y a consumir el suicidio para finalizar el mismo. Durante esto, existe un “curador”, quien evalúa el cumplimiento de las tareas. (Aguila; 2017).

Algunos de los retos a cumplir de este juego de acuerdo con La prensa (2017), son los siguientes:

1. Con un cuchillo o navaja de afeitar, escribir “F57” en alguna parte del cuerpo (generalmente palma de la mano o brazo) y luego enviar una foto al curador.

2. Ver películas de terror y psicodelia a las 4:20 de la mañana. El curador le indicará cuáles películas, recordando que va a hacer preguntas acerca de las escenas porque quiere saber si realmente las ha visto la víctima.
3. Hacer tres cortes en el brazo, no necesitan ser muy profundos. Enviar la imagen al curador.
4. Dibujar una ballena azul en un papel y enviar la imagen al curador.
5. Si se está listo para convertirse en una ballena azul, escribir "SI" en la pierna con un cuchillo. Si no es así, tiene que hacerse varios cortes fuertes castigándose.
6. Tarea secreta. El curador siempre cambia el sexto desafío, basado en el perfil de la víctima.
8. En la red social la víctima debe publicar "#i_am_whale"
9. Se le da una misión en función del mayor temor de la víctima, tiene que superar ese miedo.
10. Despertar las 4:20 de la mañana y subir a un tejado, entre más alto mejor.
11. Hacer un dibujo de una ballena azul en el brazo con una navaja y enviar la imagen al curador.
12. Ver películas de terror y psicodelia todo un día.
13. Escuchar las canciones que el curador le envíe.
16. Hacer algo doloroso, salir lastimado o enfermo.
17. Encontrar el techo más alto que pueda y quedarse de pie en el borde durante 22 minutos.
18. Encontrar un puente y pararse en el borde.
19. Hacer un enemigo.

21. Tener una charla con otra “ballena azul” (otra víctima del juego) por Skype. El curador le mostrará otra ballena azul si es necesario.
26. El curador indicará la fecha de la muerte de la víctima y esta deberá aceptarla.
27. Despertar a las 4:20am e ir a una vía férrea o un ferrocarril.
28. No hablar con nadie en todo un día.
50. Saltar de un edificio alto, ahorcarse etc... Tomar su propia vida

Actualmente, los niños se enfrentan a un fácil acceso a las nuevas tecnologías y a las diversas redes sociales que les facilitan encontrar información diversa que puede resultar dañina. Sin embargo el niño imita lo que encuentra en la red y lo que hacen los demás para obtener un cierto reconocimiento social.

Mitos referentes a la conducta suicida.

Para comprender este apartado de una forma más completa, es necesario tomar en cuenta que de acuerdo con Pérez (2005), los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas. Además resalta que con cada mito se intentan justificar determinadas actitudes de quienes los sustentan, las que se convierten en un freno para la prevención de la conducta suicida.

Al respecto Robles et al (2013), mencionan que hay muchos mitos referentes al suicidio y la conducta suicida que se transmiten de generación en generación y que aún siguen considerándose como verdaderos. Algunos de dichos mitos son los siguientes:

- Hablar sobre suicidio puede fomentarlo. Por lo que no hay que preguntar sobre el suicidio.
- La gente que habla sobre suicidio no lo lleva a cabo.
- La mayoría de los suicidas no avisan porque el que se quiere matar no lo dice.
- Cuando se ha realizado una tentativa suicida y la persona comienza a mejorar, puede decirse que ya no hay riesgo.
- La gente que se suicida está loca y solo se suicidan los enfermos mentales.
- La conducta suicida se hereda.
- Los que se mataron realmente es porque deseaban morir.
- El suicida desea morir siempre.
- Si se reta a un suicida este no lo intenta.
- El suicidio es impulsivo.
- El riesgo de suicidio disminuye con la mejoría de la depresión.
- Si una persona realiza muchos planes, no es posible que quiera suicidarse.
- Las conductas auto lesivas múltiples sólo significan que el paciente únicamente quiere llamar la atención pero realmente no tiene intencionalidad suicida. (Robles et al ; 2013).

No obstante Guibert (2002), menciona que la importancia de conocer los mitos referentes al suicidio radica en desmentirlos y modificarlos, ya que sus consecuencias ante la sociedad son dañinas. Algunos otros mitos que este mismo autor plantea son las siguientes:

- 1.- La gente que habla de suicidarse nunca lo hace.
- 2.- El suicidio se comete sin previo aviso.
- 3.- La persona que se repone de una crisis suicida no tiene riesgo de recaer.
- 4.- La persona que quiere morirse de todas maneras lo logrará tarde o temprano.
- 5.- Todo el que se suicida es porque está deprimido.
- 6.- Todos los suicidas son enfermos mentales.
- 7.- La tendencia al suicidio es hereditaria.
- 8.- Las personas que intentan el suicidio están dispuestas a morir en realidad.
- 9.- Cuando se está viejo y solo más vale suicidarse.
- 10.- Las personas pobres o las ricas son las que más se suicidan.
- 11.- La persona que falla en un intento suicida no volverá a hacerlo.
- 12.- El suicidio es una conducta de personas cobardes.
- 13.- El suicidio se puede combatir mediante leyes.
- 14.- alcohol y suicidio no tienen relación.
- 15.- Preguntarle a una persona directamente. ¿Tiene la intención de matarse?, puede inducirlo a un intento suicida.
- 16.- El comportamiento suicida es solamente una acción para llamar la atención.

Contrario a lo anterior Pérez (2005), hace mención de algunas realidades o criterios científicos que desmienten algunos mitos. Estos son los siguientes:

- De cada 10 personas que se suicidan, nueve de ellas manifestaron sus propósitos y el resto dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
- Todo el que se suicida expresó lo que ocurría con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta.
- Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error considerarlos mentirosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran otras alternativas.
- Todo suicida se encuentra en una situación ambivalente, es decir con deseos de morir y vivir.
- Casi la mitad de los que atravesaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo llevaron a cabo después de los primeros 3 meses de crisis emocional, cuando el peligro había "pasado".
- Entre el 1% y 2% de los que intentan suicidarse lo logran durante el primer año después del intento y entre el 10% y 20% lo consumaran en el resto de sus vidas.
- Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o el suicidio, no todos los que lo hacen presentan depresión. Pueden padecer esquizofrenias, alcoholismo, trastornos de carácter, etc.
- Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente es así. El sufrimiento está de por medio

- No está demostrado que el suicidio se herede, pero sí ejerce influencia en los miembros de la familia.
- Antes de suicidarse todos los suicidas presentan síntomas que refieren el síndrome presuicidal. (Planes de suicidio).
- Hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo, en vez de incitar, provocar o introducir esa idea en su cabeza, se reduce el riesgo de cometerlo. (Pérez; 2005)

Algunas otras realidades científicas que desmienten los mitos referentes al suicidio de acuerdo nuevamente con Guibert (2002) son las siguientes:

- Las personas que hablan de suicidarse pueden hacerlo en cualquier momento y tienen más riesgo que las personas que no hablan de suicidarse.
- Las personas que se suicidan, frecuentemente dan indicios o advertencias sobre sus intenciones suicidas.
- Cuando una persona suicida empieza a sentirse mejor, todavía tendrá problemas y conflictos que necesita resolver, y podrían conducirla a un retorno de los pensamientos suicidas y del acto a partir de un aumento de energía psicomotora.
- A menudo un intento de suicidio se hace durante un periodo crítico de estrés mantenido de la persona y esto pasa o cambia (con ayuda psicológica) la manera de ver la situación por la persona.

- La mayoría de las personas que se suicidan no están deprimidas, ni la mayoría de deprimidos se suicidan, aunque la psicodinámica del suicidio se parece a la de la depresión ya que ambas manifiestan un cierto rechazo a la vida y su realidad.
- Cualquier persona que esté desesperada y desesperanzada puede quitarse la vida y, en el momento de cometer el acto suicida, generalmente está alterada, ambivalente y atormentada.
- La tendencia suicida no es hereditaria y lo único que sí puede transmitir la familia, con su educación, es que el suicidio sea considerado como una forma de solución a los problemas.
- Las personas suicidas a menudo se sienten ambivalentes acerca del morir y piden ayuda de diversas formas que muchas veces no son oídas.
- Se comete suicidios de parte de personas de todas las edades.
- El suicidio afecta por igual a todas las clases y capas sociales.
- La persona que falla en un intento suicida está en alto riesgo de volver a intentarlo y ya tiene la vivencia del acto realizado, por lo que resulta menos complejo. Necesita ayuda.
- Cualquier persona puede intentarlo, si le fallan sus mecanismos de autorregulación y está desesperanzado.
- No se puede combatir mediante leyes por ser una cuestión individual, con mucha variabilidad personal y afectaría la prevención de este.
- Suicidio y alcohol a menudo van de la mano; o sea, personas con alto consumo de alcohol casi siempre están autodestruyéndose, indirectamente, y muchos que lo intentan están bajo la influencia del alcohol o de las drogas.

- Preguntar directamente sobre la intención suicida siempre aliviará la ansiedad alrededor del sentimiento y actuará como un impedimento al comportamiento suicida.
- Todo comportamiento auto destructor es grave y puede ser letal. (Guibert, 2002).

Resumiendo el contenido del presente capítulo, es importante considerar que el suicidio puede darse en algunos casos como resultado de todo un proceso que comienza desde la etapa infantil y que se mantiene en etapas posteriores.

Las características en el cambio de comportamiento de los niños suicidas incluyen hipersensibilidad a la crítica, aislamiento, impulsividad, cambios en la alimentación y el sueño, pérdida de interés en el juego, comportamiento rebelde, huida, pérdida de interés en la escuela, molestias físicas, enuresis, dificultades de concentración y preocupación por la muerte. Las cuales en ocasiones los padres o cuidadores no atienden.

Las concepciones de muerte se mantienen en constante cambio al avance de la edad del niño. Sin embargo, un factor común entre los niños que presentan comportamientos suicidas independientemente de su edad es que creen que la muerte es un estado temporal, agradable, que elimina todas sus tensiones o que podrán ver lo que ocurrirá con sus familiares al morir.

El significado de suicidio es variable, para algunos niños el suicidio significa una forma de eliminar algunas tensiones, de escapar de su realidad, una forma de venganza o por el contrario de sacrificio. Sin embargo, los significados de suicidio que el niño posee están influenciados por la cultura y el medio que le rodea.

Se ha descubierto, que existen casos de suicidio en niños reportados como accidentes. Esto debido a que algunas veces el comportamiento pasa desapercibido y solo a través de una evaluación post- mortem los especialistas se dan cuenta que el niño en vida manifestó tendencias suicidas. En algunas otras ocasiones por miedo de los padres a enfrentar procedimientos legales de negligencia.

La forma en que los medios de comunicación informen sobre el suicidio repercute en la aparición de conductas suicidas por imitación. Actualmente los niños poseen un fácil acceso a las nuevas tecnologías y redes sociales y corren riesgo de imitar conductas suicidas por obtener reconocimiento social de otros. Un ejemplo es el caso de la ballena azul.

Por último, es importante difundir información referente a las realidades del suicidio y eliminar los mitos que se han mantenido a través de la cultura referente al suicidio, para una mejor atención del mismo.

Se ha explorado ya como es que el niño suicida puede generar ideaciones suicidas, como llega a intentar cometer suicidio, que puede significar morir y suicidarse y sobre

todo, que existen casos de suicidio en niños. Sin embargo, aún no se ha explorado, cual es la cifra exacta en México.

Es por ello que a continuación se expondrán los índices de suicidio en México tanto de manera general como de manera específica en la población infantil y los índices de depresión infantil ya que es uno de los trastornos ligados a las tendencias suicidas.

"El único problema filosófico verdaderamente serio es el suicidio. Juzgar si la vida es o no digna de vivir es la respuesta fundamental a la suma de preguntas filosóficas."

Albert Camus

Capítulo 4.- Índice de depresión y suicidio en niños.

De acuerdo con todo lo anteriormente expuesto, el suicidio es un fenómeno complejo y una problemática de salud mental grave. Sin embargo, a pesar de reconocer parte de la gravedad de este fenómeno por sus características y factores de riesgo aún no se revisa qué proporción de la población tanto a nivel mundial como a nivel nacional presenta conductas de riesgo suicida.

Es necesario revisar los índices de suicidio, puesto que esto permite conocer con mayor profundidad la gravedad de esta problemática. Y, específicamente, conocer cómo se presentan las conductas de riesgo suicida por edad, género y región del país.

Así mismo, el conocer los datos de suicidio permite evaluar si al fenómeno de suicidio específicamente en niños se le ha tomado importancia, ya que como se revisó en el capítulo anterior, algunos autores plantean que muchos accidentes ocurridos en infantes, son en realidad suicidios consumados que bien pudieron evitarse con la prevención e intervención adecuada y se suman a las cifras de

simples accidentes y no de suicidios infantiles reales. Lo cual, interviene con la atención que debería de darse a este sector de la población ante el presente fenómeno.

Índices de suicidio en México y el mundo.

De manera general, y para introducir a las cifras de este fenómeno es necesario exponer que, de acuerdo con la OMS (2017), anualmente, cerca de 800 000 personas a nivel mundial se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. Además se encuentra como la segunda causa de muerte a nivel mundial en el grupo de edad comprendido desde los 15 a los 29 años.

De manera más particular, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), menciona que en México tan solo del año 2000 a 2014, la tasa de suicidios se elevó de 3.5 a 5.2 por cada 100 mil habitantes. (INEGI, 2016).

Y, para el año 2015, de acuerdo con la INEGI (2017), se registraron 6 285 suicidios, esto representa una tasa de 5.2 fallecidos por lesiones auto infligidas por cada 100,000 habitantes, la cual no varió con respecto al año anterior. (Ver figura 2).

Figura 2. Índice de suicidios en México por año.
Tasa de suicidios
2010 a 2015
 (Por cada 100 mil habitantes)

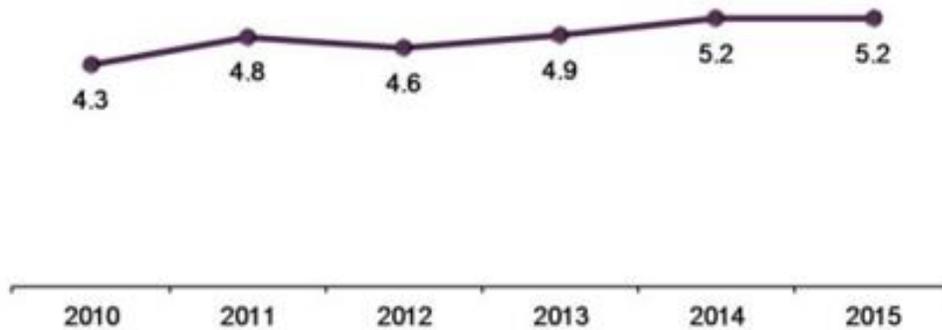


Figura 1. Índice de suicidio en México desde el año 2010 al año 2015. Fuente INEGI (2017).

Esto indica que, si bien el índice de suicidios consumados no tuvo una diferencia significativa respecto al año anterior, si existen cifras más elevadas respecto a los años anteriores, pasando de 4.3 suicidios consumados en 2010 a 5.2 suicidios consumados en 2015. Es importante no perder de vista, que en el año 2000 las cifras de suicidio se encontraban entre 3.5 suicidios consumados por cada 100 mil habitantes.

Además de lo anterior, otros datos más actuales, proporcionados por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), arrojan que la tasa de suicidios en México se ha elevado desde el año 1990 hasta el año 2015, pasando de 2.4 a 5.4 suicidios por cada 100 mil habitantes, tal como se muestra en la figura 3 presentada a continuación. (Merino, Torreblanca & Torres; 2017).

Lo cual indica, que el índice de suicidios aumenta aproximadamente a 1.0 consumaciones de suicidios por cada 100 mil habitantes cada 10 años.

Figura 3. Índice de Suicidio en México por año.
Tasa nacional de suicidios

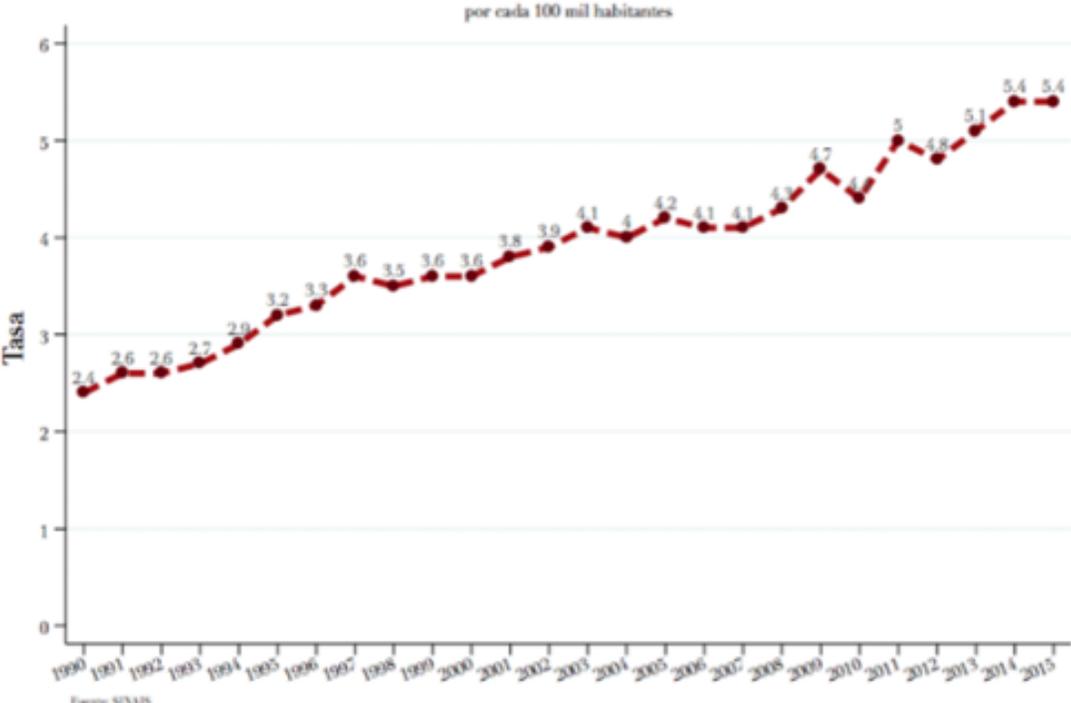


Figura 2. Índice de suicidios en México por año desde 1990 hasta 2015. Fuente SINAIS (2016). Recuperado de: Merino, Torreblanca y Torres (2017).

Por otra parte, considerando el índice de suicidios consumados por género, el INEGI (2016), menciona que del año 2000 al 2014, ocho de cada 10 suicidios (80.2%) fueron consumados por hombres y dos de cada 10 suicidios (19.8%) por mujeres. A sí mismo, durante el año 2015 las cifras de suicidios consumados no variaron de manera significativa, puesto que los suicidios cometidos por hombres abarcan un total del 80.1% y solo un 19.9% fueron consumados por mujeres,

representando para ellos una tasa de 8.5 por cada 100 000 hombres y de 2.0 por cada 100 000 mujeres.

Los datos anteriores hacen referencia a que es la población masculina la que más consume el suicidio. Ver figura 4.

Figura 4. Índice de suicidios por género.

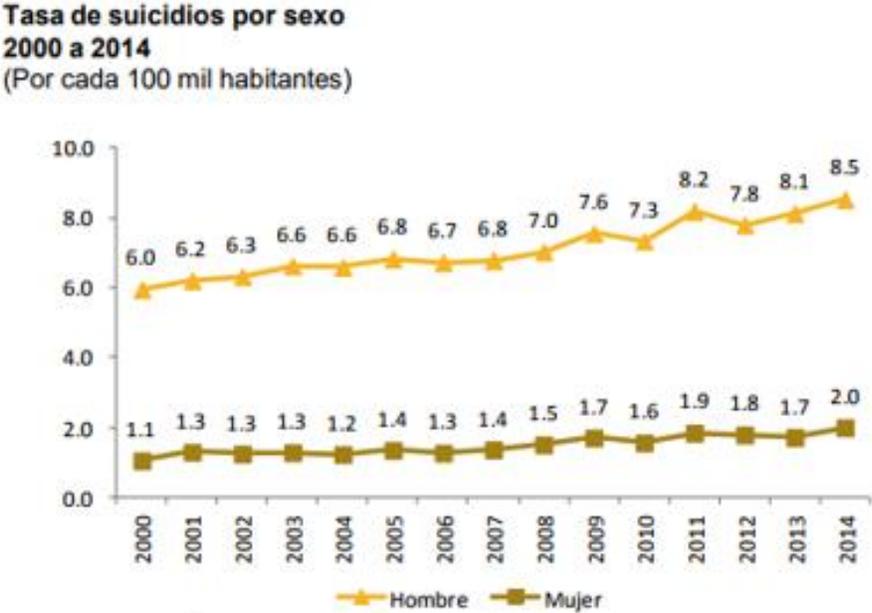


Figura 3. Índice de suicidio por género desde el año 2000 hasta el año 2014. Fuente INEGI (2016).

Sin embargo, a pesar de lo anterior, tal como se muestra en la figura 5, durante el rango de edad de entre 10 a 24 años el suicidio es mayormente consumado por mujeres que por hombres. (INEGI, 2017).

Figura 5. Índice de suicidio por rangos de edad y género.

Distribución porcentual de los fallecidos por sexo según grupo quinquenal de edad 2015

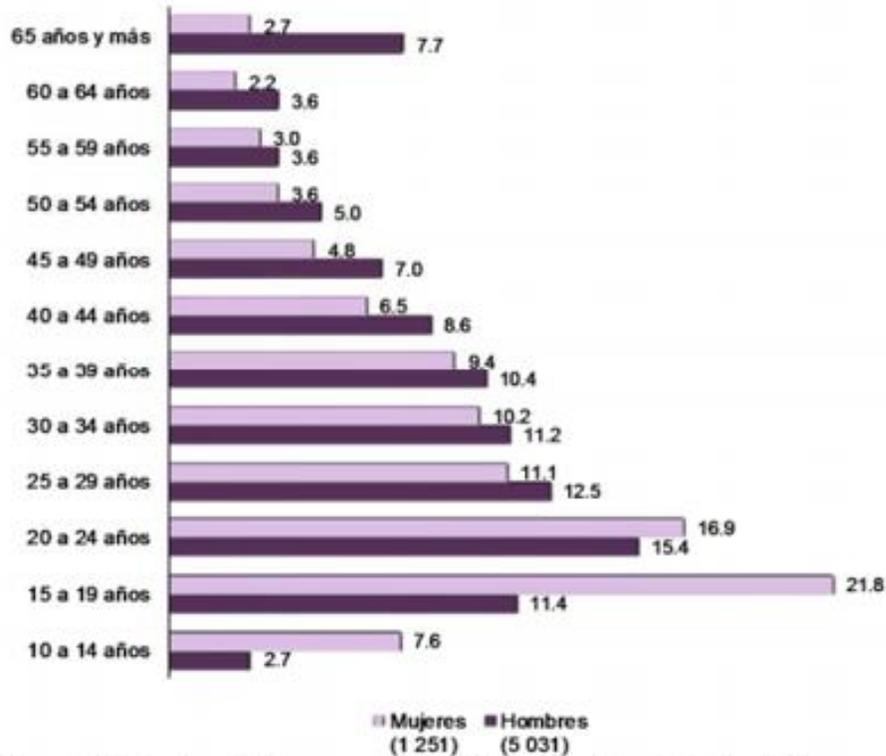


Figura 4. Índice de suicidio por rangos de edad y género durante el año 2015. Fuente INEGI (2017).

Además, los anteriores datos arrojaron que un 40.2% de los suicidios en 2014, se trató de un joven de 15 a 29 años. Esto indica que en este grupo de edad, la tasa alcanza 7.9 suicidios por cada cien mil jóvenes. (INEGI, 2016)

Los datos obtenidos para el año 2015, también arrojaron que cuatro de cada 10 personas que consumaron el suicidio (41.3%) tenían de 15 a 29 años; así mismo, llama la atención que un 3.7% tenían de 10 a 14 años de edad. (INEGI, 2017).

Es entonces, la población juvenil, la que ocupa un mayor riesgo de tener conductas suicidas y cometer el suicidio mismo.

Ahora bien, antes de explorar el fenómeno del suicidio en la zona metropolitana, es importante mencionar que las entidades que presentan una mayor tasa de suicidios por cada 100 mil habitantes durante el año 2014 son Campeche con 10.2 suicidios por cada 1000 habitantes, Aguascalientes con un 8.6, Chihuahua con un 8.4 y Yucatán con un 8.4 suicidios consumados por cada 1000 habitantes. (INEGI, 2016)

Las entidades federativas que en 2015 tuvieron mayores tasas de suicidio por cada 100 000 habitantes, fueron Chihuahua con un 11.4, Aguascalientes con 9.9, Campeche con un 9.1 y Quintana Roo con 9.1 de suicidios por cada 1000 habitantes. (INEGI, 2017).

Cabe mencionar que la zona metropolitana de la Ciudad de México para el año 2014, ocupa el décimo octavo lugar con un total de 5.1 suicidios por cada 1000 habitantes. (INEGI, 2016). Mientras que, en el año 2015, la Ciudad de México ocupa el vigésimo tercer lugar con un total de 4.1 suicidios consumados por cada 1000 habitantes, por lo cual, tal como se observa en la figura 6, existió una baja en el índice de suicidios importante. (INEGI, 2017).

Por último, es importante recalcar que, en la última década en México, la tasa de suicidios ha mantenido un incremento constante para el periodo 2006 a 2015, este indicador pasó de 3.9 a 5.3 muertes por cada 100 mil habitantes. (INEGI, 2017).

Figura 6. Índice de suicidios por entidad federativa. (2014-2015).

**Tasa estandarizada de suicidios por entidad federativa
2014 y 2015**

(Por cada 100 000 habitantes)

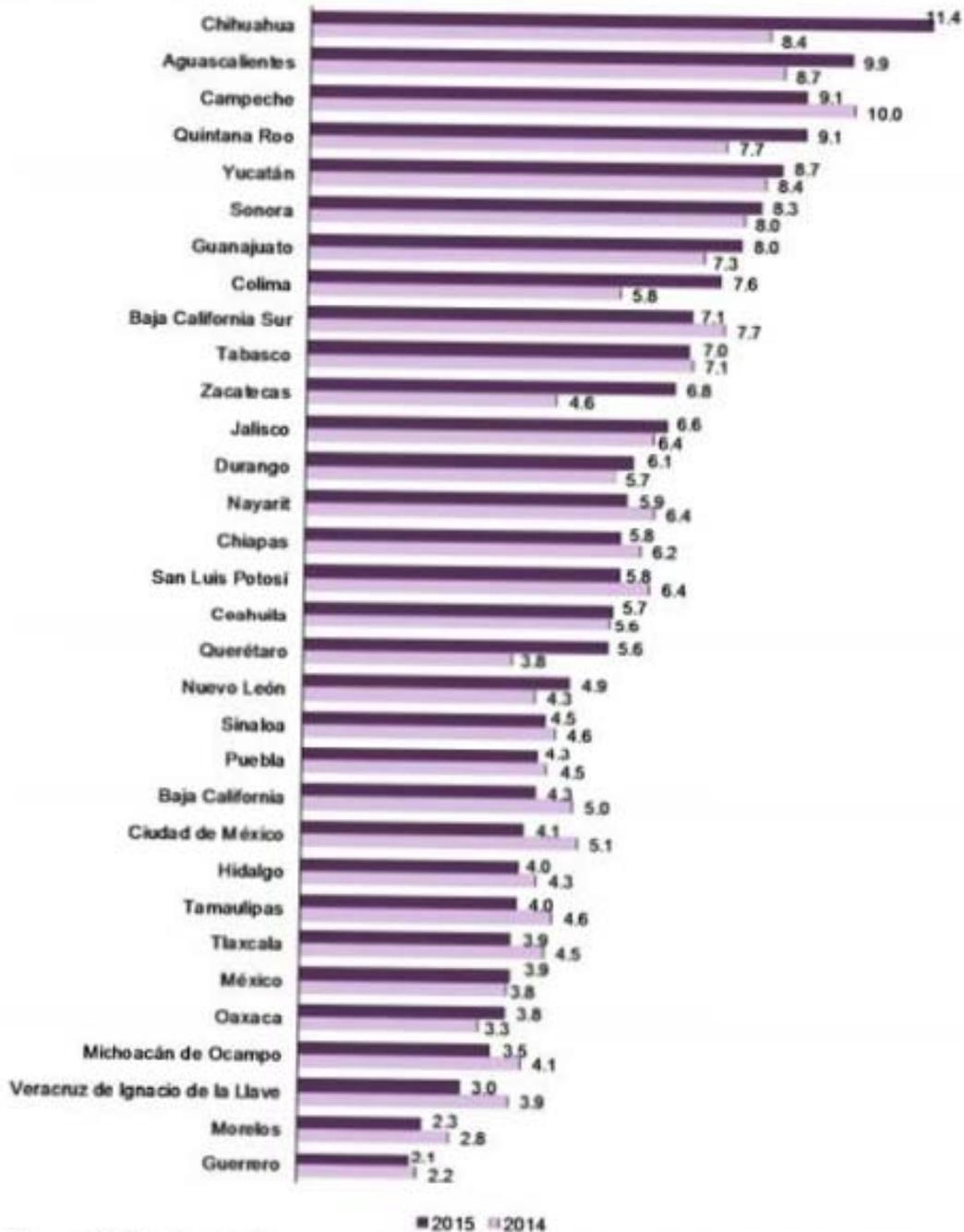


Figura 5. Índice de suicidios consumados por entidad federativa durante el año 2014 y 2015. Fuente INEGI (2017).

Estadísticas de intento de suicidio o suicidio en niños de la CDMX

Se ha expuesto ya, algunos índices importantes del fenómeno de suicidio tanto a nivel mundial, como en la república Mexicana, ahora bien, es necesario conocer los índices de suicidio de la población infantil para así, finalmente explorar si este sector de la población es tomado en cuenta.

Es necesario mencionar que, aunque el nivel de suicidios está aumentando no existen estadísticas que lo demuestren entre las edades de 5 a 9 años. Esto se debe a que desde 1962, la OMS realizó una política de no tabular la muerte de los niños menores de 8 años como suicidio. (Moran, 2006).

Esto puede deberse a que no se sabe si los niños que han muerto realmente han sufrido accidentes o no. No se puede generalizar un evento u otro, habría de analizar si los niños tienen conciencia de la vida la muerte y el suicidio.

Además, de acuerdo con Robles et al (2013), si no existen datos fidedignos sobre el suicidio, ni en adultos ni en personas mayores debido a diversos factores, mucho menos en menores. Sin embargo se tiene conocimiento de los siguientes datos sobre suicidio infantil:

- Entre el 30 y el 40% de los eventuales suicidios consumados habían realizado al menos un intento anterior que empezaba durante la adolescencia.
- Un intento de suicidio previo aumenta el riesgo entre 38 y 40 veces.

- Existe también el fenómeno iceberg, en el que por cada suicidio consumado, pueden existir de 5 a 10 tentativas fracasadas. (Robles, Acinas y Pérez; 2013).

Datos más actuales, proporcionados por la OMS (2017), hacen referencia de lo siguiente:

- En 2015, en México, la tasa de suicidios en niños de 10 a 17 años es de 4.3 por cada 100 mil, mientras que en las niñas de esa edad es de 3.2.
- En 2015 se registraron 6 425 suicidios y de estos: 10.5% (674) corresponden a población de 10 a 17 años.
- La tasa de suicidios en la población de 10 a 17 años también presenta un incremento en su nivel para el periodo 2006 a 2015, ya que pasa de 2.6 a 3.8 por cada 100 mil niños en este rango de edad. (Ver figura 7.)
- El mayor número de muertes por esta causa se presenta en varones. En 2015 se registraron 3.2 suicidios de varones por cada 100 mil niños. En las niñas, la tasa es de 1.8 suicidios por cada 100 mil, lo que representa una sobre mortalidad masculina de 177.8 suicidios de niños por cada 100 en niñas.

Figura 7. Índice de suicidios en edades de 10 a 17 años por año.

**Tasa de suicidios en la población de 10 a 17 años por sexo
2006 a 2015**
(Por cada 100 mil niños)

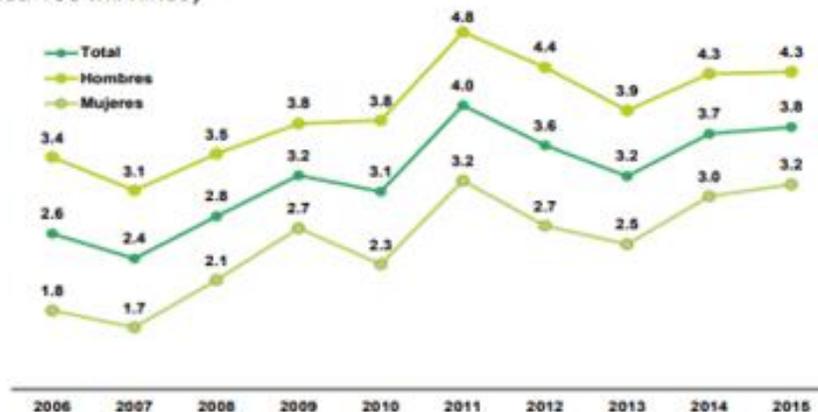


Figura 6. Índice de suicidio entre edades de 10 a 17 años por género desde el año 2006 hasta el año 2015. Fuente INEGI (2017).

Estadísticas de depresión en niños de la CDMX

Ahora se presentan las cifras de depresión durante la infancia, ya que como se ha revisado en capítulos anteriores, es uno de los factores de riesgo más importantes asociados a la conducta suicida en niños.

De acuerdo con Anuarios de Morbilidad de la Secretaría de Salud en distintos Estados de la república (Citado en Fuentes; 2016), existen los siguientes datos referentes a la depresión infantil:

- Para el rango de uno a cuatro años, el número de estados que en 2014 registraron casos de depresión se amplía a 19, siendo los cinco con mayores

tasas: Colima, 8.01 casos por cada 100 mil en el grupo de edad; la Ciudad de México con 3.37; Nayarit con 3.25; Veracruz con 3.04 e Hidalgo con 2.32 casos por cada 100 mil en el grupo señalado.

- Para el grupo de cinco a nueve años de edad, en 2014, únicamente en tres entidades no se registraron casos. En el resto, las que presentan los valores más elevados son: Ciudad de México, con 53.65 casos por cada 100 mil niñas y niños en el grupo etario; Morelos, con 26.86; Campeche, con 15.7; Tabasco, con 14.7, y Coahuila con 8.1 casos por cada 100 mil en el grupo de edad.
- Para las niñas y adolescentes que tienen entre 10 y 14 años, la tasa específica de depresión a nivel nacional se ubica en 26.8 casos por cada 100 mil, siendo las entidades con los valores más elevados: la Ciudad De México, con 191.12 casos por cada 100 mil en el grupo de edad; Morelos, con una tasa de 86.3; Campeche, con 50.6; Tabasco, con 40.3; y Nayarit, con 33.9 casos por cada 100 mil. (Ver figura 8).
- Entre la población de siete a 14 años de edad la depresión ha afectado a un 14.6%, es decir, 2.68 millones de niñas, niños y adolescentes la han padecido.

Figura 8. Índice de depresión por entidad federativa (2014).

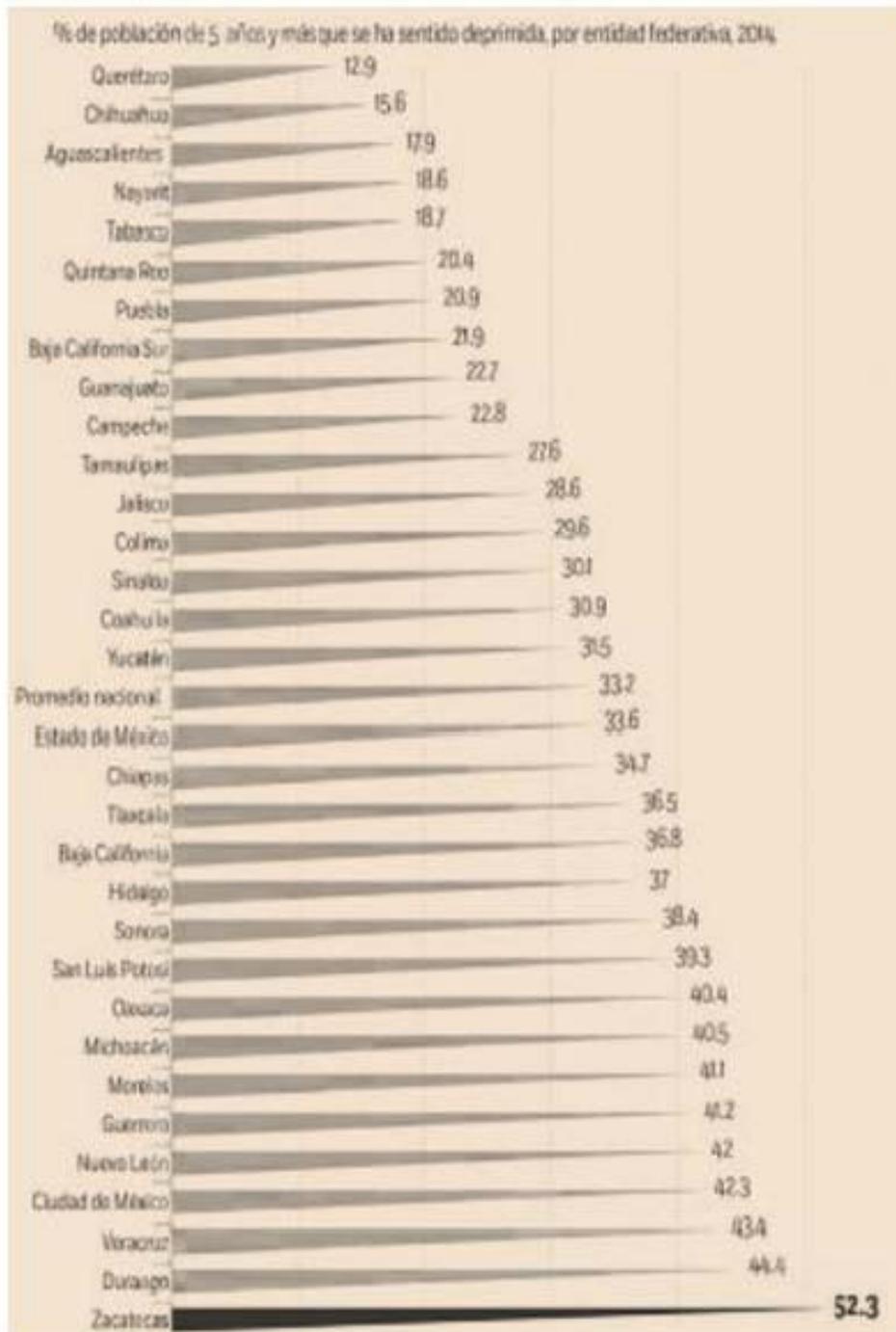


Figura 7. Porcentaje de depresión por entidad federativa considerando población a partir de los 5 años de edad, durante el año 2014. Fuente INEGI a través de la encuesta nacional de hogares (ENH). Recuperado en Fuentes (2016).

“El suicidio, lejos de negar la voluntad, la afirma enérgicamente. Pues la negación no consiste en aborrecer el dolor, sino los goces de la vida. El suicida ama la vida; lo único que pasa es que no acepta las condiciones en que se le ofrece.”

Arthur Schopenhauer

Capítulo 5.- Programas de prevención e intervención de la conducta suicida

El presente capítulo, está enfocado a presentar las condiciones en materia de prevención e intervención en el sector salud en México. Se ha revisado ya las cifras de suicidio, tanto en la población en general como específicamente en la población infantil. Sin embargo, conocer las cifras de suicidio únicamente, refleja un pequeño panorama del por qué debe prestarse atención al problema, pero no da cuenta de que se ha hecho para modificar el fenómeno a modo de disminuir los casos de suicidio.

Es necesario mencionar que Quintanar (2007) expone que, tras la idea que se tiene del suicidio, está una concepción predominantemente filosófica, clínica o estadística del fenómeno y no se reconocen los recursos que diferentes sociedades tienen para proteger a su población. Esto es, que son escasos los documentos donde se oriente acerca de los recursos con los que cuenta una sociedad o comunidad para reducir el índice de suicidios.

Se presentarán a continuación los recursos en materia de prevención del suicidio en la república mexicana.

Prevención

Antes de explicar, en qué condiciones se encuentra México en materia de prevención de la conducta y pensamientos suicidas, se debe tener en claro en qué consiste la prevención del suicidio a nivel global.

Guibert (2002), menciona que, una actuación preventiva supone conocer las variables que generan el problema y su posible solución; las conductas que se deben desarrollar en la población a fin de que los daños sean menores, los procedimientos o métodos de cambio de tales conductas, la trasmisión de información, los principios de aprendizaje cognitivo, del aprendizaje social, de la comunicación persuasiva, de la intervención comunitaria, del mercadeo y de la acción para que exista en el individuo, en la familia y en la comunidad conocimientos de los riesgos de suicidio.

De manera idéntica, la OMS (2006), menciona que la prevención del suicidio implica una amplia variedad de actividades entre las cuales se encuentran la crianza eficaz de los niños, la orientación familiar, el tratamiento de los trastornos mentales, el control ambiental de los factores de riesgo y la educación de la comunidad. Por lo cual, la educación efectiva de la comunidad para una intervención esencial y fundamental, implica un entendimiento de las causas, la prevención y el tratamiento del suicidio.

Sin embargo, la prevención del suicidio no se establece de manera lineal para toda la población, existen diferentes niveles de prevención del suicidio que se clasifican de la siguiente manera:

- Prevención primaria: Se da a grupos de personas que no han dado señales de perturbación suicidio en quienes la perturbación es muy limitada. (Robles, Acinas y Pérez; 2013)
- Prevención secundaria: Está dirigida a grupos de personas que han cometido intentos suicidas y que además dan señales indirectas del deseo de morir.
- Prevención terciaria: Dirigida a grupos de personas que han cometido varios intentos de suicidio y que además presentan algún trastorno mental significativo latente. (Bobes, Saiz, Portilla, et, al; 2004)

No obstante, Robles et al (2013), mencionan que la OMS tiene un rol crítico para la prevención del suicidio, ya que han desarrollado recomendaciones, programas y guías para la prevención del suicidio. Sin embargo, aún falta adecuar todo ello a la idiosincrasia de cada cultura, de cada país y de cada nación.

Esto debido a que como se mencionó anteriormente, dependiendo del contexto y la cultura, se desarrollan diferentes significados y sentidos respecto al suicidio que influye en cómo el sujeto conciba este mismo fenómeno y, por tanto la forma de prevención e intervención está en función de lo anterior.

Para establecer programas de prevención del suicidio, se debe considerar el contexto de la población, tanto a un nivel personal como social y cultural.

Quintanar (2007) al respecto, menciona que en México, específicamente, el suicidio se ha estudiado con bases clínicas y demográficas, con pocas propuestas a nivel social o interdisciplinario. Esto es, que a pesar de que se conocen los factores que favorecen la conducta suicida no se han desarrollado estrategias adecuadas para atenderlo y prevenirlo. Sin embargo, se han llevado a cabo un esfuerzo por controlar este tipo de conductas por medio de programas tanto de prevención como de intervención.

Algunos de estos esfuerzos para controlar el suicidio, se ejercen a través de ciertos programas de prevención implementados de acuerdo con Bobes et al (2004), los cuales son los siguientes:

- Programas de educación escolar: Consisten en la educación sobre el suicidio, sus señales de aviso, y la forma de buscar ayuda tanto a niños, padres y profesores. Se centran en incrementar los conocimientos sobre el tema y entrenar a participantes para identificar personas en riesgo. Un ejemplo claro de este tipo de programas es el que presentan Piedrahita, Paz, Mayerling, & Romero (2012), en donde evaluaron algunos de los principales factores de riesgo, tales como el nivel de disfunción familiar, el grado de información referente al suicidio tanto de los adolescentes como de los padres, antecedentes familiares y personales así como las redes de apoyo de los

adolescentes con la finalidad de proporcionar mayor información referente al suicidio e identificar los mitos y factores de riesgo de cada adolescente. Sin embargo uno de los contras de implementar dicho programa de prevención es que propicia la normalización del suicidio como un afrontamiento posible ante el estrés. Además no cambia actitudes hacia este y no disminuyen subsecuentes comportamientos suicidas. (Bobes et al, 2004).

- Líneas de atención telefónica: Están dirigidas a la escucha de personas en crisis que aún se encuentran ambivalentes respecto a la idea de la muerte y suicidio y desean ser escuchadas.

Como dato complementario a la información anterior, es necesario exponer, que algunas líneas telefónicas para la prevención del suicidio en México de acuerdo con la Asociación Mexicana de Suicidología (2017), son las siguientes:

- Guanajuato: 01 800 290 0024
- Puebla: 01 800 900 VIDA (01 800 900 8432)
- SAPTEL (CDMX y resto del país) (55) 5259 8121
- Aguascalientes: a través del 066 (y luego en el 911)
- Jalisco: 075 y 01 800 227 4747
- Chihuahua: *2232
- Tijuana y Baja California: 075
- Coahuila: 01 800 822 3737
- Campeche 01800 232 8432

Evaluación:

Para tener la posibilidad de intervenir, en primer lugar es necesario que el especialista haga una valoración del riesgo y tomar diferentes aspectos relacionados con la vida de la persona. Por lo cual May (2002) y Zubiria (1999) (Citados en: Quintanar; 2007), proponen que la evaluación del riesgo de suicidio comienza con el reconocimiento de este a través de los factores de riesgo que favorecen el suicidio anteriormente revisados durante el capítulo dos.

En complemento a lo anterior De la torre (2013), propone que la evaluación del suicidio debe seguir 3 pasos principales:

- *Paso 1:* Durante este paso, se deben aclarar y confrontar en primera instancia las ideas que existen sobre suicidio en la persona, y si se mantienen estas mismas opiniones en la familia, ya que existen ciertas ideas o creencias instaladas en la sociedad y la cultura sobre el suicidio que dificultan la prevención y la intervención de las conductas suicidas. Además, se debe reconocer los factores de riesgo que han influido al desarrollo de las conductas suicidas.
- *Paso 2:* Se debe evaluar la situación actual de la persona, para lo cual deben realizarse constantemente entrevistas para detectar la presencia de factores de riesgo y aproximarse así a la concepción de su situación actual. También deben aplicarse escalas o instrumentos para complementar la información

obtenida y corroborar que en efecto la persona se encuentra en riesgo suicida.

Algunos instrumentos son los siguientes:

- Escala de desesperanza de Beck (BHS) (Ver anexo 1)
 - Inventario de depresión de Beck (BDI) (Ver anexo 2)
 - Escala de evaluación del suicidio (SUAS)
 - The Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) Escala de intención suicida (SIS)
 - Cuestionario de creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida. (CCCS-18)
 - La escala de riesgo suicida.
 - SAD person scale
 - Reasons for Living Scale.
-
- *Paso 3:* Se debe realizar una valoración de riesgo de suicidio en que se encuentra la persona, para lo cual, se considera el riesgo de acuerdo a los factores establecidos en la tabla 1. (De la torre, 2013).

En cuanto a este último paso, en el que se implica la valoración del estado de riesgo en que se encuentra la persona, existen otras formas de clasificación de la gravedad del estado suicida. Monk y Samra (Citado en Robles et al; 2013), proponen una matriz para la clasificación del riesgo de suicidio en 3 niveles en función de la ideación suicida, la inmediatez de los planes, la letalidad del método, el estado

emocional del suicida, el nivel del malestar emocional, los intentos previos, los factores de protección, las razones para vivir, entre otras. (Ver tabla 2).

Así mismo, Robles et al (2013), mencionan que para entrevistar a los niños sobre ideaciones y conductas suicidas, es conveniente usar preguntas como las que propone Jacobsen (1994), en su estudio sobre la “ Intervención en niños preadolescentes con ideaciones y conductas suicidas”, publicado en el Journal American Academy of child and Adolescent Psychiatry. Dichas preguntas se encuentran contenidas en la tabla 3.

Tabla 1.

Valoración del riesgo de suicidio.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cumple con seis o más factores de riesgo principales ✓ Cualquier caso con planificación suicida y método específico ✓ Si estado de ánimo depresivo "grave". 	Riesgo alto (4)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cumple menos de seis factores de riesgo ✓ Cualquier caso con planificación suicida sin método específico ✓ Si estado de ánimo depresivo "severo" 	Riesgo medio-alto (3)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cumple entre dos y cuatro factores de riesgo ✓ No hay planificación suicida ✓ Si estado de ánimo depresivo "bajo-moderado" 	Riesgo medio (2)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si cumple un factor de riesgo ✓ No hay planificación suicida, pero sí presencia de desesperanza, culpa, no percibe apoyos o valores que le ayuden ✓ Si dos o tres síntomas de ánimo depresivo "bajo-moderado" 	Riesgo bajo (1)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si no presenta ningún factor de riesgo ✓ No hay planificación suicida ✓ Aparecen como máximo dos o tres síntomas depresivos que pertenecen a la categoría de ánimo depresivo "bajo-moderado" 	Sin riesgo (0)

Nota. Recuperado de: De la Torre, M. (2013). Evaluación: Instrumentos y valoración del riesgo. En *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. [Tabla]. (pp.10-11). España: Universidad Autónoma de Madrid.

Tabla 2.

Matriz de evaluación del riesgo suicida.

	Leve	Moderado	Grave
Ideación	Pensamientos periódicos e intensos de muerte o no querer vivir durante un corto periodo de tiempo.	De forma regular, pensamientos intensos de muerte o desear estar muerto difíciles de eludir.	Pensamientos de muerte o desear estar muerto muy intensos y que parece imposible de desechar.
Inmediatez de los planes	Sin planes inmediatos ni amenazas de suicidio. No busca morir.	No está seguro de cuando, pero pronto. Amenazas indirectas. Ambivalente respecto a la muerte.	Tienen una fecha inminente en su mente. Amenazas claras. No quiere vivir, busca morir.
Método/letalidad	No disponibilidad de medios, medios no reales o no los ha pensado.	La letalidad del método es variable con alguna posibilidad de rescate o intervención.	Letalidad, disponibilidad del método sin posibilidad de intervenir.
Estado emocional	Triste, grita con facilidad, irritable.	Inestabilidad emocional con variaciones bruscas. Raramente expresa sus sentimientos.	Embotad, sin vitalidad. Confusión emocional (ansioso, agitado, enfadad).
Nivel de malestar emocional	Leve	Moderadamente intenso.	Estrés o desesperanza emocional inaguantables. Sentimientos de rechazo, desconexión y sin apoyos.
Factores de protección	Se siente arropado por su familia, amigos o compañeros.	Escaso apoyo. Conflictos moderados con familia, amigos o compañeros.	Conflictividad intensa familiar, con amigos y/o compañeros. Aislamiento social.

Nota: Adaptado de Monk y Samra (2007). Recuperado de: Robles, J., Acinas, M., & Pérez, J. (2013).

Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida. [Tabla]. España: Editorial Síntesis.

Tabla 3.

Entrevista para niños con tendencias suicidas.

<ul style="list-style-type: none"> • Determinando la presencia de ideación o conducta suicida anterior o actual. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Te sentiste alguna vez tan molesto que hubieses deseado o no estar vivo o querer morir? 2.- ¿Hiciste algo alguna vez que sabías que era tan peligroso que te podía hacer daño o incluso matarte? 3.- ¿Te has hecho alguna vez daño o has intentado autolesionarte? 4.- ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida?
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de los intentos autolíticos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Le dijiste a alguien que quería morir o estabas pensando como matarte? 2.- ¿Preparaste algo para matarte? 3.- ¿Había alguien cercano o estaba contigo cuando intentaste quitarte la vida? 4.- ¿Creías que lo que hiciste te iba a matar? 5.- ¿Después del intento de matarte piensas todavía que quieres morir o piensas que quieres vivir?
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista para niños cuyos conceptos de tiempo, causalidad y muerte puede que todavía no sean adecuados. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Piensas en como matarte más de una o dos veces al día? 2.- ¿Has intentado matarte desde el último verano/ desde que comenzó el colegio? 3.- ¿Qué piensas que sucederá cuando intentes... saltar por la ventana? 4.- ¿Qué sucedería si tu murieses', ¿Cómo sería?
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluando el impacto potencial del estado emocional actual del niño sobre el recuerdo de la ideación o conducta suicida. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Cómo recuerdas que te sentías cuando estabas pensando o intentando matarte? 2.- ¿Te sentiste entonces de manera diferente a como te sientes ahora?
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los factores precipitantes y los factores de riesgo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.- ¿Has pensado o intentado matarte antes? 2.- ¿Te llevas bien con tu familia? ¿Y con tus amigos? 3.- ¿Ha ocurrido algo recientemente que te haya alterado?

Nota. Ejemplos de preguntas para evaluar a niños sobre ideaciones y comportamientos suicidas propuestos por Jacobsen (1994). Recuperado de: Robles, J., Acinas, M., & Pérez, J. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. [Tabla]. España: Editorial Síntesis.

Intervención:

De acuerdo con Robles et al (2013), Una vez evaluada la gravedad de las tendencias suicidas en el niño, es importante iniciar ciertos procedimientos de control, los cuales pueden implicar tratamientos farmacológicos u hospitalización. Sin embargo estos últimos son métodos de intervención son a corto plazo, por lo cual se deben activar ciertos recursos necesarios a más largo plazo.

Algunas terapias y métodos utilizados para modificar la conducta y pensamientos suicidas de acuerdo con la AVALIA-T (2012), son las siguientes:

- Terapias cognitivos- conductuales: Dirigidas a modificar estructuras cognitivas de inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, minimización y personalización. Esto debido a que los pacientes suicidas que tienen dificultad para generar soluciones a problemas interpersonales, de trabajo o escuela, y tienden a caer en un pensamiento rígido, dicotómico”. (Bellack, 1993). Además de promover el cambio de conductas que reestructuren poco a poco la manera en que se relacionan e interactúan, comprometiendo al cumplimiento de estos mediante contratos.
- Terapia interpersonal: Aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. Para esta se dispone de 3 etapas a lo largo de 12 a 16 semanas, con sesiones semanales durante la fase de tratamiento de la fase aguda. Los síntomas y el malestar se relacionan con la situación del paciente en una formulación que comprende

una o más de las siguientes áreas: duelo, disputas interpersonales, transición de rol y déficits interpersonales. Las sesiones de terapia están estructuradas y se centran en facilitar la comprensión de los sucesos más recientes en términos interpersonales y en la exploración de formas alternativas de manejar dichas situaciones. (AVALIA-T, 2012).

- Terapia familiar: Trata de comprender y encuadrar el comportamiento individual (que deja de ser el foco principal de intervención) en el contexto de las interacciones entre los diferentes miembros de la familia. Suele constar de un mínimo de 6 sesiones, y pretende modificar las relaciones familiares, así como brindar psi coeducación referente al suicidio. (Cruz & Roa, 2005)
- Terapia psicodinámica: Considera que la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos. Sin embargo, a diferencia de terapias psicoanalíticas, ésta se centra en el aquí y ahora, no indagan en el pasado de la persona como tal, y el objetivo del tratamiento es el problema actual del paciente.
- Tratamiento farmacológico: Incluye la administración de antidepresivos, litio, anticonvulsivos y antipsicóticos para modificar el funcionamiento de ciertas sustancias cerebrales relacionadas con patologías psiquiátricas asociadas al suicidio. Tales como la depresión, ansiedad, esquizofrenia, bipolaridad, entre otros.
- Terapia electro convulsivo: Consiste en provocar una crisis comicial generalizada mediante la estimulación eléctrica de áreas cerebrales. Aunque su mecanismo de acción no está completamente dilucidado, ha demostrado

ser efectiva en el tratamiento de ciertos trastornos mentales, como la depresión mayor grave, la manía y la esquizofrenia. (AVALIA-T, 2012).

Sharry, Darmody y Madden (2002), agregan otro modelo de intervención enfocado en las soluciones, el cual se centra en destacar las fortalezas de la persona con tendencias suicidas. Consiste en ayudar al paciente a evaluar los problemas y guiarlo hacia las soluciones o metas indagando en qué deseaba conseguir con el intento suicida y abriendo la perspectiva hacia otras maneras de conseguir lo que buscaba. Así mismo encontrar excepciones con el fin de flexibilizar las creencias y el enfrentamiento de problemas, explorar cómo enfrenta las situaciones empoderando al sujeto al enfatizar sus fortalezas, y utilizar cuestionarios para llevar una medida “objetiva” de los cambios, donde el paciente pueda reafirmar, que verdaderamente existen más alternativas de solución que únicamente acabar con su propia vida.

Un modelo similar para tratar la conducta y pensamientos suicidas es el tratamiento desde una perspectiva constructivo-narrativa, el cual consiste en reducir la reactividad emocional e incrementar la tolerancia de recuerdos relacionados con experiencias traumáticas que llevan a la persona a considerar el suicidio como única salida a los problemas. Así como tomar el control de su situación de vida a través del compartir y relatar sus experiencias con otros. (Ellis, 2006).

Por otra parte, de acuerdo con Robles et al (2013), uno de los programas de intervención más efectivo es el IFPS (Intervención familiar para la prevención del suicidio), el cual implica la educación familiar con respecto a la importancia del

tratamiento de seguimiento , de la necesidad de restricción de medios letales, replanteamiento del suicidio juvenil como una estrategia desadaptativa de afrontamiento, resolución de problemas, desarrollo de planes de afrontamiento para crisis futuras, modos de aumentar las interacciones familiares positivas y el apoyo familiar.

Bobes et al (2004), mencionan que otros dos programas de intervención del suicidio son el C- CARE y el CAST- C-CARE, basados en la detección de factores de riesgo y protectores y en la enseñanza a los jóvenes de habilidades de afrontamiento y sociales. Los cuales han reducido los comportamientos suicidas y los factores emocionales asociados, así como reforzar los protectores.

La OMS (2006), menciona que la intervención del terapeuta en niños con tendencias suicidas debe consistir en lo siguiente:

- Estar tranquilo y ser tolerante. Eliminar la crítica y el juicio de valor.
- Animar a la autorrevelación.
- Admitir el suicidio como opción sin “normalizarlo” como tal.
- Escuchar de forma activa y reforzar positivamente el cuidado personal.
- Mantener el proceso de orientación centrado en la situación actual del menor
- Evitar la orientación en profundidad hasta que la crisis se resuelva, progresivamente.
- Llamar a otras personas que puedan valorar la posibilidad de que el menor se haga daño.

- Hacer preguntas sobre la letalidad y eliminar los medios letales a su alcance.
- Tomar decisiones eficaces para controlar la crisis, teniendo en cuenta al menor y sus padres.

Algunas otras recomendaciones para la intervención inicial en niños de acuerdo con Guibert (2002), son las siguientes:

- Creerle y tomarlo en serio.
- Entender sus sentimientos y alentarle a que luche.
- Ayudarle a encontrar respuestas y alternativas para la vida.
- Hacerle saber que se desea ayudarlo y se sabe cómo.
- Facilitar que verbalice y exprese sus sentimientos
- Explorar los motivos del intento sin temor y con seriedad.
- Enseñar, que debe pedir ayuda en momentos de angustia antes de tomar decisiones.
- Estimular sus cualidades positivas y éxitos recientes.
- Orientar a su familia sobre cómo apoyar y comunicarse clara y directamente con el niño.
- Ayudarlo, darle seguridad, cariño y no juzgarlo.
- Dar apoyo emocional y de soluciones a los familiares.
- Propiciar la comunicación del individuo en riesgo y su familia con grupos de autoayuda del desarrollo comunitario.

Así mismo Cruz y Roa (2005), mencionan que es fundamental explorar el significado que se encuentra detrás de este intento, los sentimientos que la motivaron, además de los sucesos precipitantes en sí. Si un paciente no menciona espontáneamente las ideas o impulsos suicidas, para facilitar la comunicación, el terapeuta debe abordarlo en forma gradual. Para esto, el terapeuta deberá contar con herramientas que le permitan acercarse al niño, tales como la terapia de juego.

Por último, de acuerdo con Eth y Pynoos (Citado en Boyd; 1991) en niños y adolescentes, es importante considerar evaluar durante la terapia varios posibles factores influyentes, como factores genéticos, constitucionales, y de personalidad, experiencias pasadas, el estadio o nivel de desarrollo mental y etapa del desarrollo, el contenido e intensidad del evento y las circunstancias familiares en el que se encuentran.

Es importante enfatizar que este último autor toma como rubro relevante la consideración de la etapa de desarrollo en que se encuentra el niño, ya que se ha explorado que existen diferentes factores de riesgo para desarrollar tendencias suicidas en niño, pero no se le ha dado la relevancia que se requiere a la etapa en que el niño atraviesa, y esto es importante, puesto que el niño al atravesar las diferentes etapas de desarrollo no solo va transformando sus procesos psicológicos, sino que también va adquiriendo nuevos significados y sentidos que darán lugar a una nueva forma de modificación de su estructura psíquica. Sin embargo, esto se esclarecerá durante el capítulo siguiente.

Autopsia psicológica.

De acuerdo con diversos estudios es posible conocer el por qué una persona llega a cometer el suicidio aun después de que este se ha consumado.

Quintanar (2007) menciona que, con la finalidad de reconstruir el estado mental y perfil psicológico de la persona en cuestión se puede realizar una autopsia psicológica, para la cual, se requiere indagar acerca del estilo de vida del occiso, la historia de vida, problemas económicos y sociales, las relaciones interpersonales, los rasgos de personalidad, los intentos anteriores de suicidio, posibles enemigos, entre otros. Para así poder diferenciar si efectivamente se llevó a cabo un suicidio, un accidente o un homicidio. No obstante, al realizar una autopsia psicológica a un infante, no se pueden evaluar ciertos aspectos de la misma manera que a un adulto.

Egea (2011) de manera idéntica agrega, que la autopsia psicológica también puede llevarse a cabo ante la muerte del infante, pero no de la misma manera en que se lleva a cabo con los adultos ya que para realizar la misma se deben considerar el género del infante, la presencia de disfunciones familiares, maltrato, abusos físicos, sexuales, emocionales o psicológicos, trastornos mentales como la depresión, trastornos relacionados con sustancias, trastorno negativista desafiante, trastornos de ansiedad, existencia de bullying y aislamiento.

Además de lo anterior, Jack Annon (Citado en: Quintanar, 2007) propuso que para llevar a cabo una autopsia psicológica se requiere seguir también los siguientes pasos:

- Examen cuidadoso de la escena donde sucedieron los hechos, examen de fotos y grabaciones en video de la escena.
- Estudio de los documentos disponibles, concernientes a la situación en la que sucedieron los hechos, incluidos el reporte policial, la declaración de testigos y el reporte de la autopsia médica y de toxicología.
- Documentos que informen sobre la vida de la víctima antes de la muerte, como notas del colegio, notas de visitas previas al médico, notas sobre la salud mental, entre otros.
- Entrevista con personas relevantes, como testigos de la escena de los hechos, miembros de la familia, amigos, etcétera.

Englobando los elementos del presente capítulo, es importante no perder de vista que México, en materia de prevención del suicidio cuenta con pocos elementos, enfocado únicamente a educar sobre el suicidio y a través de líneas de atención telefónica. Sin embargo dichas formas de prevención no indagan a fondo cada caso. Son accesibles a los niños pero únicamente hasta cierto punto. No están especialmente dirigidas específicamente a la población infantil. Para intervenir el suicidio en niños, es fundamental realizar primero una evaluación de la existencia de factores de riesgo y las características del estilo de vida y del comportamiento del infante.

En materia de intervención si existen diversos métodos. Algunos de estos muestran efectividad a más largo o menos plazo. Una manera efectiva de acercarse al niño suicida y comprender el significado de su intento de suicidio es mediante la terapia de juego.

Por último es posible realizar evaluaciones post-mortem en casos donde se pueda sospechar que el infante ha cometido suicidio a través de la autopsia psicológica que evalúa el estilo de vida, la historia de vida, presencia de bullying y maltrato entre otros factores.

Se ha explorado ya durante el presente capítulo, las principales formas de prevención, intervención y evaluación de la conducta suicida existentes. Se ha podido explorar, que las formas de prevención del suicidio en México no están diseñadas para la población infantil, a pesar de que tal como se revisó en capítulos anteriores si existen casos de suicidio infantil.

No obstante, las propuestas de prevención están enfocadas a reeducar o a intervenir en crisis, y no se explora a fondo el significado de suicidio que cada persona mantiene. Es por ello que en el capítulo siguiente a partir de la teoría revisada durante los capítulos anteriores se propone una nueva forma de prevención de la conducta suicida en niños.

"Luchar para vivir la vida, para sufrirla y para gozarla...La vida es maravillosa si no se le tiene miedo."

Charles Chaplin

Capítulo 6.- Propuesta de prevención de la conducta suicida en niños: Enfoque histórico cultural.

En cuanto a este último capítulo, es necesario hacer una recapitulación de los apartados anteriores abordados en la presente obra. Es importante no perder de vista que, de acuerdo con Vigotsky, el desarrollo de las funciones psíquicas en el niño se forma a partir del contexto social y cultural en que se desenvuelven los mismos. Esto debido a que es en estos donde el niño al interactuar con otros adquirirá poco a poco ciertos significados a través de la actividad concreta, perceptiva y verbal que facilita el proceso de asimilación.

Es necesario plantear el por qué retomar como referencia la teoría sociocultural de Lev Semionovich Vygotsky, por lo cual es importante reconocer que las teorías del desarrollo psicosocial revisadas durante el capítulo uno tienen como factor común el considerar la importancia de la influencia de los factores sociales y culturales para el desarrollo del niño, pero no todas esclarecen el contenido simbólico interno en el niño y como se da lugar al mismo.

Es por ello que durante este trabajo, se ha retomado el enfoque Histórico Cultural de Lev Semionovich Vygotsky. A lo largo del siguiente apartado, se dará una introducción a los postulados de la teoría de Vygotsky para una mejor comprensión.

Introducción al enfoque histórico cultural de Vygotsky

El tema del presente apartado, como ya se ha mencionado, pretende exponer los principales postulados de la teoría histórico cultural propuesta por Vygotsky. Durante el capítulo uno, se mencionó que Vygotsky (1931/1986) propone que el desarrollo mental, lingüístico y social del niño está en función de las interacciones sociales con los otros y la cultura. Sin embargo, no se explicó, cómo es que dicha interacción con los otros fomentan el desarrollo de los niños, no se esclareció cómo se produce este proceso. Por otra parte, es bueno preguntarse qué significado posee que predomine la función de construcción del objeto y la función de construcción del sujeto en determinadas etapas del desarrollo del infante. Para explicar esto último, es necesario conocer en primer lugar, como se establece el desarrollo psíquico desde la infancia.

Vygotsky (1931/1986) en su obra “Historia de las funciones psíquicas superiores”, explica en un principio que la historia de las funciones psíquicas superiores constituía un ámbito de la psicología inexplorado y que además, la concepción tradicional del desarrollo de las funciones psíquicas superiores era errónea y unilateral ya que es incapaz de reconocer a los procesos psicológicos como hechos del desarrollo histórico y los enjuicia como procesos y formaciones meramente naturales, confundiendo lo natural y lo cultural, lo natural y lo histórico, lo biológico y lo social en el desarrollo psíquico del niño. Dicho en otras palabras, Vygotsky (1931/1986) afirmó que: “La psicología no ha conseguido explicar hasta la fecha con claridad ni solidez

las diferencias entre los procesos orgánicos y culturales del desarrollo y de la maduración “(p.3).

Vygotsky (1931/1986), consideraba que conocer el porqué de la formación de los procesos psicológicos superiores era más importante que únicamente reconocer el que. Por lo cual busco formular una integración de las teorías psicológicas, donde se lograra explicar el por qué el psiquismo animal o primitivo (estudiado por las teorías behavioristas, gestálticas y biologicistas) llegaba a transformarse en un psiquismo superior.

Lo anterior, no significa que Vygotsky no considerara importantes los estudios del desarrollo biológico en el niño, puesto que el mismo autor mencionó que: “Es imposible estudiar la historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores sin haber estudiado la prehistoria de tales funciones, sus raíces biológicas e inclinaciones orgánicas...” (p.7).

Sin embargo, al considerar que la psicología infantil solo se relacionó con el nivel inferior de los procesos psicológicos y no se enfocó en aclarar el origen y desarrollo de las funciones psíquicas superiores, trató de establecer su teoría sobre la historia del desarrollo cultural del niño.

Fue así como reconoció, que existía una necesidad de reconocer como desde que el niño nace, existe ya una influencia cultural a través de los otros mediante el uso de herramientas, el lenguaje y posteriormente el uso de signos.

En la edad del bebé se encuentran las raíces genéticas de 2 formas culturales básicas del comportamiento: el empleo de herramientas y el lenguaje humano. Esta sola circunstancia sitúa la edad del bebé en el centro de la prehistoria del desarrollo cultural. (Vygotsky, 1931/1986, p.7)

En pocas palabras, Vygotsky (1931/1986), al reconocer que la psicología sólo se enfocaba en explicar los procesos psicológicos rudimentarios, primitivos o biológicos, manifestó la necesidad de considerar la importancia del desarrollo cultural para explicar el por qué dichas funciones psicológicas rudimentarias llegaban a transformarse en procesos psicológicos superiores. Al reconocer esto, propuso que desde que el niño nace, ya entra en interacción con los otros.

Ahora bien, ya explicado lo anterior, es necesario regresar a la explicación que ofrece Vygotsky (Citado en León de Vitoria; 2007) acerca del desarrollo psicosocial del niño abarcado durante el primer capítulo, para comprender, cómo es que las funciones psicológicas rudimentarias dan paso a las funciones psíquicas superiores a través de la cultura.

En un principio se menciona que la primera etapa del desarrollo del niño es la etapa de impulsividad motriz comprendida desde los cero a dos meses de edad, en donde el niño responde de manera refleja. El bebé responde con inquietud o calma ante la satisfacción de sus necesidades. Aquí existe una predominancia de las funciones psíquicas rudimentarias. Sin embargo está de por medio una construcción a través

del objeto, ya que el tacto y la alimentación a través del pecho (externos), son fuente de satisfacción en el niño.

La segunda etapa denominada emocional comprendida de los 2 a los 12 meses de edad, el niño ya considera como tal a la madre como una fuente de bienestar, ya la interiorizan como un agente importante. Esta etapa se da a través de la construcción del sujeto o mediante relaciones sociales, donde el niño interioriza para sí que la presencia o ausencia de la madre es importante para él.

Durante la tercera etapa denominada sensorio motor comprendida desde los 12 a 36 meses de edad el niño comienza a manipular y experimentar con los objetos que se encuentra. Empieza a explorar su ambiente, a caminar y a hablar (comienza la actividad simbólica). El niño comenzará a utilizar herramientas en el ambiente para modificarlo por lo tanto, esta etapa se da nuevamente mediante la construcción a través del objeto.

La cuarta etapa, personalismo comprendida desde los 3 a 6 años de edad se caracteriza por que el niño comienza a formar una imagen de sí mismo y se opone a los adultos. El niño muestra sus habilidades imitando y representando diferentes papeles sociales. En esta existe una predominancia de la construcción a través del sujeto, ya que es mediante las relaciones con los otros que puede imitar y comprender dichos papeles o roles sociales.

La etapa categorial comprendida desde los 6 a los 11 años se caracteriza por que el pensamiento del niño es más organizado, va integrando la información que le llega del exterior. Esta se da mediante la construcción a través del objeto, ya que se establece a través de la información teórica y la adquisición de conceptos que le llega del medio exterior. Durante esta, el niño comienza a adquirir además un conocimiento de la realidad más significativo y con mayor sentido.

Por último, durante la pubertad y adolescencia el niño construye su propio yo independiente, va a surgir una nueva fase de oposición, sobre todo con los padres, y a existir una necesidad de socialización con los pares. Por lo cual, en esta predomina la construcción a través del sujeto o mediante relaciones sociales.

De manera más concreta, el desarrollo psíquico del niño se transforma poco a poco a través de la interacción con los otros y a través del ambiente. Sin embargo, de acuerdo con Vygotsky (1931/1986):

El sistema de actividad del niño está determinado en cada etapa dada por el grado de su desarrollo orgánico y por su grado de dominio de las herramientas. Son dos sistemas diferentes que se desarrollan conjuntamente, formando de hecho un tercer nuevo sistema de género muy especial. (p.23)

Ahora bien, para Vygotsky (Citado en Vergel, 2014) el niño utiliza herramientas para modificar su exterior. Estas pasan a ser un órgano externo que funciona para la modificación del entorno en el niño. Y, por otra parte, los signos permiten la

transformación de sí mismo a partir del uso de herramientas, donde la herramienta juega un papel mediador de conducta que finalmente pasa a interiorizarse.

Por otra parte, Vygotsky (1931/1986), menciona que la construcción de significados se obtiene a partir de la adquisición del pensamiento y del lenguaje en un primer momento de manera refleja al repetir palabras que escucha de los otros para posteriormente preguntar por aquellos objetos que desconoce e incrementar su lenguaje. Todo lo anterior se da mediante la necesidad de comunicación con los otros y mediante la interacción con los otros en 3 momentos: “ 1) Incremento a saltos del vocabulario; 2) Periodo de preguntas infantiles ¿Cómo se llama?; 3) Paso al incremento activo del vocabulario infantil” (p.120- 121).

Así pues, el niño comienza a asimilar que a cada objeto le corresponde un nombre, por lo cual, Vygotsky (1931/1986) menciona que: “El significado aparece unido al signo” (p. 123).

Y por último, la construcción de los sentidos expresa lo que la palabra provoca en un sujeto y constituye un complejo dinámico y fluido que presenta zonas menos estables o de estabilidad diferente con respecto al significado. (Erausquin; Sulle & García; 2016)

Referente a la construcción de los sentidos Vygotsky (1930/1984) menciona que:

La palabra está insertada en un contexto del cual toma su contenido intelectual y afectivo, se impregna de ese contenido y pasa a significar más y menos de lo que significa aisladamente y fuera del contexto: más, porque se amplía su repertorio de significados, adquiriendo nuevas áreas de contenido; menos, porque el contexto en cuestión limita y concretiza su significado abstracto. (p. 333)

Globalmente, el desarrollo psíquico del niño pasa de ser meramente primitivo, a ser superior cuando el niño comienza a hacer uso de las herramientas y signos, cuando comienza el desarrollo del lenguaje y el pensamiento y adquiere determinados significados y sentidos. Cuando todos estos aparecen como actividades mediadoras de comportamiento y regulan la actividad psíquica. Pero todo esto, se logra en función de la interacción con los otros y de la cultura en que se encuentre inmerso el infante.

Vygotsky (Citado en Hernández; 2012), concibe al sujeto como un ser social y al conocimiento como un producto social. Por lo cual, las relaciones sociales tienen una vital importancia.

Hernández (2012), menciona que la propuesta de Vygotsky se fundamenta en la creación de Zonas de desarrollo próximo para determinados dominios del conocimiento. Dicha creación de las zonas de desarrollo próximo (ZDP) se da en un contexto interpersonal entre (experto-novato), donde el experto funciona como un

facilitador del conocimiento y como un andamiaje que permitirá al novato adquirir un nuevo nivel de conocimiento.

Antes de comenzar a explicar el concepto de zona de desarrollo próximo es importante considerar que un momento de gran relevancia para el desarrollo del niño de acuerdo con Vygotsky (1933/1986) ,es la crisis de los 3 años, caracterizada por una reacción negativa y desobediencia hacia lo que se le pide, la terquedad, y la “Trotz alter “ o rebeldía. Además comienza a desvalorizar a los juguetes y comienza a adquirir malas palabras. Esta etapa refleja una protesta a la educación autoritaria. Sin embargo es crucial, debido a que es en esta donde el niño adquiere una creciente independencia, tanto de la madre como de los otros. Es pues una etapa nueva de emancipación.

Todo lo anterior es importante puesto que de acuerdo con Vygotsky (1933/1986):

La situación social de desarrollo, específica para cada edad, determina y regula estrictamente todo el modo de vida del niño o su existencia social. Una vez conocida la situación social de desarrollo existente al principio de una edad, determinada por las relaciones entre el niño y el medio, se debe esclarecer cómo surgen y desarrollan en dicha situación social las nuevas formaciones propias de la edad dada. Estas nuevas formaciones, que caracterizan en primer lugar la reestructuración de la personalidad consciente del niño, no son una premisa, sino el resultado o el producto del desarrollo de la edad. Los cambios en la conciencia del niño se deben a una forma determinada de su existencia social, propia de la edad dada. (p. 179)

Es por lo anterior, que Vygotsky (1933/1986) planteó que: “Es necesario estudiar cómo cambian las líneas centrales y secundarias de desarrollo y, por fin, evaluar la edad crítica desde el punto de vista de la zona de desarrollo próximo, es decir, de la relación con la edad siguiente” (p. 255).

Por lo cual Vygotsky (1933/1986) planteó que era necesario establecer una evaluación del nivel real de desarrollo del niño o un diagnóstico de desarrollo a través de la observación de la sintomatología de las edades infantiles para conocer en qué edad, fase o estadio tiene lugar el proceso de desarrollo del niño. Sin embargo, a pesar de reconocer la importancia de evaluar el desarrollo del niño, también planteó que dicha evaluación del desarrollo ya acabado reflejan meramente: “Síntomas que demuestran más bien como transcurrió el desarrollo en el pasado, pero no como es el momento presente ni cuál será su orientación futura” (p.181).

Por lo que, la segunda línea de diagnóstico de desarrollo que propone Vygotsky (1933/1986), consistía en determinar los procesos que aún no han madurado, pero que se encuentran en proceso de maduración. Esto a través de la evaluación de la Zona de desarrollo próximo.

Dicho proceso de evaluación de acuerdo con Meza (2013), consiste en la aplicación de una serie de tareas para la evaluación de las dificultades en las mismas y la comparación con el desempeño propio de cada etapa para determinar el momento presente de desarrollo y encontrar los procesos en proceso de maduración.

De manera más amplia, de acuerdo con Solovieva & Quintanar (2012), se deben evaluar las actividades rectoras para cada etapa, ya que en estas se forman las acciones y operaciones que dirigen los objetivos diversos ya sea intelectuales, mnésicos de regulación, de representación, etc. Dichas actividades están expuestas en la tabla 4.

El objetivo de la edad psicológica transcurre dentro de una situación social particular y se manifiesta en las neoformaciones que caracterizan el significado principal para el desarrollo posterior. El logro del objetivo conduce a la aparición de las crisis, la cual se debe solucionar por la formación de la situación social siguiente y la aparición de los siguientes objetivos. (Solovieva & Quintanar, 2012, p. 31-32).

Una vez encontrado lo anterior, a través de los procesos de interacción social con otros (cuyo nivel de maduración es superior), mediante la ayuda, y soporte se propicia poco a poco el aprendizaje individual. Existe un proceso de andamiaje, es decir un traspaso progresivo de control y responsabilidad. (Meza; 2013)

Solovieva y Quintannar (2012), mencionan al respecto que es necesario conocer la secuencia de las edades psicológicas para ayudarle al niño a pasar de una etapa a la otra de manera adecuada y en el tiempo adecuado, ya que el estancamiento en una fase determinada de desarrollo puede tener consecuencias negativas en la

personalidad del infante y reforzar aspectos negativos de la crisis, pasando de ser fenómenos pasajeros y naturales a rasgos constantes de personalidad poco armoniosa.

Tabla 4.

Características de las etapas de desarrollo psicológico de acuerdo con su estructura y objetivo.

Edad cronológica (aproximada)	Edad psicológica (referencia a la edad del niño)	Actividad rectora (estructura)	Motivo esencial	Neoformaciones (objetivo)
0-1 año	Primera edad	Comunicación afectivo-emocional.	Adulto Situación social: "nosotros"	Lenguaje, caminata. Crisis: Propio yo del niño.
1-3 años	Preescolar temprana	Juego de manipulación con objetos	Objetos Situación social: "Familia", "mundo cercano"	Significado de objetos, palabras y acciones. Crisis: Personalidad independiente del niño.
3- 6 años	Preescolar básica	Juego temático de roles sociales	Relaciones sociales. Situación social: "jardín de niños"	Imaginación, actividad voluntaria. Crisis: Personalidad y motivación cognitiva amplia

Nota: Características de las etapas de desarrollo de acuerdo con su estructura y objetivo incluyendo motivos esenciales, situación social y crisis. Recuperado de: Solovieva, Y., Quintanar, L. (2012). *La actividad de juego en la edad preescolar*. [Tabla]. México: Trillas.

Resumiendo lo anterior, el proceso de diagnóstico propuesto por Vygotsky (1933/1986), consiste en la identificación inicial de desarrollo en que se encuentra el infante, para poder proporcionar una ayuda o apoyo adecuado y así potenciar el desarrollo en el infante.

Como se ha revisado a lo largo del presente apartado, el desarrollo del infante, es un proceso complejo, donde el niño, de tener procesos psicológicos rudimentarios pasa a adquirir los procesos psicológicos superiores y, en donde en general la construcción de ciertos significados y sentidos está en función de la interacción con los otros y la cultura. Dichos significados y sentidos, pueden representar un factor importante en el comportamiento y sobre todo en el desarrollo del niño.

Ahora bien, se menciona el proceso de construcción de significados y sentidos propuesto por Vygotsky (1930/1984) porque es importante comprender, cómo el niño con comportamientos suicidas ha adquirido ideaciones y pensamientos suicidas o como es que si aún no los presenta, se puede trabajar para que construya significados y sentidos nuevos referentes a la muerte y el suicidio que permitan mantener y potenciar su desarrollo sano.

Siguiendo lo anterior, es importante también aclarar en qué momento el niño es consciente de la vida, la muerte y por tanto del suicidio. En capítulos anteriores, ya se ha mencionado cómo se concibe la muerte en las edades tempranas, y que significa el suicidio para aquellos niños que han intentado suicidarse. Sin embargo,

no se ha aclarado aún, en qué momento el niño toma conciencia de la vida y el suicidio por imitación (accidente), deja de ser por imitación y con un sentido propio.

Para comprender cómo se genera la conciencia de vida en el niño, primero se explicará que para Vygotsky (1933/1986) y Vygotsky (1930/1984) la conciencia es un resultado directo de la socialización, el niño es consciente de su propio yo una vez que comienza a adquirir cierta independencia, comienza a interactuar en su ambiente cercano y comienza a adquirir del mismo ciertos significados ya sea de objetos, palabras o acciones. La conciencia de vida por tanto es adquirida en el niño en la medida en que es partícipe del proceso de culturización mediante los otros. En el momento en que los otros mediante la interacción le transmiten en un principio lo que simboliza la permanencia y ausencia, cuando adquiere significados de la muerte y la vida y cuando adquieren sentidos que no se construyen de manera aislada, sino que es compartido por los otros, por instituciones y en general por la cultura. El niño le toma valor a la vida dependiendo del conjunto de signos, significados y sentidos que los otros conciben y así mismo, las concepciones de muerte y suicidio están en función de sus interacciones sociales y su cultura transmitidos de generación en generación.

Sin embargo es bueno preguntarse cómo se podría lograr el fomento de la interacción del niño con los otros y cómo se establecería un método que permita la reconstrucción o construcción de sentidos y significados referentes a la muerte y suicidio como medio de prevención.

Ante lo anterior es importante exponer que, Vygotsky (Citado en Elkonin; 1978), menciona que el juego que desarrolla el infante está asimismo orientando la actividad futura, pero principalmente la de carácter social. El niño ve la actividad de los adultos que le rodean, la imita y transforma en juego y en él adquiere las relaciones sociales fundamentales y esto pasa a ser parte de su desarrollo social futuro.

Es decir, el juego es una actividad fundamental para el desarrollo del infante, ya que mediante este, es capaz de comprender el mundo adulto.

Al respecto, Solovieva y Quintanar (2012) mencionan que, el juego que garantiza todo el desarrollo infantil psicológico de los niños entre edades de los uno a tres años es el juego objetal, donde el niño toma los objetos y sus acciones y les atribuye un significado propio, por ejemplo una muñeca puede ir en un carrito pero no puede ser al revés. El juego fundamental para los niños de entre el año y medio y los dos años es el juego simbólico, donde el niño puede usar un objeto para hacer alusión del nombre y uso por acción de otro, el niño puede tomar trozos de papel para representar comida para perros por ejemplo. Por último, el juego importante para el pleno desarrollo psicológico para los niños de entre tres a seis años es el juego temático de roles.

El presente estudio se interesa en trabajar con niños del último grado de educación preescolar hasta tercer grado de educación primaria, es decir de cinco años de edad a ocho años, es por ello que durante el apartado siguiente se explicará en qué consiste el juego de roles.

El juego de roles: Una herramienta para creación de nuevos significados y sentidos.

El objetivo principal de este apartado es, conocer una herramienta lúdica, que posibilita la reconstrucción y construcción de significados y sentidos en el infante. Esto es, el juego de roles.

Es importante explicar, que de acuerdo con Solovieva y Quintanar (2012), la actividad rectora para el desarrollo psicológico pleno en el infante es el juego de roles, en donde el niño retoma roles sociales abstractos y los representa. En este, el niño ya no requiere de objetos concretos para la realización de ciertos roles sociales.

Peñarrieta & Faysse (2006), mencionan además que los juegos de roles son un tipo de modelo que sirve de objeto intermediario, ya que proponen una representación de la realidad que permite abordarse en un ambiente libre de tensiones y muchas veces lúdicos, la discusión entre actores acerca de su misma realidad.

Por otra parte, Brell (2006) concibe a los juegos de roles como aquellas actividades lúdicas en que los participantes interpretan modelos de comportamiento que no son los suyos, particularmente asumiendo el lugar del adulto o joven. Para este autor, los juegos de roles son herramientas educativas potentes, ya que son un soporte de visualización de problemáticas y dinámicas y facilita el desarrollo de la empatía entre el jugador y su personaje para una mejor comprensión del por qué el otro se comporta como lo hace. Además de que favorece un aprendizaje más significativo.

En complemento con las ideas del anterior autor, Girard & Koch (1997), mencionan que, los juegos de roles en la forma de simulacros, dramatizaciones, mediaciones y guiones. Además de que son importantes para la educación de resolución de conflictos, ya que es útil para ayudar a los participantes a comprender su conducta, como método de desarrollo de aptitudes, como ensayo del proceso y como paso en el análisis de conflictos.

Además, de acuerdo con Navarro (2002), el juego de roles es un puente fundamental para la socialización. Sin embargo, el proceso de socialización se manifiesta poco a poco de manera distinta de acuerdo a la edad del niño, es por eso que menciona que:

- El niño de seis a siete años: Representa su vida familiar y el ambiente más próximo, su realidad cercana. El niño compagina poco a poco el juego dramático con el desarrollo de su imaginación y se abre poco a poco a la socialización. Es por ello que durante esta edad es momento de establecer juegos colectivos y organizados, comprobando la presencia de reglas.
- El niño de siete a ocho años: Asume situaciones de su vida cotidiana, esperando respuestas acordes con el rol que se representa.

Solovieva & Quintanar (2012), mencionan también, que el juego temático de roles implica el desarrollo de situaciones sociales concretas con diversos participantes

donde cada uno de ellos cumple su propio papel durante el juego. Además, sus características son las siguientes:

- Requiere de varios participantes.
- Requiere la introducción y desarrollo de un tema determinado
- Se despliega en una serie de situaciones relacionadas entre sí, lo cual determina el contenido del juego
- Es iniciado y regulado por los niños de manera independiente (creativa).

Por otra parte Gil (2010) expone que, las características y objetivos principales del juego de rol son las siguientes:

- Reducen una situación real a una escala más palpable, haciendo su complejidad abarcable.
- Plantean una acción que implica y motiva a los participantes. La enseñanza de políticas públicas por medio de un juego de rol
- Dan la posibilidad de trabajar sobre sistemas sociales complejos.
- Permiten trabajar múltiples aspectos actitudinales: tolerancia, empatía, respeto, trabajo en grupo, espíritu crítico, correcta expresión, capacidad de síntesis.
- Desarrollan la capacidad de expresión y comprensión.
- Ayudar a examinar problemas reales a nivel teórico, emocional y físico.
- Probar y analizar situaciones, teorías y tácticas.
- Comprender a las personas y el papel que desempeñan.
- Entender los pensamientos y sentimientos de las personas “oponentes”.

- Anticiparse a nuevas situaciones.
- Sacar fuera temores, ansiedades y otros sentimientos que las personas suelen tener ante una acción.
- Conseguir más información.
- Desarrollar la cohesión de grupo.
- Aprender nuevas destrezas ante ciertas situaciones y experimentar su utilización.
- Adquirir confianza y competencia individual y grupal.

Cabe destacar, que Garaigordobil (1995), menciona que hay 7 elementos del juego de rol que comprueban las funciones de socialización que contiene este tipo de juego:

- Descubrimiento de la vida social de los adultos y de las reglas por las que se rigen las relaciones
- Identificación con el modelo del adulto (imitación del mundo del adulto)
- Fomenta la interacción y la cooperación entre iguales.
- El juego es siempre relación y comunicación.
- Estima la descentración egocéntrica
- Es escuela de autodominio, de voluntad y de moral porque es asimilación de reglas de conducta
- Fomenta el desarrollo de la conciencia personal y de la sociabilidad.

Junyent (Citado en Brell; 2006), agrega además que la etapa escolar, es adecuada para llevar a cabo juegos de roles, puesto que permiten explorar cómo pueden pensar y actuar otros grupos, y personas hacia el medio.

Autores como Brell (2006), menciona que para llevar a cabo el juego de roles, se requiere una planificación previa. Es necesario tener estructurada la historia y características de los personajes que se desea interpretar durante el juego, que es lo que se pretende conocer durante el juego de los participantes y que resultados se quieren obtener al realizarlo. Sin embargo, al tener un guión previo y crear la historia se corta con la subjetividad del infante y el reflejo puro de su realidad. Se obstaculiza la transmisión de significados y sentidos del niño y el reflejo de su realidad.

Peñarrieta y Faysse (2006) explican de manera más detallada que, los elementos del juego tienen que representar la realidad y el problema concreto que se abordará. La falta de un solo elemento de juego puede detener la dinámica de juego. Dichos elementos clave para el diseño del juego de roles son los siguientes:

- Definir los objetivos del juego de roles
- Definir los elementos físicos y humanos del juego: se recomienda de entre 10 a 12 jugadores.
- El espacio de juego que también es una representación de la realidad, es el ámbito donde se desarrolla el juego.
- Distancia de la realidad
- La representación de la realidad: territorio o situación de un problema

- Quienes participan
- Los soportes del juego: Tablero, fichas, elementos al azar entre otros
- El tiempo de juego.
- El lugar de las sesiones de juego.

Otro modo de organización y planeación del juego de roles, es mencionado por Martin (1992), quien propone 4 fases del proceso que se sigue en el juego de roles:

1. Motivación: El objetivo de esta fase es crear en el aula un clima de confianza y participación, intentando que todos los alumnos reconozcan el problema que se plantea y lo acepten como un tema de interés.
2. Preparación de la dramatización: El facilitador indica que personajes intervienen y qué situación se puede dramatizar. Se piden voluntarios para representar los diferentes personajes animando a los alumnos a participar pero sin forzarlos.
3. Dramatización: Los actores intentan asumir su rol acercándose lo más posible a la realidad y esforzándose por encontrar argumentos convincentes que hagan creíble su postura
4. Debate: En esta fase se analizan y valoran los distintos elementos de la situación que ha sido interpretada: cuál era el problema, qué sentimientos han entrado en juego, qué actitudes, qué soluciones se han propuesto, cuales parecían más adecuadas, cuáles menos y otras cuestiones semejantes. El papel del moderador es

indispensable para el debate y la búsqueda de nuevas soluciones y alternativas al conflicto, la transferencia a situaciones reales y cercanas a los alumnos, el medir las consecuencias de las distintas decisiones y el intento por llegar a establecer conclusiones como grupo. (Martin, 1992)

Solovieva y Quintanar (2012), por otra parte mencionan que algunas formas de jugar es mediante:

- El juego de roles con temas y personajes propuestos
- El juego activo con reglas.
- Juegos de imaginación.
- Juegos de roles con temas y personajes elegidos libremente
- Juegos de mesa.

Además, algunas diferencias observadas en los niños antes y después de la aplicación del juego de roles son las siguientes: (Ver tabla 5).

Complementando lo anterior Rosas, Amezquita & Conde (2014), mencionan que el juego temático de roles es un método de enseñanza ideal para el aprendizaje de las habilidades sociales, ya que a través de este el niño adquiere una mayor comprensión del mundo que le rodea y la capacidad de resolución de problemas de una manera más efectiva. Además de adquirir una actitud crítica ante las acciones y actitudes propias y de los otros.

Tabla 5. Diferencias observadas antes y después de la aplicación de juegos de roles.

Juego temático de roles	
Antes	Después
Dificultades para la regulación de su comportamiento a partir del lenguaje del adulto.	Adecuada regulación del comportamiento de los niños con el lenguaje del adulto y con el propio lenguaje
Pobre iniciativa	Mejor iniciativa
Perdida del objetivo	Conservación del objeto
Dificultades en el manejo del lenguaje	Mejoría en el manejo del lenguaje
No cumplimiento total del rol	Cumplimiento del rol asignado
Acciones no concatenadas	Acciones coherentes y relacionadas
Pobre desempeño del observador	Adecuado desempeño del observador.

Nota: Diferencias observadas en los niños antes y después de la aplicación del programa de juego.
 Recuperado de: Solovieva, Y., Quintanar, L. (2012). *La actividad de juego en la edad preescolar*. [Tabla]. México: Trillas.

Se ha revisado ya, cómo se lleva a cabo el juego de roles como método lúdico en la intervención con infantes. Además de aclarar que es un método que permite la interacción social y que facilita la comprensión de las diferentes realidades y la

construcción de nuevos significados y sentidos ante las situaciones trabajadas y de los otros.

Sin embargo, otro punto importante para considerar el juego de roles como método para la presente propuesta de intervención, es que tal como Solovieva y Quintannar (2012) mencionan, es a partir de los tres a los seis años el niño muestra sus habilidades imitando y representando diferentes papeles sociales y comienza a comprender dichos roles sociales. Y, durante los seis a los nueve años el niño va integrando información del exterior, lo cual le permite un conocimiento de la realidad más significativa y con mayor sentido. Esto quiere decir, que el juego de roles es un método útil para fomentar el desarrollo en los aspectos mencionados anteriormente.

A continuación, se presentará el programa de prevención de la conducta suicida en niños a partir del juego de roles que se propone.

Programa de prevención de la conducta suicida en niños.

A partir de la revisión documental anterior y de la aproximación al fenómeno de suicidio durante la infancia, así como del proceso de construcción de significados y sentidos durante la infancia, se ha construido una propuesta de prevención de la conducta suicida en niños con o sin tendencias suicidas y un instrumento de evaluación de los significados de muerte y suicidio en niños a partir de los 5 años de edad. El presente programa de prevención utiliza como principal herramienta el juego de roles, ya que permite comprender el comportamiento del niño y generar nuevos

comportamientos a través de la construcción de nuevos sentidos y significados en el niño por medio del apoyo del especialista. Así mismo facilita la comprensión de la realidad de los otros y desarrollar sentidos de empatía y resolución de problemas. La presente propuesta además, por su naturaleza, puede ser adaptada a cualquier realidad o situación que se requiera trabajar. (Referentes siempre a la muerte y suicidio).

- *Objetivos generales:*

-Explorar los significados y sentidos referentes a la muerte y suicidio en niños con y sin tendencias suicidas y modificarlos a través de la participación activa durante el juego de roles y mediante la aplicación del instrumento propuesto.

-Identificar la edad psicológica del niño a través de las actividades rectoras que es capaz de realizar y llegar a las neoformaciones siguientes.

- *Población:* El presente programa está dirigido a niños de entre 5 a 8 años que cursen el tercer grado de educación preescolar hasta el tercer grado de educación primaria que presenten o no tendencias suicidas. El grupo deberá contener máximo 10 integrantes para facilitar la aplicación del juego de roles.
- *Lugar de aplicación:* La aplicación del presente programa deberá establecerse en escuelas de educación preescolar, primarias o instituciones psiquiátricas

que otorguen ayuda a niños con tendencias suicidas en un lugar amplio que facilite el juego.

Para iniciar la aplicación de la presente propuesta de prevención de la conducta suicida en niños, se debe conocer qué tipo de significados y sentidos referentes a la muerte y al suicidio ya han construido. Que es lo que consideran que es la muerte y el suicidio. Y, si ya significan al suicidio o desconocen el significado del mismo.

Posteriormente, el especialista a cargo deberá comenzar la aplicación del “*Instrumento de evaluación de significados de muerte y suicidio en niños.*” y evaluar de manera cuantitativa los significados de muerte y suicidio que el niño ya ha construido. A continuación se expondrá dicho instrumento.

Instrumento de evaluación de significados de muerte y suicidio en niños.

El instrumento evalúa las concepciones y significados tanto positivos como negativos referentes a la muerte, si el niño sabe lo que es el suicidio, si predominan significados positivos y negativos en el niño con y sin tendencias suicidas y los significados y sentidos culturales que el niño ha adquirido referentes al suicidio.

Durkheim (1994), Ajuariaguerra (1996) (Citado en Cruz y Roa, 2005) y Guibert (2002). Además consta de 25 ítems divididos en 3 categorías:

- Evaluación de significados positivos y negativos referentes a la muerte.
- Evaluación de significados positivos y negativos referentes al suicidio
- Evaluación de significados positivos o negativos adquiridos a través de la cultura.

La estructura del instrumento de evaluación de significados de muerte y suicidio en niños es la siguiente:

Instrucciones: Te vamos a realizar algunas preguntas pequeñas. Responde únicamente si o no de acuerdo a lo que pienses. ¿Estás listo?...Comencemos!

SIGNIFICADOS DE MUERTE		
<i>¿Qué es la muerte para ti?</i>		
Pregunta	SI	NO
1.- ¿Crees que la muerte es como dormir?		
2.- ¿La muerte es el final de la vida?		
3.- ¿Hay vida después de la muerte?		
4.- ¿Si muero sabré que pasa después con mis padres?		
5.- ¿Morir es malo?		
6.- ¿Cuándo alguien muere puede despertar en otro momento?		
7.- ¿Si alguien muere es porque fue malo?		
8.- ¿La muerte solo le ocurre a algunos?		
9.- ¿La muerte es un castigo?		
10.- ¿Todos pueden morir?		
Total		
IDENTIFICACIÓN DE SIGNIFICADO DE SUICIDIO		
<i>¿Qué es el suicidio?</i>		
11.- ¿El suicidio causa daños?		
12.- ¿Si algo no sale como quiero, debería suicidarme?		
13.- Si una persona se suicida. ¿Crees que su familia estará mejor?		
14.- Si necesito cariño y mis padres no me dan cariño. ¿Debería suicidarme?		
15.- Si alguien tiene algún problema y no encuentra solución. ¿Se debe suicidar?		
16.- ¿Suicidarme es una buena forma de mostrar que estoy molesto?		
17.- ¿Cuándo alguien se suicida sus problemas desaparecen?		
18.- ¿El suicidio es malo?		
Total		
SIGNIFICADOS SOBRE SUICIDIO ADQUIRIDOS A TRAVES DE LA CULTURA.		
19.- ¿La gente que se suicida está loca?		
20.- Si un amigo dice que se quiere morir. ¿Debería creerle?		
21.- ¿Solo las personas que están tristes se suicidan?		
22.- ¿Si alguien me dice en la escuela que se quiere matar o morir debería ayudarlo y avisar a la maestra?		
23.- ¿Todas las personas que se quieren suicidar quieren morir?		
24.- ¿Una persona que se ve feliz podría suicidarse?		
25.- Si una persona muere. ¿Sus papás sabrán lo que sentía?		
Total		

- Para evaluar qué tipo de significado predomina en cuanto a significados de muerte:

Se otorga 0 puntos a la respuesta “Si” y 1 punto para la respuesta “No”, únicamente para los ítems 2 y 10.

Resultados menores a 5 puntos equivalen a mayores significados positivos referentes a la muerte y predominan concepciones propias de mayores de 6 años. Resultados mayores a 5 puntos equivalen a más significados negativos referentes a la muerte y predominan concepciones propias de niños menores a 6 años.

- Para evaluar qué tipo de significado predomina en cuanto a suicidio:

Se otorga 0 puntos para la respuesta “Si” y 1 punto para la respuesta “No”, únicamente para los ítems 11 y 18.

Resultados mayores o iguales a 4 puntos indican una mayor predominancia de significados negativos referentes al suicidio. Resultados menores o iguales a 3 puntos equivalen a una mayor predominancia de significados positivos referentes al suicidio.

- Para evaluar significados sobre suicidio adquiridos a través de la cultura:

Se otorga 0 puntos para la respuesta “Si” y 1 punto para la respuesta “No”, únicamente para los ítems 2, 4 y 6.

Resultados mayores o iguales a 4 puntos indican una mayor asimilación de mitos referentes al suicidio. Resultados menores o iguales a 3 puntos equivalen a una menor asimilación de mitos referentes al suicidio.

Una vez realizada la evaluación cuantitativa a través del instrumento propuesto, se debe realizar una evaluación cualitativa a través del juego de roles identificando los siguientes elementos en cada niño. Esto con la finalidad de permitir al niño mostrar su subjetividad y no interferir en la misma. Se debe observar, si los niños durante el juego de roles manifiestan alguno de los significados y sentidos siguientes:

Respecto a concepciones (significados y sentidos) de muerte:

- Evaluar de manera cualitativa, la concepción de muerte presente en el niño y compararla con la concepción esperada de acuerdo a su edad.

EDAD DEL NIÑO	CONCEPCIÓN DE MUERTE ESPERADA
2- 6 AÑOS	Momentánea, provisional, temporal y reversible y solo le ocurre a algunos, es mala y es consecuencia de un castigo Divino. Se le otorga además atribuciones mágicas y tenebrosas. La muerte es como dormir.
6-9 AÑOS	Es irreversible, es un proceso natural y esencial. La muerte le ocurre a cualquier persona. Sin embargo no se comprende por qué se produce, con claridad.
9 AÑOS	Muerte como angustia existencial. Introducción de reflexiones filosóficas, metafísicas, psicosociológicas y éticas de la muerte.

- Evaluar e identificar los significados y sentidos referentes a la muerte en el niño:

EVALUACIÓN DE SIGNIFICADO DE MUERTE.

SIGNIFICADOS NEGATIVOS	La muerte es agradable es un estado temporal donde no existen problemas. Solo les ocurre a algunos. Estar muerto es como dormir. Si muero sabré que es lo que ocurrirá con los demás ante mi muerte.
SIGNIFICADOS POSITIVOS	La muerte es un estado irreversible y universal. No se sabe si existe conciencia al morir por lo que no se sabe lo que ocurre en los demás cuando morimos. La muerte es el final de la vida.

Respecto a concepciones de suicidio (significados y sentidos):

-Evaluar e identificar el significado de suicidio que posee el niño y la presencia de la asimilación de mitos referentes al suicidio a través de la cultura:

CLASIFICACION TIPOS DE SIGNIFICADO

DE INTEGRACION	<ul style="list-style-type: none"> - Suicidio egoísta: En respuesta a molestia o inconformidad con sus cuidadores. (Venganza). - Suicidio altruista: Cometido debido a que el niño siente que los demás estarían mejor sin él. (Sacrificio)
DE ASIMILACION.	<ul style="list-style-type: none"> - Anómico: Se consuma debido a situaciones de crisis provocadas por un desajuste social. (Crisis) - Fatalista: Se consuma debido a que encuentran al suicidio como única salida a su problema. (No encuentra soluciones alternas).

EVALUACIÓN DE SIGNIFICADO DE SUICIDIO.

SIGNIFICADOS NEGATIVOS	Si me suicido mis problemas desaparecerán. Si me suicido, mis padres, amigos familiares etc., sabrán que estoy molesto, inconforme o que necesitaba apoyo y afecto. Si me suicido ya no sentiré más soledad o ya nadie me hará daño (física o emocionalmente).
SIGNIFICADOS POSITIVOS	El suicidio no es una opción para resolver mis problemas. Los problemas no desaparecen con el suicidio. El suicidio solo me hará más daño.

SIGNIFICADOS ADQUIRIDOS A TRAVES DE LA CULTURA.

MITOS (NEGATIVOS)	<ul style="list-style-type: none"> - La gente que se suicida está loca - Si alguien dice que se quiere suicidar no lo hace. - Solo los que están tristes o deprimidos se suicidan. - Si alguien se quiere suicidar es por qué quiere morir. - El suicidio se comete de repente. - El suicidio es para cobardes. - El suicida solo quiere llamar la atención.
REALIDADES CIENTIFICAS (POSITIVOS).	<ul style="list-style-type: none"> - No todos los que se suicidan presentan depresión. - Aunque una persona se vea feliz puede querer suicidarse. - Las personas que hablan de suicidarse pueden llegar a hacerlo. - Las personas suicidas requieren apoyo y ayuda no están locas ni son cobardes. - Los suicidas no siempre quieren morir.

El método de análisis de evaluación de los significados y concepciones de muerte y suicidio se realizara mediante la aplicación del instrumento de evaluación de

significados de muerte suicidio en la infancia propuesto al iniciar la aplicación de la presente propuesta y al finalizar la misma.

Estructura del programa

Descripción y procedimiento general: Durante cada una de las sesiones, se iniciará proponiendo un juego diferente dependiendo de la temática base. Los juegos propuestos están contenidos en la estructura del programa Posteriormente se invitara al grupo a pensar en cómo se puede iniciar el juego, ¿Qué es lo que harán los personajes y por qué? ¿Qué es lo que no harán? ¿Cómo se desarrollara la historia?, etc. Por último el especialista deberá preguntar si les gusto el juego, ¿Cómo hubieran mejorado la situación de los personajes? Y ¿Por qué?. Cada niño puede representar un máximo de 2 roles.

En el presente trabajo se concibe, que el uso del juego de roles utilizado como herramienta para modificar los sentidos y significados referentes a la muerte y suicidio favorece la interacción social, el desarrollo de empatía y capacidad de escucha, comprensión de roles sociales, la capacidad de encontrar soluciones alternas ante diferentes problemáticas, el manejo y expresión de emociones y necesidades y para la regulación de la conducta. Así mismo puede ser utilizado para comprender fenómenos sociales complejos tales como el acoso escolar, la muerte y el suicidio. Sin embargo puede incluirse también dentro del programa el trabajo del niño ante la violencia, discriminación y otros fenómenos sociales complejos que influyen como factores de riesgo al desarrollo de conductas suicidas. Y, sobre todo

se considera que facilita las neoformaciones para la mejora del desarrollo psicológico en el infante.

Sin embargo las temáticas bases a abordar durante el presente juego de roles son las siguientes:

- Manejo y expresión de emociones.
- Control de ira.
- Desarrollo de empatía.
- Resolución de conflictos.
- Acoso escolar.
- Muerte.
- Suicidio.
- Mitos referentes al suicidio.

Estructura del programa:

La estructura del programa es la siguiente:

Tema ■ *Presentación*

<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none">- Establecer confianza en el grupo y fomentar la interacción social entre los integrantes.- Conocer cada uno de los casos por los cuales los niños participan.
-----------------	---

familia reciban una noticia inesperada (Papá pierde trabajo), que se desarrolle un conflicto familiar, que exista un miembro de la familia que se sienta aislado (Nacimiento de un bebé).

Materiales: Disfraces, escenario, objetos de hogar, caja mágica.

Roles Abuelo, Abuela, Tío, Tía, Primo, prima, hijo, hija, padre, madre, bebé.

Duración: 2 horas

Durante el abordaje de esta temática no se trabaja directamente aun en las modificaciones de muerte y suicidio. Sin embargo, el niño si podrá manifestar mediante su subjetividad plasmada en el juego como son sus relaciones familiares y no solo lo anterior, si no que comenzara a comprender los diferentes roles familiares de manera crítica y a aprender que existen maneras alternas de manejar el miedo o la tristeza a través de la discusión final del conflicto. Reduciendo así la impulsividad característica de algunos niños suicidas.

Tema ▪ *Control de ira.*

<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none">- Conocer cómo cada uno de los niños reaccionan ante la frustración y manejan su ira.- Brindar al niño nuevas alternativas para expresar y manejar su ira.
-----------------	---

<i>Procedimiento</i>	El especialista propondrá a los niños jugar al restaurante. Posteriormente mencionara los personajes del juego y los niños deberán elegir a quienes quieren representar. Posteriormente, el especialista deberá proponer como comenzaran la historia (¿Qué les parece si comenzamos con esto?, ¿Qué tal si tu personaje realiza esto?, Tu personaje no o si deberá y ¿Te parece si tu personaje tiene este problema (relacionado con la ira)?). Al finalizar, se les preguntará a los niños si el juego fue agradable y si existió algún momento problemático durante el desarrollo de la historia y finalmente proponer una forma alterna de resolver el problema en el juego.
<i>Conflicto</i>	Los conflictos que el especialista deberá plantear de manera sutil para no coartar la subjetividad podrán ser que hay una mosca en la sopa del comensal, que han llevado un platillo equivocado al comensal o que algún cliente no quiere pagar su comida.
<i>Materiales:</i>	Disfraces, escenario, papelitos, objetos referentes a restaurante.
<i>Roles</i>	Jefe de comercio de comida, chefs, comensales, meseros.
<i>Duración:</i>	2 horas

Dentro del desarrollo de esta temática se pretende hacer que el niño manifieste como es que manifiesta su molestia e inconformidad ante eventos que le disgustan. Se pretende también que comprenda los diferentes roles asumidos desde diferentes perspectivas cuando se desarrolla este tipo de conflictos para analizar que se puede hacer para evitar los mismos y controlar la ira. Otorgando así mediante el juego nuevas construcciones de significados referentes a la manifestación positiva de la ira.

Tema ■ *Desarrollo de empatía.*

<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none">- Fomentar la comprensión de los roles de figuras de autoridad.- Ayudar al niño a comprender los diferentes roles sociales y a desarrollar empatía.
<i>Procedimiento</i>	El especialista propondrá el juego del supermercado o de la tienda de abarrotes. Posteriormente deberá pedir a los niños girar una ruleta. El lugar que indique la ruleta será el papel a desempeñar por el niño. Después, el especialista deberá preguntar al grupo como quieren que se vaya construyendo la historia y cómo quieren jugar para establecer reglas del juego de común acuerdo. Así mismo el especialista deberá elegir a un observador que garantice el respeto y seguimiento de las reglas establecidas grupalmente. Por último el especialista preguntara ¿Les gusto el juego? ¿Que no les gusto? ¿Quién siguió mejor las reglas y por qué? ¿Quién debería seguir más las reglas y por qué? ¿Cómo se han sentido jugando?
<i>Conflicto</i>	Los conflictos a desarrollar podrán ser el hecho de que haya mucha gente en la fila del supermercado y que el vendedor tarde en despachar. Con la finalidad de que los clientes traten de ponerse en el lugar del vendedor.
<i>Materiales:</i>	Disfraces, escenario, objetos de tienda o supermercado.
<i>Roles</i>	Jefe del supermercado, cajeros, trabajadores del supermercado, compradores.
<i>Duración:</i>	2 horas

Durante el abordaje de esta temática el niño podrá manifestar mediante su subjetividad plasmada en el juego si muestra cierta empatía para con los otros. Podrán asumir un rol, que les permita ponerse en el lugar del otro y por tanto comenzaran a adquirir a comprender nuevos papeles sociales.

Tema ■ *Resolución de problemas.*

<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none">- Conocer cómo cada uno de los niños afrontan sus problemas.- Generar en el niño la posibilidad de crear nuevas formas alternativas o posibilidades de solución de problemas.
<i>Procedimiento</i>	El especialista propondrá jugar a la comidita. Posteriormente el especialista deberá pedir a los niños que saquen un papelito de una bolsa. El contenido de los papelitos deberá ser de los personajes a interpretar. Después, el especialista preguntara ¿Quién comenzará el juego o como se puede comenzar? ¿Qué harán los personajes? ¿Qué puede y que no puede hacer? ¿En qué situación se encuentran los personajes? ¿Cómo podrían mejorar las situaciones adversas de los personajes? .Al finalizar la sesión se le preguntará a los niños si el juego fue agradable y si existió algún momento problemático durante el desarrollo de la historia y finalmente proponer una forma alterna de resolver el problema en el juego.
<i>Conflicto</i>	Los conflictos a desarrollar en el grupo podrán ser que los integrantes no se pongan de acuerdo con que comer, que se les quemé la comida o que la comida no alcance.
<i>Materiales:</i>	Mamá, Papá, Hijos, Abuelos, invitados. Mesa, sillas, sartenes etc.
<i>Roles</i>	Pacientes, Doctores y doctoras, Enfermeras y enfermeros.
<i>Duración:</i>	2 horas

Durante el abordaje de este tema los niños podrán mostrar su capacidad de resolución de problemas real y a partir de ello el especialista a través del juego los guiara a la construcción de nuevas formas alternas de resolución. El niño podrá significar que ante una problemática difícil existen soluciones variadas y alternas.

Tema ■ *Acoso escolar.*

<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none">- Identificar si algún niño del grupo sufre de acoso escolar.- Conocer el modo de afrontamiento ante la presente problemática de cada niño.- Brindar herramientas para frenar el acoso escolar.
<i>Procedimiento</i>	El especialista propondrá el juego de la escuelita. Posteriormente deberá pedir a los niños reventar un globo y sacar su papelito correspondiente para repartir los personajes. Después, el especialista deberá preguntar al grupo como quieren que se vaya construyendo la historia y cómo quieren jugar para establecer reglas del juego de común acuerdo. Así mismo el especialista deberá elegir a un observador que garantice el respeto y seguimiento de las reglas establecidas grupalmente. Por último el especialista preguntara ¿Les gusto el juego? ¿Que no les gusto? ¿Quién siguió mejor las reglas y por qué? ¿Quién debería seguir más las reglas y por qué? ¿Cómo se han sentido jugando?
<i>Conflicto</i>	Los conflictos principales que se podrán abordar serán que a un compañero de clase le hagan burla por no traer materiales suficientes. O que algún alumno sea molestado físicamente por sus compañeros.
<i>Materiales:</i>	Disfraces, escenario, objetos de escuela, globos, papelitos.
<i>Roles</i>	Director o directora, maestros, alumnos (el estudioso, el juguetón, el popular y el compañero que molesta a otros), padres de familia.
<i>Duración:</i>	2 horas

El niño podrá manifestar mediante su subjetividad plasmada en el juego si ha sido víctima de Bullying o si ha vivido experiencias cercanas al Bullying familiares y significara de manera crítica que existen maneras alternas de afrontar esta problemática. Mejorando así las relaciones con los pares y la comprensión de los otros.

Tema ■ *Muerte*

<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el tipo de significado de muerte que cada uno de los niños posee. - Brindar apoyo para la creación de nuevas concepciones de muerte.
<i>Procedimiento</i>	<p>El especialista propondrá jugar al funeral o al día de muertos y organizara una búsqueda de tesoro, deberá esconder algunos papelitos y los niños en conjunto deberán encontrarlos. Conforme los niños comiencen a encontrar los papelitos, los niños obtendrán su personaje. El último niño en encontrar su papelito deberá proponer como comenzar la historia. ¿Qué harán los personajes? ¿Qué puede y que no puede hacer? ¿En qué situación se encuentran los personajes? ¿Cómo podrían mejorar las situaciones adversas de los personajes? .Al finalizar la sesión se le preguntará a los niños si el juego fue agradable y si existió algún momento problemático durante el desarrollo de la historia y finalmente proponer una forma alterna de resolver el problema en el juego.</p>
<i>Conflicto</i>	<p>Se podrá abordar la muerte de algún familiar o amigo. Puede jugarse de manera alterna el tema de la guerra, el funeral o que exista un familiar con enfermedad terminal.</p>
<i>Materiales:</i>	<p>Disfraces, escenario, papelitos a esconder, tesoro, objetos relacionados a funerales o día de muertos.</p>
<i>Roles</i>	<p>Distintos miembros de una familia (Abuelo, abuela, tío, tía, primos, hijos, padres, etc.) y el fallecido.</p>
<i>Duración:</i>	<p>2 horas</p>

Durante el abordaje de esta temática se trabaja directamente aun en las modificaciones de significados de la muerte. Se podrá indagar en las concepciones, significados y sentidos culturales referentes a la muerte que el niño ha asimilado a través del juego. Podrá construir nuevos significados referentes a la muerte y comprender roles diferentes.

Tema ■ *Suicidio.*

<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none">- Identificar el tipo de significado de suicidio que cada uno de los niños poseen.- Brindar apoyo para la creación de nuevas concepciones de suicidio.
<i>Procedimiento</i>	El especialista propondrá jugar a la escena del crimen por suicidio y pedirá sacar papelitos de la caja mágica para obtener sus personajes. Después, el especialista deberá preguntar al grupo ¿Cómo quieren que se vaya construyendo la historia y cómo quieren jugar para establecer reglas del juego de común acuerdo? Así mismo el especialista deberá elegir a un observador que garantice el respeto y seguimiento de las reglas establecidas grupalmente. Por último el especialista preguntara ¿Les gusto el juego? ¿Que no les gusto? ¿Quién siguió mejor las reglas y por qué? ¿Quién debería seguir más las reglas y por qué? ¿Cómo se han sentido jugando?
<i>Conflicto</i>	Los policías han encontrado que un familiar, amigo o vecino se ha suicidado.
<i>Materiales:</i>	Disfraces, escenario, globos, papeles de colores, objetos.
<i>Roles</i>	Víctima, sospechosos, policías, detectives, médicos, familiares de la víctima, maestras y maestros de la víctima.
<i>Duración:</i>	2 horas

La presente temática debe abordarse considerando desde un inicio que el tipo de significados positivos que se pretende construir en el niño, depende en gran parte del especialista, por lo que, el especialista debe enfocarse en significados positivos que se puedan construir mediante el juego de la presente temática y no comenzar transmitiendo al niño significados negativos y fatalistas referentes al juego o al suicidio.

Tema ■ *Mitos referentes al suicidio.*

<i>Objetivo</i>	<ul style="list-style-type: none">- Identificar el tipo de significado de suicidio que cada uno de los niños poseen.- Brindar apoyo para la creación de nuevas concepciones de suicidio.- Brindar a los niños mayor información referente al suicidio.
<i>Procedimiento</i>	El especialista propondrá jugar nuevamente a los policías y detectives, quienes entrevistarán a los padres o maestros de la víctima en cuestión. Posteriormente deberá realizar el juego de simón dice y otorgar el papel de cada uno de los niños. Posteriormente el especialista deberá proponer ¿Qué harán los personajes? ¿Qué puede y que no puede hacer? ¿En qué situación se encuentran los personajes? ¿Cómo podrían mejorar las situaciones adversas de los personajes? .Al finalizar la sesión se le preguntará a los niños si el juego fue agradable y si existió algún momento problemático durante el desarrollo de la historia y finalmente proponer una forma alterna de resolver el problema en el juego.
<i>Conflicto</i>	Los familiares de una persona que se suicidio son interrogados para entender que ocurrió antes.
<i>Materiales:</i>	Disfraces, escenario, objetos.
<i>Roles</i>	Víctima, sospechosos, policías, detectives, médicos, familiares de la víctima, maestras y maestros de la víctima.
<i>Duración:</i>	2 horas

Durante el abordaje de esta temática se trabaja en la identificación de mitos que podrían interferir para ayudar a una persona suicida. A comprender no solo el rol del suicida, si no de sus familiares y la sociedad. Generando así una mayor comprensión del fenómeno y creando nuevos significados que ayudaran al niño a comprender que

una persona suicida requiere ayuda inmediata y que el suicidio no es una opción para terminar con los problemas.

Además de lo anterior, después de cada una de las sesiones se propone focalizar especial atención en aquellos niños que continúan presentando ideaciones negativas y que el especialista actúe como facilitador de cómo resolver las inquietudes y necesidades del infante mediante el juego para la modificación de sentidos y significados.

Evaluación de la efectividad del programa:

Por ser el presente estudio de naturaleza documental, se recomienda a futuros investigadores aplicar la presente propuesta al contexto real, como ya se ha mencionado preferentemente en grupos de niños que cursen el tercer grado de educación preescolar o hasta el tercer grado de educación primaria, así como en instituciones psiquiátricas de apoyo a niños con tendencias suicidas.

Se recomienda aplicar el instrumento de evaluación de significados de muerte y suicidio en niños a una muestra de mínimo 150 niños para evaluar la validez y confiabilidad de dicho instrumento.

Una vez verificada la validez y confiabilidad del instrumento, la aplicación de los instrumentos deberá ser antes y después de la implementación del programa para evaluar la efectividad del mismo. Así como realizar un seguimiento de cada uno de

los niños durante su adolescencia y juventud con la finalidad de evaluar si continúan manteniendo o no tendencias suicidas.

Cabe mencionar que es importante que el especialista este calificado para abordar el tema de suicidio en niños, puesto que el descuido en el manejo de significados y sentidos referentes a la muerte y el suicidio podría ocasionar en el infante confusión y el efecto contrario a lo que se desea lograr. Además, por ser la presente propuesta dirigida tanto a niños con tendencias suicidas como para aquellos niños que no las tienen, es importante evaluar que la transmisión de significados y sentidos no se establezcan de manera negativa, sino que, en conjunto con el especialista, los niños construyan nuevos significados de manera positiva. Es decir, tal como planteo Vygotsky (1933/1986), asegurar que exista un proceso de andamiaje en la construcción de nuevos conocimientos.

Conclusión.

Aunque las estadísticas de suicidio e intentos de suicidio en la población adulta y joven abarcan cifras más grandes que la población infantil, es importante tomar en cuenta que, la OMS realizó desde 1962 una política de no tabular la muerte de los niños menores de 8 años como suicidio. Por lo que no se han reportado como tal o se han reportado como accidentes. Esto indica que probablemente existen más casos de suicidio en niños de los que se ha reconocido hasta el momento.

Sin embargo, quizá la OMS haya decidido no tabular las muertes de infantes menores de 8 años como suicidios y permitir que se tabulen como accidentes por la complejidad en la evaluación de cada caso en cuanto a la intencionalidad y conciencia del término de la vida y muerte en el infante.

Ya que, la conducta suicida del niño y los significados del suicidio en el infante están estrechamente relacionados con la influencia sociocultural, ya que se mueven constantemente en la sugestión, donde la influencia de los demás logra el cumplimiento de lo que exige el otro en el sujeto.

Es por ello que resaltó nuevamente la importancia del trabajo preventivo e interventivo del suicidio mediante la exploración, reconocimiento, construcción y reconstrucción de los significados y sentidos de muerte y suicidio en el infante.

Ahora bien, las acciones preventivas deben tomar en cuenta el tipo de conductas que deben desarrollarse en cada una de las poblaciones, esto es, saber cuáles son las necesidades de cada población, cultura o país para modificar las conductas suicidas.

Sin embargo, las 2 medidas principales de prevención de la conducta suicida en México están enfocadas únicamente mediante programas de educación escolar y líneas de atención telefónica, las cuales, si bien han demostrado cierta efectividad en las poblaciones jóvenes y adultas, no se han aplicado del todo en poblaciones infantiles ni se han adecuado al conjunto de creencias sentidos y significados de cada niño en cada cultura a fondo.

Además, en México en materia de prevención de suicidio, existen más modelos tanto de prevención como de intervención del suicidio para población adolescente, joven y adulta, y, se ha dejado de lado la prevención desde edades tempranas.

La población infantil, específicamente menores de 10 años de edad, a pesar de no ser considerada estadísticamente entre la población de personas que presentan comportamientos suicidas o que han consumado el suicidio como tal, es una población que requiere ser reconocida para poder así, recibir la atención necesaria.

Cabe mencionar, que en México se cuenta únicamente con propuestas de prevención del suicidio desde la adolescencia pero no específicamente para infantes

menores a 10 años de edad, por lo que existe una necesidad real de crear nuevas formas de acercamiento a este sector de la población

Esto último es muy importante, ya que el desarrollo psicosocial no comienza desde etapas tardías, si no desde edades tempranas, la adquisición del dominio del signo construcción de sentidos y significados comienza desde la adquisición del lenguaje. Y, si el niño crece adquiriendo significados y sentidos negativos del suicidio y no se inserta en un proceso de andamiaje, continuara creciendo con los mismos, afectando así su calidad de vida.

Cabe mencionar que, a pesar de lo anterior, una de las principales dificultades de la presente propuesta de prevención es el tema delicado referente a la muerte y suicidio a abordar en los niños. El especialista debe estar calificado para abordar el tema de suicidio en niños, ya que el descuido del manejo de significados y sentidos referentes a la muerte y el suicidio podría ocasionar en los niños confusión y el efecto contrario a lo que se desea lograr.

Además, por ser la presente propuesta dirigida a niños tanto con tendencias suicidas como para aquellos niños que no las tienen, es importante evaluar que la transmisión de significados entre pares no se establezca de manera negativa, sino que, en conjunto con el especialista los pares establezcan nuevos sentidos y significados referentes a la muerte y suicidio de manera positiva.

Sin embargo, la presente propuesta por ser de naturaleza documental no se ha llevado a cabo en un contexto real, por lo que se propone a futuros investigadores llevarla a la práctica en un contexto real y evaluar la efectividad de la misma.

Así mismo, se sugiere evaluar la efectividad de la presente propuesta a través de la aplicación del inventario propuesto en los niños antes y después de la aplicación del programa. Además de realizar un seguimiento de los casos, evaluando si los niños que participan en el presente programa de prevención al crecer manifiestan o no tendencias suicidas.

Al llevar la presente propuesta al contexto real en las aulas o instituciones de salud mental, se espera que mediante el juego temático de roles, los niños no solo desarrollen una mejor comprensión de los diferentes roles sociales, si no que como mencionan los autores anteriormente mencionados desarrollen una actitud y pensamiento más crítico de sus formas de interacción y de los otros, y una capacidad de resolución de problemas pero además, que desarrollen empatía, capacidad de escucha, y ejerzan un control en el manejo y expresión de emociones y necesidades y para la regulación de la conducta. Y, mediante lo anterior se puedan modificar los sentidos y significados referentes a la muerte y suicidio de manera positiva.

Una de las fortalezas del presente estudio de naturaleza documental, es el planteamiento de una nueva forma de prevención de la conducta suicida en niños a partir de la modificación y creación de los significados y sentidos de muerte y suicidio de manera positiva en niños a través del modelo histórico cultural de manera lúdica

mediante el juego de roles como actividades rectoras entre las edades trabajadas .Así como el reconocimiento de que los pensamientos, ideaciones y conductas suicidas pueden generarse desde edades tempranas y manifestarse o detectarse en edades posteriores.

Lo anterior se pretende lograr con el reconocimiento de la etapa de desarrollo real en que se encuentra el infante y mediante la ayuda de las interacciones con el especialista experto que juega un papel de andamiaje en la construcción de nuevos conocimientos referentes a la muerte el suicidio y a habilidades que permitan generar nuevas formas de resolución de problemas en los niños para llegar al siguiente nivel de desarrollo.

El principal aporte, de esta propuesta es, romper con los mitos referentes a la muerte y suicidio. Actualmente aún continúan manteniéndose ciertos mitos referentes a la conducta suicida que obstaculizan la prevención de la conducta suicida ya que muchos poseen sentidos y significados negativos de la muerte y el suicidio.

Tocar el tema de suicidio desde edades tempranas con ayuda de los profesionales para generar nuevos sentidos y significados. Lograr un desarrollo psicológico y social pleno en el niño para que continúe desarrollándose de manera sana en etapas posteriores. Y, sobre todo, reconocer la importancia de la consideración del sector de la población infantil.

Referencias bibliográficas:

- Aguila, A. (2017). *La Ballena Azul. El reto de las redes sociales que incita al suicidio*. Mayo, 2017, de Instituto Hispanoamericano de Suicidología. Sitio web: <http://www.suicidologia.com.mx/wp-content/uploads/2017/05/La-Ballena-Azul-vweb-suicidologia.pdf>
- AMS. (2017). *Necesitas ayuda*. Agosto, 2017, de Asociación Mexicana de suicidología. Sitio web: <https://suicidologia.org.mx/necesitas-ayuda/>
- Así son los 50 retos del mortal juego la Ballena Azul. (2017, 9 de Mayo). *La prensa*. Recuperado de: <http://www.laprensa.hn/virales/1069526-410/as%C3%AD-son-los-50-retos-del-mortal-juego-de-la-ballena-azul>
- AVALIA-T. (2010). *La conducta suicida. Información para pacientes, familiares y allegados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- AVALIA-T. (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e igualdad.
- Barón, O. (2000). *Adolescencia y suicidio*. *Psicología desde el Caribe*. Redalyc, 6, pp. 48-69.
- Bandura, A. (1973). *Agression: a social learning analysis*. EE. UU: Prentice- Hall.
- Bellack, L. (1993). *Aplicación a estados específicos. Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno
- Bobes, J., Saiz, P., García- Portilla, M., Bascarán, M., & Bousoño, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. España: Ars médica.
- Boyd, N. (1991). *Play therapy with children in crisis. A case book for practitioners*. EE.UU: Gilford Press.

- Brell, M. (2006). *Juegos de rol*. Educación social, 33, pp. 104-113.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. EE.UU: Harvard University Press.
- Buitrago, C & Constanza, S. (2011). *Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes*. Redalyc, 11, pp.62-67.
- Casas, F. (1998). *La infancia como concepto y como realidad*. En Infancia: perspectivas psicosociales. (pp.23-27). España: Paidós.
- Casullo, M. (2004). *Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social*. Scielo, 7, pp. 173-182.
- Centro de Consulta sobre Salud Mental Infantil. (2013). El temperamento del bebé y del niño pequeño. Marzo, 2017, de Universidad de Georgetown. Sitio web: https://www.ecmhc.org/documents/CECMHC_IT3_Toddler_Spanish.pdf
- Christensen, C. (1995). *Intencionalidad suicida*. (Tesis de pregrado). Universidad de Aconcagua, Argentina.
- Cruz, F., Roa, V. (2005). *Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis Desde el Enfoque Constructivista Evolutivo*. (Tesis de pregrado). Universidad de Chile: Chile.
- Cuervo, A., Izzedin, R. (2007). *Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños*. Redalyc, 2, pp. 35-47.
- De la Torre, M. (2013). Evaluación: Instrumentos y valoración del riesgo. En *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. (pp. 5-20). España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Delval, J. (1988). *Sobre la historia del estudio del niño*. En Infancia y aprendizaje. (pp.59-108). España: Universidad Autónoma de Madrid.

- Dres, E., Gilardon, A., Del Pino, M., Di Candia, A., Fano, V., Krupitzky, S., Fernandez, M., & Orazi, V. (2004). *El desarrollo del niño. Una definición para la reflexión y la acción*. Scielo, 102, p. 4.
- Duarte, E & Rubio, I. (2010). *Depresión infantil*. 2017, de Asociación Mexicana de Tanatología. Sitio web: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/08%20Depresion%20infantil.pdf>
- Durkheim, E. (1994). *El suicidio*. México: Ediciones Coyoacán
- Egea, G. (2011). *Autopsia psicológica en niños y adolescentes con conductas suicidas*. EDUCOSTA, 2, pp. 67-74.
- Elkonin, D. (1978). *Psicología del juego*. España: Visor.
- Ellis, T. (2006). *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*. México: Manual moderno.
- Erausquin, C., Sulle, A., & García, L. (2016). *La vivencia como unidad de análisis de la conciencia: sentidos y significados en trayectorias de profesionalización de psicólogos y profesores en comunidades de práctica*. (Tesis de doctorado). Universidad de buenos Aires: Argentina.
- Erikson, E. (1902/1994). *Juego y desarrollo*. España: Editorial Crítica.
- Fuentes, M. (2016 04 de Octubre). Depresión: Un signo de alarma. *Excélsior*, p.17.
- Garaigordobil, M. (1995). *Una metodología para la utilización didáctica del juego en contextos educativos*. Comunicación, Lenguaje y Educación, 25, p. 91-105.
- Gil, C. (2010). *El juego de rol aplicado a la educación ambiental*. Revista digital para profesionales de la enseñanza. Recuperado de: <http://www2.fe.ccoo.es/andalucia/docu/p5sd7055.pdf>

- Giménez, G. (2008). *Cultura, identidad y memoria: Materiales para una sociología de los procesos culturales*. Scielo, 41, pp. 1-27.
- Girard, K., Koch, S. (1997). *Resolución de conflictos en las escuelas: Manual para educadores*. Argentina: Granica.
- Guibert, W. (2002). *El suicidio; Un tema complejo e íntimo*. Cuba: Científico técnica.
- Harre, R., Lamb, R. (1992). *Diccionario de psicología social y de la personalidad*. México: Paidós
- Hernández, R. (2012). *El juego de roles y los dilemas morales para fomentar valores en los niños de primer grado de primaria*. (Tesis de pregrado). Universidad pedagógica nacional: México.
- Hijar, M., Blanco, J., Carrillo, C., & Rascón, A. (1998). *Mortalidad por envenenamiento en niños*. 2017, de Instituto Nacional de Salud Pública en México Sitio web: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6098/7153>
- INEGI. (2016). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. 2017, de INEGI Sitio web: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/suicidio2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día del niño*. 2017, de INEGI Sitio web: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/ni%C3%B1o2017_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. 2017, de INEGI Sitio web: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/suicidios2017_Nal.pdf

- León de Vitoria, C. (2007). *Secuencias de desarrollo integral infantil*. Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello.
- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. España: Díaz de Santos S.A.
- Martin, X. (1992). *El Role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social*. *Comunicación, lenguaje y educación*, 15, pp. 63-67.
- Martínez, M., & Molina, M. (2015). *El temperamento*. 2017, de Paidopsiquiatría.cat
Sitio web: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/modulo-7_temperamento.pdf
- Merino, J., Torreblanca, C., & Torres, M. (2017). *México tiene un máximo histórico de suicidios*. 2017, de Nexos. Sitio web: <https://parentesis.nexos.com.mx/?p=141>
- Meza, L. (2013). *La zona de desarrollo próximo*. En *La zona de desarrollo próximo* (pp. 161-166). Costa Rica: Instituto tecnológico de Costa Rica
- Miles, A., Williams, k. (2001). *La infancia y su desarrollo*. EUA: Delmar Thomson learning.
- Morán, R. (2006). *Educándonos con desordenes emocionales y conductuales*. Puerto Rico: Editorial UPR.
- Morrison, G. (2005). *Educación infantil*. España: Pearson Prentice Hall.
- Navarro, V. (2002). *El afán de jugar: Teoría y práctica de los juegos motores*. España: INDE Publicaciones.
- OMS. (2006). *Prevención del suicidio; Recursos para consejeros*. EUA: World Health Organization
- OMS. (2017). *Suicidio*. 2017, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es>

- Ortega, J. (2014). *Factores implicados al suicidio*. En Ideas suicidas en niños víctimas de bullying. (pp. 22-26). Guatemala: Universidad Rafael Landívar.
- Pfeffer, C. (1986). *Suicidal behavior of children*. EE. UU: Guilford.
- Peñarrieta, R., Faysse, N. (2006). *Pautas generales para la elaboración, uso y empleo de juego de roles en procesos de apoyo a una acción colectiva*. Bolivia: ETREUS
- Pérez, S. (1999). *Suicidio, comportamiento y prevención*. Revista cubana de medicina general e integral, 15, pp.196-217.
- Pérez, S. (2005). *Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos*. Revista Colombiana de psiquiatría, 34, pp.386-394.
- Piaget, J. (1986). *Seis estudios de psicología*. España: Editorial Ariel.
- Piedrahita, S., Paz, L., Mayerling, K., & Romero, A. (2012). *Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto*. Redalyc, 17, pp. 136-148.
- Quintanar, F. (2007). *Comportamiento suicida: Perfil psicológico y posibilidad de tratamiento*. México: Editorial pax México.
- Raheb, C. (2001). *Conducta suicida en niños y adolescentes*. 2017, de Psiquiatría Centro Londres sitio web:
http://www.centrelondres94.com/files/Conducta_suicida.pdf
- Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano*. México: Pearson Prentice Hall.
- Robles, J., Acinas, M., & Pérez, J., & Gancedo, J. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. España: Editorial Síntesis.

- Rosas, D., Amezquita, C., & Conde, G. (2014). *Una propuesta para la prevención del bullying a través del juego temático de roles*. Revista internacional magisterio, 6, pp. 56-60.
- Santrok, J. (2006). *Psicología del desarrollo*. El ciclo vital. España: Mc Graw Hill.
- Sharry, J., Darmody, M., & Madden, B. (2002). *A solution focused approach to working with clients who are suicidal*. British Journal of Guidance & Counseling, 30, 4. Pp. 383 - 399.
- Solovieva, Y., Quintanar, L. (2012). *La actividad de juego en la edad preescolar*. México: Trillas.
- Tomas, J. (2007). *Trastorno depresivo infantil*. 2017, de Psiquiatría Centro Londres
Sitio web: http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf
- Torrico, E., Santin, C., Villas, Menéndez, S., & López, J. (2002). *El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología*. Anales de Psicología, 18, pp. 45-59.
- Ulloa, F. (1993). *Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes*. Rev. Chilena de pediatría, 64, pp. 272 - 276.
- UNICEF. (1984). *El desarrollo del niño en la primera infancia*. 1999, de UNESCO
Sitio web: <http://unesdoc.unesco.org/images/0006/000695/069549so.pdf>
- UNICEF. (2013). *La infancia*. 2017, de UNICEF México Sitio web: <https://www.unicef.org/mexico/spanish/ninos.html>
- Valdivia, A. (2015). *Suicidología; Prevención, tratamiento psicológico e investigación de procesos suicidas*. Colombia: Editorial UPC.

- Vergel, R. (2014). *El signo en Vygotsky y su vínculo con el desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Universidad pedagógica nacional, 39, pp. 65-76.
- Vygotsky, L. (1930/1984). *Obras escogidas tomo II; Pensamiento y Lenguaje*. España: Visor.
- Vygotsky, L. (1931/1986). *Obras escogidas tomo III; Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. URSS: Academia de ciencias pedagógicas de la URSS.
- Vygotsky, L. (1933/1986). *Obras escogidas tomo IV; Psicología infantil*. España: Visor.
- Zañartu, C., Kramer, C & Wietstruck, M. (2008). *La muerte y los niños*. Child Pediatric, 79, pp. 393-397.

ANEXO 1. Ejemplo de instrumento de evaluación suicida

6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

Autores	A. T. Beck, D. Schuyler, I. Herman.
Referencia	<i>Development of suicidal intent scales</i> . En: Beck AT, Resnick HLP, Lettieri DJ, eds. The prediction of suicide. Bowie: Charles Press, 1974; 45-56.
Evalúa	Características de la tentativa suicida.
Nº de ítems	20.
Administración	Heteroaplicada.

DESCRIPCIÓN

- La SIS es una escala diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones, etc.), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa de suicidio, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa.
- Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems, que se valoran en una escala de 3 puntos (de 0 a 2 puntos).
- Se recomienda su utilización en personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- Consta de tres partes bien diferenciadas:
 - Parte objetiva (circunstancias objetivas relacionadas con la tentativa de suicidio) (ítems 1 a 8).
 - Parte subjetiva: expectativas durante la tentativa de suicidio (ítems 9 a 15).
 - Otros aspectos (ítems 16 a 20).
- Es un instrumento heteroaplicado.

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa.
- La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en los ítems 1 al 15 (los 5 últimos ítems no puntúan).
- No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

1

I. Circunstancias objetivas
1. <i>Aislamiento</i> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i> 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i> 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i> 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i> 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i> 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)
II. Autoinforme
9. <i>Propósito supuesto del intento</i> 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza 1. Componentes de 0 y 2 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. <i>Expectativas sobre la probabilidad de muerte</i> 0. Pensó que era improbable 1. Posible pero no probable 2. Probable o cierta
11. <i>Concepción de la letalidad del método</i> 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. <i>Seriedad del intento</i> 0. No intentó seriamente poner fin a su vida 1. Inseguro 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck
(Suicide Intent Scale, SIS)

2

13. <i>Actitud hacia el vivir/morir</i> 0. No quería morir 1. Componentes de 0 y 2 2. Quería morir
14. <i>Concepción de la capacidad de salvamento médico</i> 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica
15. <i>Grado de premeditación</i> 0. Ninguno, impulsivo 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento
III. Circunstancias subjetivas
16. <i>Reacción frente al intento</i> 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza 1. Acepta tanto el intento como su fracaso 2. Rechaza el fracaso del intento
17. <i>Preconcepciones de la muerte</i> 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte
18. <i>Número de intentos de suicidio previos</i> 0. Ninguno 1. 1 o 2 2. 3 o más
19. <i>Relación entre ingesta de alcohol e intento</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento
20. <i>Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)</i> 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

ANEXO 2. Ejemplo de escala de depresión

Inventario de Depresión de Beck

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:
