

878525

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO 5

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



"LA EXISTENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA EN UNA
MUESTRA DE NIÑOS MEXICANOS DE 9 - 10
AÑOS DE EDAD"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :
BIANCA MANRIQUE LÓPEZ

DIRECTORA DE TESIS:
BERTHA ELNORA JIMÉNEZ ARRIETA

MÉXICO, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003

A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mi mamá; porque tu fortaleza y tu infatigable capacidad para dar me han empujado siempre hacia adelante. En ti tengo a mi gran compañera.

A mi papá, porque me has enseñado que no existe un reto demasiado grande y porque contigo de la mano aprendí a atreverme. Tenerte junto a mí es un regalo.

A ambos, porque su amor incondicional es estrella en mi camino, por la escalera y el par de alas y porque este logro es suyo también.

A mi Abue Chene, Abue Enri, Pachus y Papá Limón, porque viven en mí y por el lugar tan importante que ocupan en mi corazón; especialmente a ti Pachus, porque aún sin estar aquí sigues inspirándome.

A Nana, a mis tíos, a mis primos y a mis amigos, por compartir el día a día conmigo, por todo lo que de ustedes aprendo y por la alegría que me da saberlos parte de mi vida.

A Paulo, por tu presencia y apoyo incansables, por el abrigo y el consuelo, por las metas logradas y las que han de venir y por el amor que hoy llena mi corazón.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

A Adriana, Gina, Lupita, Amy y Fer, por recorrer conmigo este camino que emprendimos juntos hace más de 5 años y que ha llegado al final de una etapa, a la que seguirán muchas otras que espero compartamos también; pero sobre todo, por la gran amistad que encontré en cada uno de ustedes.

A Elnora, porque tus conocimientos, tu experiencia y tu tiempo dedicados están impresos en mí y en estas páginas.

A mis maestros porque permitieron que mi sueño se hiciera palpable y porque han tocado profundamente mi vida.

A Adriana, Aline, Ceci, Ernesto, Laura Elena, Lucy y Sonia, como agradecimiento por su valiosa ayuda en la realización de este trabajo.

A todos aquellos que creyeron en mí y que me impulsaron siempre a dar lo mejor...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C

Índice

1	Introducción	4
2	Infancia intermedia	8
2.1	Periodo de Latencia	8
2.2	Desarrollo físico	10
2.3	Desarrollo intelectual	11
2.3.1	Etapa de las operaciones concretas	11
2.3.2	Desarrollo moral	13
2.3.2.1	Etapa de la moralidad autónoma de Piaget	13
2.3.2.2	Nivel de moralidad preconventional de Kohlberg	13
2.3.3	Desarrollo de otras habilidades	14
2.4	Desarrollo social	15
2.4.1	Industria vs. Inferioridad	16
2.5	Desarrollo emocional	17
2.5.1	Desarrollo de la autoestima	17
2.5.2	Desarrollo del autocontrol y de la tolerancia a la demora	19
2.5.3	Agresión	19
3	Depresión	21
3.1	Definición general	21
3.1.1	Definición de depresión infantil	23
3.2	Etiología	25
3.2.1	Enfoques cognitivos y conductuales	25
3.2.2	Enfoques psicosociales	26
3.2.3	Enfoques biológicos	27
3.2.4	Enfoque psicoanalítico	28
3.2.4.1	Las contribuciones de Abraham	28
3.2.4.2	Los trabajos de Freud	29
3.2.4.3	Teoría estructural de Rado	31
3.2.4.4	Depresión y psicología del yo	32
3.2.4.5	Teoría de las relaciones objetales	34
3.2.4.6	Modelo de pérdida de objeto	35

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3	<i>Síntomas</i>	38
3.4	<i>Clasificación</i>	40
3.5	<i>Diagnóstico</i>	43
4	<i>Suicidio</i>	48
4.1	<i>Generalidades</i>	48
4.1.1	Aspectos históricos	48
4.1.2	Definición	50
4.2	<i>Aproximaciones teóricas sobre el suicidio</i>	51
4.2.1	El punto de vista sociológico	52
4.2.2	Modelo cognitivo del suicidio	53
4.2.3	El punto de vista psicoanalítico	54
4.2.3.1	Explicaciones psicoanalíticas sobre el suicidio en la etapa de latencia	56
4.3	<i>Consideraciones acerca del suicidio infantil</i>	58
4.3.1	Formación del concepto de muerte en el niño	58
4.3.2	Estudios estadísticos	62
4.3.2.1	El suicidio infantil en México	62
4.3.2.2	La prevalencia de la ideación suicida	65
4.3.3	Claves para la detección de la ideación suicida	66
4.3.4	Factores de riesgo	66
4.3.5	La impulsividad como componente principal del suicidio en niños	69
4.3.6	Trastornos fronterizos en la niñez	71
5	<i>Metodología</i>	74
5.1	<i>Objetivo general</i>	74
5.1.1	Objetivos específicos	74
5.2	<i>Hipótesis</i>	74
5.3	<i>Tipo de estudio</i>	75
5.4	<i>Población</i>	75
5.4.1	Muestra	75
5.5	<i>Instrumento</i>	76
5.6	<i>Variables</i>	76
5.6.1	Tipo	76
5.6.2	Definición conceptual	77
5.6.3	Definición operacional	77

5.7	Procedimiento	77
5.7.1	Elaboración de la escala	77
5.7.2	Procedimiento posterior	84
5.8	Análisis de los resultados	85
6	Resultados	86
7	Discusión	94
8	Alcances, limitaciones y sugerencias	99
9	Conclusiones	102
10	Bibliografía	107
11	Anexos	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I Introducción

"Mientras hay vida hay esperanzas y mientras hay esperanzas hay nuevas oportunidades de existencia"

N. Farberow

La muerte, un fenómeno natural en la existencia humana y que se cumple, sin excepción, en cada individuo. A través de los años, una lucha continua ha sido librada por el hombre para tratar de vencer o burlar a la muerte; al combatirla, ha hecho uso de la ciencia, la religión, la filosofía, etc. y sin embargo, sus esfuerzos únicamente le han alcanzado para posponerla. Es por esta razón, que resulta difícil entender por qué alguien desearía quitarse la vida por su propia mano.

El tema del suicidio siempre es actual, y al igual que el de la vida, rebasa las fronteras y el tiempo. A pesar de que alcanza nuestra cotidianeidad en forma creciente, nos conmueve la muerte, nos conmueve constatar la angustia de quienes ya no desean vivir; nos lleva a preguntarnos qué fuerza misteriosa lleva a una persona a violar una de las más básicas nociones de la naturaleza humana: el instinto de supervivencia. Además, no sólo nos conmueve, todo suicidio nos culpa, nos señala, nos cuestiona; de ahí que sea tan común que se oculte, que evite hablarse del tema, que se niegue.

La preocupación de matarse, los intentos y en general la conducta propiamente destructiva forman parte del mismo fenómeno: el suicidio. A pesar de que es un hecho comprobado que la depresión y el suicidio se presentan también en niños, tanto por las razones antes mencionadas, como por lo doloroso que resulta, se ha tratado de hacer desaparecer o trivializar cualquier estado con tonalidad depresiva o conductas autodestructivas en los niños.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es precisamente por esta razón, que el presente trabajo se interesa particularmente por verificar si la ideación suicida se presenta en niños, considerando que puede ser éste un primer paso en pro de la prevención del suicidio en esta población. Para este fin, es necesario primero lograr que la existencia de la ideación suicida sea aceptada, ya que resulta difícil estudiarla y medirla por ser un tanto subjetiva. Es justamente por ello, que uno de los objetivos de este trabajo fue la creación de un instrumento para el fin antes mencionado.

Otro objetivo consiste en encontrar diferencias de género en los niveles de ideación suicida, para tratar de detectar si algún sector de la población está en una situación de mayor riesgo, siendo dicho sector el prioritario en cuanto a prevención se refiere.

Para lograr los objetivos anteriormente mencionados se realizó esta investigación en 2 primarias oficiales pertenecientes a la zona 13 del sector escolar 100. Participaron en ella un total de 185 niños, de los cuales 94 fueron hombres y las 91 restantes fueron mujeres. Así mismo, se trató de un estudio no experimental, con un diseño de investigación transversal correlacional, en el que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único y cuyo propósito es describir relaciones entre dos o más variables y analizar su incidencia en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

En cuanto al contenido de los diferentes capítulos, tenemos que al estudiar la ideación suicida en niños de 9 y 10 años de edad, es importante, como punto de partida, conocer las características generales de la etapa en la cual se encuentran. Por este motivo, es que el primer capítulo se dedica a explorar algunas de las generalidades de la infancia intermedia, tales como el desarrollo físico, intelectual, social y emocional del niño.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte, la depresión ha probado tener una asociación estrecha y directa con el suicidio, y aunque por sí sola no puede explicar en su totalidad este fenómeno, la mayoría de las investigaciones coinciden en que, en muchos casos, puede ser la raíz del comportamiento suicida. Por esta razón, el marco teórico también incluye un capítulo con la definición, la etiología, los síntomas, la clasificación y el diagnóstico de la depresión infantil.

El capítulo 3 corresponde al suicidio y retoma los aspectos históricos en relación con éste, su definición, las principales aproximaciones teóricas que sobre él se han hecho, como son: el sociológico, el cognitivo y el psicoanalítico; también incluye un apartado especial sobre algunas consideraciones acerca del suicidio infantil, como son la formación del concepto de muerte en el niño, estudios estadísticos, su incidencia en México, la prevalencia de la ideación suicida, los factores de riesgo, la impulsividad como su principal componente y los trastornos fronterizos en la infancia.

La metodología de la investigación se desarrolla en el cuarto capítulo y dicha metodología presenta tanto el objetivo general como los objetivos específicos, las hipótesis, el tipo de estudio y su diseño, la población y su respectiva muestra, el instrumento empleado, las variables en sus definiciones conceptual y operacional, el procedimiento y por último, el análisis de los resultados.

Posteriormente en el capítulo 5 se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación. Este capítulo incluye los puntajes, la distribución percentilar general y por sexos, el intervalo de confianza para la proporción de la población y finalmente, la prueba de hipótesis para la diferencia de dos medias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el capítulo 6, se discuten los resultados obtenidos, haciendo una integración de éstos con el marco teórico y los hallazgos de las investigaciones ahí descritos. Del mismo modo, el siguiente capítulo contiene los alcances, las limitaciones y las sugerencias. Dentro de los alcances destacan la verificación de la existencia de la ideación suicida en la población señalada y la creación de un instrumento válido y confiable para su medición, los cuales plantean la posibilidad de hacer algo que pueda, aunque sólo sea en cierta medida, prevenir el suicidio. En cuanto a las limitaciones, éstas son principalmente de tipo metodológico y por último, se incluyen algunas sugerencias que permitan mejorar y profundizar esta investigación en un futuro.

Finalmente, en el último capítulo se presentan las conclusiones extraídas a partir de la realización de este trabajo y de los resultados que de dicha investigación se obtuvieron.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2 Infancia intermedia

2.1 Período de Latencia

Diversos autores que se encargaron del estudio del desarrollo infantil consideran que los niños entre los 9 y los 10 años de edad se encuentran en la etapa de la infancia intermedia. Por otro lado, dentro de la corriente psicoanalítica, en la postulación del desarrollo de la personalidad en etapas psicosexuales, se considera que entre la etapa fálica y la etapa genital se encuentra el período de latencia; los niños de las edades antes mencionadas se encuentran precisamente en este período.

La interpretación literal del término *período de latencia* significa que estos años están desprovistos de impulsos sexuales, es decir, que la sexualidad está latente. Sin embargo, Blois (1962) considera que esta interpretación ha sido corregida por la evidencia clínica y afirma que lo que en verdad cambia durante el período de latencia es el incremento del control del yo y del superyó sobre la vida instintiva. La actividad sexual se encuentra un tanto relegada, ya que está superada por la emergencia de una variedad de actividades del yo, sublimatorias, adaptativas y defensivas por naturaleza.

A este respecto, Anna Freud (1951) sostiene que el niño no es más el ser principalmente instintivo que era, ya que ha adquirido capacidades y poderes que le permiten observar, interpretar y registrar los sucesos del mundo externo y del interno y controlar las respuestas que ante los mismos se adoptan. Durante este período la conducta se ve tan determinada por las acciones del yo, como durante los primeros años estuvo dominada por los instintos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ahora, en lugar de tener que buscar constantemente satisfacción o tener que controlar deseos peligrosos, el yo del niño está en libertad para expandirse y desarrollarse, para usar su inteligencia y la energía de que dispone en otras direcciones.

La dependencia en el apoyo paterno para los sentimientos de valía y significación son reemplazados progresivamente durante el período de latencia por un sentido de autovaloración que se deriva de los logros y del control que gana la aprobación social (Blos, 1962). De acuerdo con Anna Freud (1951), este proceso de identificación conduce a la construcción gradual de un nuevo agente crítico interior al niño que guarda relación sobre todo con las actitudes morales y éticas, y ejerce la función de conciencia del niño → el superyó.

A la par de estos desarrollos, las funciones del yo adquieren una mayor resistencia a la regresión y actividades significativas del yo, como son la percepción, el aprendizaje, la memoria y el pensamiento, se consolidan más firmemente en la esfera libre de conflicto del yo¹ (Hoffman, Paris y Hall, 1995).

De acuerdo con Blos (1962), los logros anteriormente mencionados del período de latencia representan una precondition esencial para avanzar hacia la adolescencia. Durante la latencia se establecen nuevas avenidas para la gratificación y el control del ambiente mediante el desarrollo de la competencia social y de capacidades físicas y mentales nuevas.

¹ La integran las llamadas funciones autónomas del yo como son la percepción, la atención, la inteligencia, la interaccionalidad, la memoria, el lenguaje, la motricidad y la sensación. La autonomía implica la libertad de deterioro de estas operaciones en cuanto a la intrusión de conflicto, de ideación, de afecto y/o de pulsiones (Rau, 1979).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2 Desarrollo físico

El desarrollo corporal durante la niñez afronta una desaceleración bastante sensible, aunque permanece constantemente activo y, si bien las habilidades motoras continúan mejorando, los cambios son menos notables en esta etapa que en las precedentes. Sin embargo, según Canova (1988) hacia los 8 años el niño entra en el periodo del segundo engrosamiento que durará hasta que se aproxime la pubertad.

En opinión de Canova (1988), ya desde el noveno al décimo año es posible entrever en el niño lo que será su tipo constitucional definitivo. No obstante, en esta etapa, por lo general, las niñas son más altas y pesadas que los niños hasta cuando éstos comienzan su crecimiento, alrededor de los 12 o 13 años, y las sobrepasan.

En la infancia intermedia se observan diversas diferencias con respecto a la primera infancia como son: visión más aguda, la mayor parte de los dientes permanentes ya han hecho su aparición, la mayoría de los órganos sufren notables incrementos tanto en su peso como en sus funciones, sus habilidades motoras son más refinadas y las diferencias a este respecto entre niños y niñas se hacen más evidentes, siendo que los niños son en promedio más fuertes, saltan más alto y lanzan pelotas más lejos; mientras que las niñas superan a los niños en las destrezas que requieren flexibilidad, equilibrio y movimientos rítmicos (Hoffman et al., 1995).

Como podemos observar, un niño que se encuentra en la etapa de la infancia intermedia tiene características particulares que lo diferencian de niños en otras etapas. Así como un niño de 9 o 10 años de edad tiene particularidades físicas, también las tiene a nivel intelectual, social y emocional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3 Desarrollo intelectual

2.3.1 Etapa de las operaciones concretas

Piaget (1967), definió una operación cognoscitiva como una actividad mental interna que ejecuta una persona sobre sus objetos de pensamiento para llegar a una conclusión lógica. Dicho autor identificó cuatro periodos de desarrollo cognoscitivo: la etapa sensoriomotora (del nacimiento a los 2 años de edad), la etapa preoperacional (2 a 7 años de edad), la etapa de las operaciones concretas (7 a 11 años de edad) y la etapa de las operaciones formales (de los 11 años en adelante). A continuación se describen las ideas de Piaget con respecto a la etapa de las operaciones concretas, por ser ésta la que corresponde a las edades de nuestro grupo de interés.

Durante el periodo de las operaciones concretas, los niños comienzan a adquirir operaciones cognoscitivas y aplican estas nuevas habilidades cuando piensan sobre los objetos y situaciones que han visto, escuchado o experimentado de alguna otra manera. Este cambio es un punto decisivo, porque en ese momento los niños son capaces del pensamiento lógico; aunque sólo pueden aplicar la lógica a los objetos concretos, su pensamiento se ha vuelto flexible (Piaget, 1967).

De acuerdo con Hoffman et al. (1995), es también en este periodo en el que se establece la noción de la conservación, que se define como la capacidad de darse cuenta de que ciertas cantidades no cambian a menos que se añada o quite algo. Esta nueva capacidad se relaciona con la descentralización² y con la reversibilidad de pensamiento³.

² Poder ignorar algunas de las exigencias y enfocarse en más de un aspecto de una situación cuando se buscan respuestas para un problema (Piaget, 1967).

³ Capacidad de negar mentalmente los cambios que se han presenciado para hacer comparaciones entre antes y después y considerar la forma en que los cambios han alterado la situación (Hoffman et al., 1995).

Los niños que emplean las operaciones concretas pueden seguir respondiendo en forma egocéntrica (característica del periodo preoperacional), pero ahora se percatan mucho más de las perspectivas de otros. Del mismo modo, se percatan más de las bases biológicas de la vida y no atribuyen vida a objetos inanimados (Canova, 1988).

El egocentrismo declinante y la adquisición de la capacidad para realizar operaciones cognitivas reversibles, también permiten a los niños en esta etapa clasificar objetos en varias dimensiones y ordenar objetos en dimensiones cuantitativas en forma mental (Piaget, 1967). Shaffer (1999) agrega que dichos niños pueden darse cuenta de que algunas clases están relacionadas entre sí de manera jerárquica, tal que caben unas dentro de otras y de que cada clase de objetos puede descomponerse y recomponerse de nuevo.

Por su parte, Mussen, Conger y Kagan (1982), señalan varias características que un niño en esta etapa adquiere en cuanto a la solución de problemas:

- Es capaz de reconocer la naturaleza y el grado de dificultad del problema y de ajustar su propio esfuerzo de acuerdo a ésta.
- Puede descartar hipótesis ineficaces y buscar sistemáticamente mejores hipótesis.
- Activa estrategias para la solución.
- Procesa más rápidamente la información.
- Puede controlar mejor la distracción y la ansiedad.

De acuerdo con Piaget (1967), al terminar la etapa de las operaciones concretas, el niño está listo para entrar a la cuarta y última etapa de desarrollo cognoscitivo: la etapa de las operaciones formales, que es cuando el individuo comienza a pensar de manera más racional y sistemática sobre conceptos abstractos y sucesos hipotéticos.

2.3.2 *Desarrollo moral*

2.3.2.1 *Etapas de la moralidad autónoma de Piaget*

Piaget, 1965 (citado en Shaffer, 1999) considera que el concepto de moralidad en los niños se desarrolla en dos etapas principales: la moralidad heterónoma, que coincide con la etapa preoperacional y que se rige por juicios simples y rígidos, y la moralidad autónoma que coincide con la etapa de las operaciones concretas.

La moralidad autónoma o moralidad de cooperación se caracteriza por la flexibilidad moral. A medida que el niño madura e interactúa con otras personas, piensa en forma menos egocéntrica y tiene contacto con un amplio rango de puntos de vista. De esta manera, los niños concluyen que no hay ningún estándar moral absoluto inmodificable, sino que las reglas están hechas por la gente y pueden ser cambiadas (Rau, 1979).

También dentro de esta etapa, los juicios sobre lo bueno y lo malo dependen más de la intención detrás de la acción (Hoffman et al., 1995). Así mismo, Cueli, Reidl, Martí, Lartigue y Michaca (1972) sostienen que aquí, la moralidad se basa en lo que se espera que sea justo; las transgresiones no siempre se castigan, pero un castigo justo no sería arbitrario.

2.3.2.2 *Nivel de moralidad preconventional de Kohlberg*

Kohlberg en 1984 (citado en Mussen et al., 1982), en su teoría de cómo el niño en el crecimiento sostiene sus juicios morales, dividió el desarrollo del razonamiento moral en 3 niveles: moralidad preconventional, moralidad convencional y moralidad postconventional; cada uno de los niveles anteriores se divide en dos etapas.

El nivel I, que va de los 4 a los 10 años de edad, corresponde a la moralidad preconventional, en la cual el énfasis está en el control externo. En dicho nivel la moralidad se considera como cuestión de conservar la aprobación de los demás, evitar el castigo y de mantener buenas relaciones con ellos u obtener compensaciones.

Dentro de la moralidad preconventional encontramos dos etapas: la de orientación hacia el castigo y la obediencia, y la del propósito instrumental e intercambio. Los niños que tienen entre 9 y 10 años de edad se encuentran, por lo regular, en la segunda etapa de dicho nivel. En esta etapa los niños se ajustan a reglas ajenas a su propio interés y consideración por lo que los demás pueden hacer por ellos; es decir, siguen las reglas a fin de obtener recompensas o satisfacer objetivos personales (Shaffer, 1999).

2.3.3 *Desarrollo de otras habilidades*

A lo largo de la infancia intermedia ocurren una gran cantidad de cambios a nivel intelectual, que se traducen en la adquisición de nuevas habilidades o en el perfeccionamiento de las habilidades ya existentes.

En lo que al lenguaje se refiere, durante esta etapa, los niños corrigen muchos de los errores sintácticos previos y comienzan a usar formas gramaticales complejas que no aparecían en su habla anterior. De modo que la infancia intermedia es, como lo menciona Shaffer (1999), un periodo de perfeccionamiento sintáctico. Otro de los cambios a este respecto es el desarrollo del vocabulario, ya que lo amplían a un ritmo de casi 20 palabras por día, aún cuando no usen todas las palabras nuevas en su habla, ya que lo que han obtenido es un conocimiento morfológico o conocimiento del significado (Canova, 1988).

De acuerdo con Hoffman et al. (1995), los niños en esta etapa también son cada vez más competentes en elaborar inferencias lingüísticas que les permiten entender más de lo que en realidad se dijo.

Canova (1988) considera que a medida que el proceso de pensamiento de los niños se vuelve sofisticado, miran los objetos de forma sistemática y atienden a los aspectos más importantes. Van aprendiendo paulatinamente a adaptar su atención a sus metas por medio de la atención selectiva, de manera que se acelere el proceso.

De acuerdo con Hoffman et al. (1995), la memoria a corto plazo muestra pocas mejoras después de los 4 o 5 años; la mayoría de los adelantos tienen lugar en la memoria a largo plazo por tres razones principales. Primero, se vuelven hábiles en integrar nueva información a lo que ya saben sobre el mundo; después adquieren y utilizan métodos cada vez más eficientes de guardar y recuperar la información, y por último, desarrollan la conciencia de los factores que influyen en su habilidad de recordar.

2.4 Desarrollo social

"No tener amigos, escribe Rau (1979, p. 154), contribuye a la soledad, la baja autoestima y la incapacidad de adquirir destrezas sociales". De acuerdo con esto, las relaciones con los compañeros y amigos son necesarias para un desarrollo sano. A la edad de 9 o 10 años la escuela llega a convertirse para el niño en un polo de atracción, especialmente si ha logrado insertarse adecuadamente en los grupos escolares. Sin embargo, las nuevas necesidades del niño no permiten que se contente con amistades fugaces de sus compañeros, sino que buscan amigos con los que compartan intereses y con los que se sientan bien. Dichos grupos de amistades están formados por miembros del mismo sexo, además de que pueden tener lugares de encuentro diferentes de la escuela.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con Canova (1988), la lealtad que une a los elementos de un mismo grupo constituye el puente que facilita al niño el paso de su actitud inicial egocéntrica e individualista a una conducta más comprensiva y social. El niño, respaldado por el grupo, siente que aumenta su seguridad precisamente en un momento en el que otras fuerzas lo inducen a iniciar su desapego de la familia.

El proceso de socialización en los niños no se da sólo en la escuela gracias a las relaciones con sus compañeros y profesores. Aunque los niños en edad escolar pasan mucho más tiempo fuera del hogar del que solían pasar antes, el hogar es todavía sumamente importante y las personas que residen allí son las más importantes para ellos. Shaffer et al. (1999) sostienen que las relaciones con los padres y hermanos continúan su desarrollo en la infancia intermedia y los cambios sociales afectan la vida familiar, lo cual a su vez afecta el desarrollo de los niños.

2.4.1 *Industria vs. Inferioridad*

En 1966, Erikson (citado en Cueli et al., 1972) identificó ocho etapas psicosociales en el ciclo de la vida humana, en cada una de las cuales se da una crisis central en el desarrollo; la evolución durante esa etapa y después de ella se facilita o dificulta, según la eficacia con que la persona logra superar la crisis.

A las edades aproximadas de 9 y 10 años, el niño se encuentra en una etapa en la que el conflicto central es el de industria vs. inferioridad. Con el periodo de latencia que se inicia, el niño sublima la necesidad de conquistar a las personas mediante el ataque directo; ahora aprende a obtener reconocimiento mediante la producción de cosas (Rau, 1979).

De acuerdo con Cueli et al. (1972), el niño en esta etapa desarrolla un sentido de la industria, esto es, se adapta a las leyes inorgánicas del mundo de las herramientas. Completar una condición productiva constituye una finalidad que gradualmente reemplaza a los caprichos y deseos del juego. Del mismo modo, los límites de su yo incluyen sus herramientas y habilidades.

El peligro del niño en esta etapa radica en un sentimiento de inadecuación e inferioridad. Si desconfía del uso de sus herramientas y de sus habilidades o de su estatus entre sus compañeros, puede renunciar a la identificación con ellos y con un sector del mundo de las herramientas; lo que puede llevarlo a sentirse condenado a la mediocridad o a la inadecuación (Erikson, 1966, citado en Cueli et al., 1972). El desarrollo de un niño en esta etapa depende en gran medida de que el ambiente familiar haya logrado prepararlo para la vida escolar y de que ésta alcance a cumplir las promesas de las etapas previas.

2.5 Desarrollo emocional

2.5.1 Desarrollo de la autoestima

A medida que se desarrollan, los niños no sólo entienden cada vez más acerca de sí mismos, sino que también comienzan a evaluar sus cualidades. A este aspecto evaluativo del yo se le llama autoestima⁴. Hoffman et al. (1995) sostienen que el niño compara su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la manera como alcanza las expectativas que se ha formado y qué tan bien se desempeña. La autoestima tiene importancia capital para un buen ajuste psicológico, la felicidad personal y el funcionamiento eficaz, no sólo en los niños, sino también en los adultos.

⁴ Término autoestima se emplea para designar a los juicios que las personas hacen de sí mismas, a las actitudes que adoptan respecto de sí mismas (Mussen et al., 1982).

Rau (1979) afirma que los niños que tienen conceptos generales elevados de sí mismos abordan las tareas y a otras personas con la expectativa de tener éxito y ser bien recibidos; por consiguiente, siguen sus propios juicios, expresan sus convicciones y se atreven a considerar ideas novedosas. Por el otro lado, los niños que carecen en general de confianza en sí mismos tienden a mostrarse temerosos de expresar ideas poco comunes, evitan llamar la atención y prefieren la soledad del retraimiento al intercambio de la participación.

Los niños primero evalúan sus competencias en muchas áreas diferentes como son la competencia académica, la competencia deportiva, la aceptación social, la apariencia física y el comportamiento; y sólo después integran estas impresiones en una autoevaluación general. Estudios realizados por Harter, 1987 (citado en Hoffman et al., 1995) revelan que no todas las áreas tienen la misma importancia para todos los niños.

El concepto que de sí mismo tiene el niño es en gran medida producto de su experiencia en el hogar, así como de la identificación con sus padres. Como mencionan Shaffer et al. (1999), los padres pueden desempeñar una función crucial en el modelamiento de la autoestima de un niño. Copersmith, 1967 (citado en Shaffer et al., 1999) encontró que los niños con autoestima alta tienden a tener padres que son afectuosos y apoyadores, establecen normas claras y les permiten tener voz para tomar decisiones que les afectan en lo personal.

En este mismo sentido, Harter, 1987 (citado en Hoffman et al. 1995) señala que la contribución más vital a la autoestima es el respeto que los niños sienten que les tienen las personas importantes en su vida encabezados por sus padres y compañeros, seguidos de profesores y amigos.

2.5.2 Desarrollo del autocontrol y de la tolerancia a la demora

El término autocontrol se emplea para referirse a nuestra capacidad para regular nuestra conducta e inhibir acciones que de otra manera podríamos estar inclinados a realizar (Shaffer, 1999). Una de las razones por la que los niños de 9 años y mayores son más capaces de demorar la gratificación, obedecer las reglas o controlar de alguna otra manera sus impulsos es que han comenzado a internalizar normas que destacan el valor de la autorregulación y el autocontrol; han aprendido a renunciar a una gratificación inmediata, por una gratificación posterior, pero mayor.

Los estudiosos del desarrollo consideran que el establecimiento de la capacidad de autorregulación y el surgimiento del autocontrol son de suma importancia en el desarrollo. De acuerdo con Rau (1979), el autocontrol no sólo es una característica moderadamente estable, sino que se asocia de manera confiable con las habilidades sociales, la seguridad y confianza en sí mismo y algunas competencias cognitivas: las cuales pronostican una autoestima alta en la adolescencia y el éxito ocupacional y buenas relaciones interpersonales en la edad adulta. Por ello, Harter en 1990 (citado en Shaffer, 1999) sostuvo que la capacidad para autocontrolarse es un componente crucial del yo, ya que permite a los niños persistir cuando enfrentan desafíos y desarrollar autoconceptos positivos.

2.5.3 Agresión

Desde muy pequeño, el niño sabe manifestar su desagrado y su irritación. Ajuriaguerra y Marcelli (1993) sostienen que existe un continuo entre las reacciones ante la carencia y ante la frustración y la manifestación de una reclamación más o menos agresiva respecto del entorno. De acuerdo con dichos autores, las primeras conductas directamente agresivas aparecen al final del segundo año y durante el tercero, y ya hacia los 9 años de edad los niños pueden expresar su agresividad verbalmente.

La agresión puede dirigirse hacia el exterior y siendo ésta abierta implica acciones concretas y la posibilidad de lastimar a personas o dañar objetos. Las investigaciones de Galen y Underwood en 1977 (citados en Mussen et al., 1982) dejan claro que la agresividad abierta es una característica predominantemente masculina. Sin embargo, existen formas menos obvias pero no menos dañinas de agresión, que pueden denominarse agresión social, cuya meta es lastimar a la gente trastornando sus relaciones sociales.

Existen, por otra parte, otras conductas denominadas autoagresivas, siendo que la agresión se dirige contra sí mismo. Es importante señalar que este tipo de conductas pueden observarse con cierta frecuencia entre los 7 meses y los 2 años de edad, y que desaparecen habitualmente para dar paso a las conductas abiertamente agresivas mencionadas anteriormente (Ajuriaguerra y Marcelli, 1993).

Con respecto a la información contenida en este capítulo, resulta importante señalar que, aunque las personas atraviesan por las mismas secuencias generales de desarrollo, existen numerosas diferencias individuales en la duración y la presentación de los cambios. Además, no sólo el ritmo del desarrollo varía; también cambian los resultados de éste. De esta forma, el desarrollo está sujeto a muchas influencias; algunas son exclusivamente personales, mientras que otras son comunes a determinados grupos de edad.

3 Depresión

3.1 Definición general

Existen diversas definiciones de la depresión. Sin embargo, la mayoría coinciden en considerarla un trastorno afectivo o un desorden del humor, que va acompañado de diferentes síntomas como lo son: sentimientos de tristeza e inferioridad, alteraciones somáticas, sentimientos de abatimiento y desesperanza.

De acuerdo con Cameron (1982), las reacciones depresivas son desórdenes del humor, en los que se expresan la tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciable.

Por su parte, Freedman y Kaplan (1967) mencionan que la depresión es un estado patológico caracterizado por alteraciones del estado del ánimo, tales como tristeza y soledad, por disminución de la autoestima asociada a autodespreciación, por inhibición psicomotriz, por aislamiento de los contactos interpersonales y en ocasiones, también se caracteriza por un deseo de morir.

Según Oyarzun (2001), la depresión es una patología psiquiátrica caracterizada por un ánimo anormal diferente de la tristeza, infelicidad o miseria del diario vivir. Ésta tiene una cualidad distinta que pareciera estar relacionada con la incapacidad de experimentar placer de cualquier tipo. Entre las características de este ánimo anormal, a diferencia de la tristeza o el ánimo deprimido normal, existen otras condiciones como síntomas vegetativos.

Para Fuentenebro y Vázquez (1990), la depresión es un trastorno del estado de ánimo que está compuesto por cuatro diferentes clases de síntomas: síntomas anímicos como tristeza, abatimiento, infelicidad e irritabilidad; síntomas motivacionales como son apatía, indiferencia y anhedonia²; síntomas cognitivos: autodespreciación, baja autoestima y desesperanza; y síntomas físicos como pérdida de sueño y molestias corporales difusas (dolores de cabeza y de espalda, vómitos, estreñimiento, etc.).

A este respecto, Landers (1978) afirma que la depresión es una enfermedad caracterizada por sentimientos de vergüenza y culpa, pérdida de interés, desesperanza, síntomas físicos y autodesprecio.

Lange en 1928 (citado en González, 2001) definió la depresión como un estado caracterizado por sensaciones subjetivas de desaliento, tristeza, soledad y aislamiento. De acuerdo con dicho autor, es un afecto más intenso que la tristeza, que en principio se experimenta como un sentimiento displacentero que no se puede aliviar ignorándolo y que puede obstaculizar el funcionamiento normal de la persona.

De esta forma, podemos observar que, si bien existen algunas discrepancias entre los autores mencionados, la depresión constituye una entidad clínica bien definida que puede variar en cuanto a su intensidad; y que a pesar de que en muchas personas aparezca un estado de ánimo depresivo, éste no es suficiente para el diagnóstico de dicha entidad clínica.

De acuerdo con lo señalado por los autores antes mencionados, podríamos esquematizar los componentes de la depresión de la siguiente forma:

² Ausencia de alegría y placer en aquellas cosas que en el pasado producían gran satisfacción (Landers, 1978).

Depresión

Trastorno afectivo
(del estado de ánimo)

- Baja autoestima { Sentimientos de inferioridad
Autodespreciación
Vergüenza y culpa
- Abatimiento { Apatía
Desesperanza
Indiferencia
Anhedonia
Tristeza
- Aislamiento de los contactos interpersonales
- Deseo de morir
- Irritabilidad { Inhibición psicomotriz
Falta de energía
Dolores de cabeza y de espalda
Vómitos
- Síntomas físicos { Molestias corporales difusas
Estreñimiento
Alteración del sueño

3.1.1 Definición de depresión infantil

La depresión en los adultos es un fenómeno que ha sido estudiado desde hace varios siglos; sin embargo, la depresión infantil fue aceptada hace relativamente poco tiempo. Este hecho se debe a la controversia que existió por mucho tiempo sobre la existencia de esta patología en los niños. Actualmente, es un hecho aceptado que la depresión infantil existe y que se manifiesta a través de diversos síntomas que afectan la adaptación y el desarrollo del niño.

Para Kovacs (1992), la depresión en niños es un trastorno del estado de ánimo en el que se presentan una serie de síntomas, tales como alteraciones del apetito, del sueño, de la capacidad para tomar decisiones, problemas de aprendizaje, sentimientos de culpa, dificultades en las relaciones interpersonales, devaluación de su autoimagen y deficiencias en el desempeño social, quejas somáticas, irritabilidad y rechazo social.

Por su parte, Cytryn y McKnew (1972) conciben la enfermedad depresiva como un afecto depresivo de larga duración y lo asocian con incapacidad grave en las áreas de funcionamiento personal, social y vegetativo.

Según el DSM- IV (American Psychiatric Association, 1995), éstos son los criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico:

1. Estado de ánimo crónicamente depresivo o irritable la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 1 año.
2. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - Pérdida o aumento de apetito
 - Insomnio o hipersomnia
 - Falta de energía o fatiga
 - Baja autoestima
 - Dificultades para concentrarse o tomar decisiones
 - Sentimientos de desesperanza

De acuerdo con Rideau (1997), la depresión infantil es un estado de ánimo que se compone esencialmente de una disminución del tono psíquico y de la actividad física e intelectual, con tristeza, dolor moral, anorexia, insomnio y dificultades intelectuales asociadas.

La dificultad para encontrar una definición específica de la depresión infantil, radica parcialmente en que ésta ha sido descrita como un síntoma, como un síndrome y como una entidad mórbida o un desorden. De tal forma, que la mayor parte de los autores que se dieron a la tarea de elaborar una definición del síndrome depresivo, se valen, para hacerlo, de los síntomas que caracterizan a dicho síndrome.

3.2 *Etiología*

Gran parte de la investigación hecha sobre la depresión infantil ha estado encaminada a definir los factores causales de dicho cuadro. De esta forma, han surgido varias etiologías hipotéticas para explicar el desarrollo de la depresión en los niños.

3.2.1 *Enfoques cognitivos y conductuales*

De acuerdo con Petti (1986), existen tres constructos que constituyen el modelo conductual de la depresión:

1. Indefensión⁶ aprendida, que se relaciona con la incapacidad individual para escapar de circunstancias aversivas.
2. Pérdida de reforzamiento, frustración crónica y pérdida de control sobre las relaciones interpersonales, que describe las gratificaciones del papel de enfermo que sustituyen las fuentes perdidas de reforzamiento positivo⁷.

⁶ Es la percepción por parte del individuo implicado, de que el acontecimiento aversivo significa que él no tiene control sobre este acontecimiento y otros subsiguientes, y que persistirán los resultados desagradables aún cuando intente controlarlos (Lewick, 1975, citado en Petu, 1986).

⁷ Se le llama así al proceso y su consecuencia de fortalecer una conducta con la presentación de un evento que la sigue (Petu, 1986).

3. Estado cognitivo negativo, desesperanza e indefensión, el cual consiste en una visión negativa de sí mismo, del ambiente y del futuro. Beck (1975) en su teoría cognitiva sostiene que la cognición es el factor primario que da lugar a la depresión, donde la tristeza del paciente es una consecuencia inevitable de su sensación de privación, pesimismo y autocrítica.

Dentro de este enfoque, en 1971, Liberman y Raskin (citados en Solloa, 2001) postularon el concepto de ganancia secundaria para explicar la causa de la depresión, explicando que el depresivo emite conductas depresivas porque éstas son reforzadas frecuentemente por el medio, pues quienes lo rodean suelen intentar ayudarlo.

3.2.2 *Enfoques psicosociales*

Calderón (1987), Polaino (1988), Solloa (2001) y Trenchi (1999), coinciden en que la aparición de un acontecimiento estresante puede descompensar la conducta infantil y en que la familia constituye un ambiente especialmente importante por sus influencias en el comportamiento infantil, por lo que interviene en el desarrollo, curso e intensidad de la depresión, modelando la conducta depresiva.

Existen algunos funcionamientos familiares que pueden aumentar la probabilidad de depresión en el niño, como son: familias con padres deprimidos, familias abusivas, familias con adictos, familias con hipercriticismo, familias que no reaccionan (niegan), familias en las cuales no se expresan las emociones y familias con límites inconsistentes (Trenchi, 1999).

Por su parte, Karakowski en 1970 (citado en Petti, 1986) señaló que, en la depresión infantil, la pérdida de la madre o el padre suele ser la causa más frecuente. De acuerdo con Bonime, 1976 (citado en Solloa, 2001), la etiología se halla en una infancia carente del estímulo y respeto, donde las necesidades del niño fueron ignoradas o sofocadas, de modo que creció sintiéndose defraudado y con el convencimiento de que los demás están en deuda con él.

3.2.3 Enfoques biológicos

Se han realizado diversos estudios que intentan demostrar la existencia de una disfunción fisiológica subyacente en los niños deprimidos. Se ha encontrado lo siguiente:

- Latencia de la fase de movimientos oculares rápidos (LMOR^R) acortada (Kane y cols., 1980, citados en Petti, 1986).
- Déficit funcional de serotonina en el hipotálamo (Polaino, 1988).
- Alteración en los neurotransmisores (Marsellach, 1999), específicamente en la serotonina, noradrenalina, dopamina (Trenchi, 1999) y norepinefrina (Anzures y Espinosa, 1999).
- Ser portador de un handicap crónico como diabetes, asma o epilepsia, aumenta la probabilidad de depresión (Trenchi, 1999).

A partir de lo anterior podríamos dividir, de forma general, los factores etiológicos de la depresión en tres grupos:

- Factores biológicos como son: alteración en la secreción y asimilación de determinadas sustancias, enfermedades crónicas, etc.
- Factores constitucionales: factores tales como la capacidad individual de enfrentarse a las situaciones de la vida cotidiana, la capacidad de aprendizaje, la tolerancia a la frustración, etc.

- Factores psicosociales (ambientales): características de la familia, reforzamiento del entorno, pérdidas, situaciones traumáticas, etc.

Queda claro con la revisión teórica realizada, que los síntomas y síndromes depresivos en la infancia pueden tener múltiples raíces y que son varios los factores que desempeñan un papel importante en el desarrollo de este trastorno. Por lo anterior, es de suma importancia tenerlos en mente al momento de hacer el diagnóstico para identificar cuál o cuáles factores son los determinantes en cada caso.

3.2.4 *Enfoque psicoanalítico*

Siendo que el estudio de la depresión infantil ha ido detrás de la de los adultos, para tener una comprensión profunda de sus causas y características, es necesario estudiar las diferentes concepciones teóricas sobre la depresión, incluso aquéllas que se crearon para explicar la depresión en adultos. Cabe destacar que son los autores con orientación psicoanalítica los que más han estudiado el fenómeno que nos concierne: la depresión. Las siguientes son algunas de las principales contribuciones.

3.2.4.1 *Las contribuciones de Abraham*

Para hacer una revisión de las teorías psicoanalíticas de la depresión es necesario comenzar con los pioneros de los estudios sobre depresión, y es Abraham quien, de acuerdo con Arieti y Bemporad (1981), publicó lo que puede considerarse la primera investigación psicoanalítica sobre la depresión.

²¹ Es el tiempo que transcurre entre el inicio del sueño y el principio del primer período de movimientos oculares rápidos (Petti, 1986).

En 1911, Abraham sostuvo que en la depresión, la búsqueda de satisfacción libidinal está tan profundamente reprimida, que el individuo no puede sentirse amado ni capaz de amar. Así mismo, encuentra en la depresión una profunda ambivalencia hacia los demás, en la cual la búsqueda de amor está bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez están reprimidos debido a la incapacidad del individuo de reconocer su extrema hostilidad. Sostiene además, que la culpa masiva del depresivo se debe a sus reales deseos destructivos que se mantienen inconscientes.

De acuerdo con dicho autor, los autorreproches y el sufrimiento de los depresivos les permiten concentrar todos sus pensamientos en sí mismos. La preocupación por sí mismos es consecuencia del empobrecimiento que refleja la privación emocional resultante del retiro de libido del entorno.

Según Arieti y Bemporad (1981), Abraham cree que la depresión puede ser entendida como una sensación de ser incapaz de enfrentar las responsabilidades de un rol adulto en la sociedad debido a una regresión a la fase oral, en la que el depresivo incorpora al objeto psíquico con un deseo de destruirlo oralmente. Como consecuencia, la pérdida del objeto de amor internalizado que sufre este último le deja una sensación de vacío interior que desesperadamente trata de compensar mediante la incorporación oral.

3.2.4.2 *Los trabajos de Freud*

El creador del psicoanálisis, Sigmund Freud, en su artículo "Duelo y melancolía" (1917) compara la melancolía con el fenómeno del duelo y sostiene que comparten los mismos rasgos: dolorosa sensación de abatimiento, cancelación del interés por el mundo exterior, pérdida de la capacidad de amar e inhibición de toda productividad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, sólo en la melancolía hay una disminución de la autoestima (Freud le llama "perturbación del sentimiento de sí"), que da lugar a autorreproches y expectativas irracionales de castigo. De acuerdo con Arieti y Bemporad (1981), Freud sugiere que los autorreproches no están dirigidos en realidad hacia la propia persona, sino hacia alguien que el paciente ama, amó o debería haber amado.

En esta misma línea, de acuerdo con Solloa (2001), Freud explicó que en la infancia el melancólico estableció una intensa relación objetal que resultó deteriorada por el desengaño causado por la persona amada. La ruptura de la relación fue seguida por un retiro de la carga libidinal, pero la libido liberada no pasó a otro objeto quizá debido al tipo de vinculación básicamente narcisista; por el contrario, esta libido se retrajo hacia el yo produciendo así una identificación entre un sector del yo y el objeto abandonado. Las pérdidas posteriores reactivan la pérdida original y hacen que la furia del paciente se descargue en contra del objeto que infligió la decepción original, que ahora está fusionado con una parte del yo.

De esta forma, Freud (1917) concibe tres premisas en la melancolía: pérdida del objeto, ambivalencia y regresión de la libido al yo. En 1923, en su artículo "El yo y el ello", Freud agrega que la melancolía es el resultado de un superyó que manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso; la agresión no se expresa hacia afuera, sino que se vuelca contra el propio sujeto (Solloa, 2001).

Podemos observar que algunos aspectos de la teoría de Freud coinciden con las hipótesis propuestas por Abraham. La actitud ambivalente de la persona depresiva y el retiro de la libido del exterior son puntos de coincidencia en los autores antes mencionados. De igual forma, ambos autores sostienen que una temprana experiencia traumática es un predisponente para posteriores depresiones subsecuentes a cualquier pérdida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado, en la teoría de Freud encontramos un nuevo elemento que no estaba presente en los escritos de Abraham: la libido que se retira del objeto pasa a ser una parte del yo, por lo que la manifestación afectiva se dirige hacia un objeto incorporado y de esta forma se explican los autorreproches y la conducta autodestructiva.

3.2.4.3 Teoría estructural de Rado

Arieti y Bemporad (1981) sostienen que Sandor Rado (1928) estudió la depresión en función de una red de interrelaciones entre el yo, el superyó y el objeto amado. Observó que antes del comienzo de un episodio depresivo, el individuo atraviesa un periodo de rebeldía arrogante, que es una manifestación de la manera en que el depresivo trata al objeto amado durante sus periodos de normalidad.

El comportamiento antes mencionado puede ocasionar el distanciamiento de la persona amada que ya no tolera el maltrato. Cuando esta pérdida se produce, el individuo cae en depresión con sentimientos de culpa y arrepentimiento.

Según Rado, 1928 (citado en Solloa, 2001), este patrón de hostilidad, culpa y constricción tiene su origen en la temprana infancia, cuando el niño aprendió que podía ser perdonado y recuperar el imprescindible amor de su madre exhibiendo una actitud de arrepentimiento. El depresivo desea expresar la intensa ira que siente hacia el objeto amado, pero su dependencia de éste le impide manifestar abiertamente su hostilidad. Cuando este equilibrio se rompe y el depresivo pierde al objeto, dirige su rabia contra sí mismo, con la esperanza de recuperar al objeto amado.

3.2.4.4 Depresión y psicología del yo

Fenichel (1954) sostiene que una persona fijada al estado en que su autoestima es regulada por suministros externos, o a quien los sentimientos de culpa han hecho regresar a ese estado, tiene una necesidad vital de tales suministros; tal es el caso de los depresivos, que están en una situación de constante voracidad. Necesitan, de una manera pasiva, ser amados y si sus necesidades narcisísticas no son satisfechas, su autoestima desciende hasta un punto peligroso. Es de esta manera, que la importancia del yo se pone de relieve, al ser éste el encargado de regular la autoestima en función de la discrepancia entre el estado real de la personalidad y el ideal del yo al que se aspira.

Por su parte, Edith Jacobson, 1971 (citada en Arieti y Bemporad, 1981) considera que en la depresión se produce una catectización agresiva del sí-mismo. Para Jacobson (1971), el conflicto básico en todos los desórdenes afectivos puede expresarse de la siguiente forma: la frustración provoca una reacción de rabia, que da lugar a tentativas hostiles de lograr la gratificación deseada; si el yo es incapaz de concretar este propósito (gratificación), la agresión se vuelve hacia la imagen de sí mismo. Esta desvalorización de la imagen de sí mismo incrementa la discrepancia con la autoimagen ideal, llevando a una disminución de la autoestima.

Edward Bibring, 1953 (citado en Calderón, 1987) es otro de los autores de la escuela psicoanalítica que considera la depresión principalmente como un fenómeno del yo. Considera que ésta puede ser definida como la expresión emocional de un estado de indefensión e impotencia del yo, independientemente de los factores que puedan haber causado el colapso de los mecanismos que fundamentan su autoestima. Otras características centrales de la depresión son, según Bibring (1953), el reconocimiento por parte del yo de su indefensión (real o imaginaria) y las intensas aspiraciones narcisistas que es incapaz de concretar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este mismo autor sostiene que la depresión es el resultado de la brecha entre un intenso deseo de ser valorado y amado, de ser fuerte, seguro y bueno, y el percatarse de que estas metas son inalcanzables. La depresión ocurre cuando somos incapaces de vivir a la altura de nuestros propios ideales del yo.

En 1965, Sandler y Hoffe (citados en Solloa, 2001) señalaron que la depresión es un afecto pasivo que es experimentado cuando el individuo cree haber perdido algo que era esencial para su bienestar y se siente incapaz de anular esa pérdida. Recalcan que lo que se pierde en la depresión es la sensación de integridad narcisista y no un objeto específico, por lo que conciben la depresión como la sensación de haber quedado privado de un estado ideal, que puede ser puesto en la pérdida de una relación con otra persona.

Siguiendo en la línea de la psicología del yo, Malmquist en 1985 (citado en Solloa, 2001), explicó que la depresión en los niños es realmente un problema de autoestima, que se origina en una relación poco empática con los padres, en donde el niño continuamente se tiene que adaptar a lo que él cree que sus padres esperan de él, ignorando sus verdaderas necesidades emocionales. Es así como el niño se tiene que esforzar por mantener un falso self a través de conductas omnipotentes o mediante conductas masoquistas que finalmente lo dejan vacío.

Los teóricos de la psicología del yo aquí mencionados coinciden en que el elemento crucial para la depresión lo constituye la regulación de la autoestima, y de forma general, la conceptualizan como la vivencia que refleja una discrepancia entre la personalidad real y un estado ideal deseado. La mayoría coincide también en señalar que en el depresivo, al no poder dirigir la agresión hacia el exterior, ésta se vuelca hacia sí mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.2.4.5 Teoría de las relaciones objetales

Melanie Klein es la principal exponente de esta escuela y sus contribuciones al estudio de la depresión. sólo pueden ser entendidas en el contexto de su sistema general de pensamiento. Klein, 1946 (citada en Segal, 1964) postula dos etapas básicas del desarrollo durante el primer año de vida, a las que denomina posiciones:

- Posición esquizo-paranoide. - Está caracterizada por la escisión y la parcialización de los objetos. Además de percibir la existencia de objetos buenos y malos en el exterior, el bebé los internaliza. Teme que los objetos malos internalizados destruyan a los objetos buenos internalizados, por lo que proyecta de nuevo a los objetos malos en el mundo externo. De este modo, el bebé percibe un peligro proveniente del afuera, lo que es denominado ansiedad persecutoria.
- Posición depresiva. - Surge durante el cuarto o quinto mes de vida. El bebé comienza a percibir objetos totales. Del mismo modo empieza a enfrentar su propia ambivalencia y disminuye la proyección. El principal temor en esta posición es la ansiedad depresiva, ya que el bebé tiene el temor de haber sido él mismo el causante de la pérdida o daño a los objetos buenos. Esta posición se resuelve cuando el bebé logra integrar a los objetos y tiene la certeza de que su hostilidad no es tan masivamente destructiva, de forma que puede emplear la reparación, lo que le permite reestablecer la buena vivencia de sí mismo.

Arieti y Bemporad (1981) sostienen que en 1940, Klein intentó correlacionar su enfoque con los síntomas clínicos de la depresión, proponiendo que en la lucha interior de los objetos internos, la depresión se experimenta cuando el yo se identifica con los sufrimientos de los objetos buenos sometidos a los ataques de los objetos malos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Klein vinculó también los padecimientos del depresivo con la culpa y el remordimiento que en su infancia experimentó debido al conflicto entre el amor y el odio incontrollables hacia sus objetos buenos. El factor que más predispone a la depresión es, según Klein, la incapacidad del yo del niño para constituir buenos objetos de amor.

De esta forma, en la teoría de Klein, la depresión adquiere un significado nuevo; es una etapa normal del desarrollo que implica una forma específica de ansiedad que el niño enfrentará con mecanismos defensivos normales o patológicos. Dentro de este contexto, para Klein, la posición depresiva no resuelta es la base etiológica del síndrome depresivo (Solloa, 2001).

3.2.4.6 *Modelo de pérdida de objeto*

La bibliografía psicoanalítica postula que incluso en el primer año de vida pueden surgir determinados estados previos a la depresión. Calderón (1987) considera que los hallazgos de Spitz (1965) sobre depresión anaclítica y los de Bowlby (1979) sobre el duelo infantil, son una confirmación clínica de estas teorías.

René Spitz en 1965 hizo observaciones de niños que habían sido privados de su madre durante un periodo prácticamente ininterrumpido de tres meses. Éste es el progreso de la depresión anaclítica que observó mes por mes:

- Primer mes: Los niños se vuelven llorones, exigentes, tienden a asirse a cualquier persona que se encuentre presente y logre hacer contacto con ellos.
- Segundo mes: El lloriqueo muchas veces se cambia en gemidos, se inicia la pérdida de peso y hay una detención en el índice de desarrollo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Tercer mes: Se niegan al contacto, yacen postrados en sus camas la mayor parte del tiempo. Se inicia el insomnio y prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades, el retraso motor se generaliza y se inicia la rigidez facial.

De acuerdo con Spitz (1965), cuando el niño que padece una depresión anaclítica, permanece privado de su madre, sin que le proporcionen un sustituto aceptable por un periodo que dura más de tres a cinco meses, se inicia entonces un empeoramiento del estado del infante. Dicho autor encontró que, después de tres meses de separación, hay un periodo transitorio de aproximadamente dos meses, durante los cuales los síntomas ya mencionados se hacen más marcados y se consolidan. Por el contrario, si durante este periodo de transición, regresa la madre, la mayor parte de los niños mejoran.

La sintomatología de los niños separados de sus madres se asemeja de modo sorprendente con los síntomas que nos son familiares en la depresión adulta. Además, en la etiología de dicho trastorno, la pérdida del objeto amoroso es sobresaliente tanto en el adulto como en el infante, hasta el punto de llegar a considerarla como el factor determinante (Spitz, 1965). La diferencia principal radica en que en la depresión anaclítica la pérdida es real, mientras que en la depresión adulta, dicha pérdida puede ser real o imaginaria y produce un duelo patológico.

Por su parte, Bowlby (1979) estudió el proceso de separación materno-infantil, describiendo las tres fases siguientes:

- Fase de protesta.- El niño solicita llorando y furioso que vuelva su madre y parece esperar que tendrá éxito en su petición; puede persistir durante varios días. Esta fase está caracterizada por ansiedad, dificultades para dormir, terrores nocturnos, reacciones de oposición y regresión en el comportamiento alimentario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Fase de desesperación - El niño se tranquiliza, pero está tan preocupado como antes por la ausencia materna y sigue anhelando que vuelva. Durante esta fase puede observarse: disminución de la movilidad y plasticidad psicomotriz, indiferencia ante los estímulos que se le presentan y pérdida de la iniciativa.
- Fase de desapego - Parece olvidar a su madre, de modo que cuando vuelve a buscarle se muestra desinteresado por ella, e incluso puede aparentar que no la reconoce. Esta fase se caracteriza por la reducción de la vida de relación del niño a sus necesidades primarias, apatía, indiferencia y numerosas manifestaciones depresivas.

Bowlby (1979) sostiene que existe una relación entre depresiones posteriores y una pérdida ocurrida en la adolescencia o la temprana infancia del paciente.

Tanto Spitz (1965), como Bowlby (1979), conciben como base de la depresión la separación repetida del bebé y su madre y describen los síntomas que se presentan en las diferentes fases que siguen a dicha separación y que sientan el precedente para depresiones posteriores.

Podemos concluir que las teorías psicoanalíticas de la depresión proponen un modelo en el que el énfasis está puesto en la enfermedad mental como un desorden cuyos síntomas son de origen psicológico, que además tienen un significado que puede revelarse a través de la investigación de las experiencias del paciente a lo largo de su vida.

3.3 Síntomas

Con base en diferentes estudios, varios autores han encontrado muy diversos síntomas de la depresión infantil. A pesar de existir diferencias entre los hallazgos de dichos autores, ya sea por el tipo de estudio realizado o por su inclinación teórica; en general podríamos afirmar que la mayoría de los ellos coinciden en un cuadro más o menos definido de síntomas del trastorno depresivo en niños.

La siguiente tabla concentra los diferentes síntomas descritos por diversos autores⁹. Los síntomas se encuentran clasificados en: manifestaciones fisiológicas y cognitivas, manifestaciones conductuales y manifestaciones emocionales:

⁹ American Academy of Child and adolescent Psychiatry, 1998; Arieti y Bemporad, 1990; Calderón, 1987; Cornerstone Behavioral Health, 1999; Cytyn y Mcknew, 1974; Frommer, 1968; Glaser, 1967; Kuhn y Kuhn, 1972; Murray, 1970 y Welcher, 1985 (citados en Calderón, 1987); Kovacs, 1992; Marsellach, 1999; National Cancer Institute, 2000; Nissen, 1971 (citado en Polaino, 1988); Poznanski y Zcull, 1970; Sandier y joffe, 1965 y Weinberg, 1973 (citados en Arieti y Bemporad, 1990); Rosado, 1999; Serrano, 2001 y Trencs, 1999.

Síntomas de la depresión infantil

<i>Manifestaciones fisiológicas y cognitivas</i>	<i>Manifestaciones conductuales</i>	<i>Manifestaciones emocionales</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño • Quejas somáticas: dolores de cabeza, dolores abdominales y vómito • Cansancio o disminución de la energía • Pérdida de apetito • Disminución o aumento excesivo de peso • Incapacidad para concentrarse • Alteración en la capacidad de atención y comprensión • Lentitud en el pensamiento • Enuresis • Encopresis • Ideas de muerte • Pocas habilidades de comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento pobre en la escuela • Agresividad • Disminución de la actividad / agitación • Rabietas • Fugas • Lentitud en el actuar • Conducta desobediente • Actividades repetitivas • Tendencia a la delincuencia • Comportamiento autodestructivo • Accidentes • Mentiras 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento y abatimiento • Pérdida de interés y de entusiasmo, incapacidad para obtener placer de actividades propias de su edad. • Sentimientos de culpa y temores • Insatisfacción y frustración • Sensibilidad e irritabilidad • Nerviosismo / exaltación • Sentimientos de desadaptación, devaluación, desamparo, desesperanza y baja autoestima • Renuencia a recibir consuelo • Escasa capacidad para establecer vínculos • Tristeza y tendencia a llorar • Descontento • Ansiedad de separación

3.4 Clasificación

Hay muchos autores que están decididamente en contra de cualquier intento de clasificación de la enfermedad mental, particularmente de nuestro punto de interés en este estudio: la depresión. Estos autores apelan a la explicación de que cualquier clasificación sería deshumanizadora porque "etiqueta" al niño, lo que podría generar consecuencias negativas como rechazo familiar, pérdida de la autoestima, etc. Sin embargo, cabe señalar la gran importancia que tienen los intentos de clasificación, ya que buscan simplificar los datos que se tienen acerca de los síntomas, para así dividirlos e identificarlos; permitiendo además, que exista uniformidad entre los clínicos e investigadores que se interesan por el estudio de este fenómeno.

Por lo anterior, aquí se describen algunas de las clasificaciones consideradas como las más importantes.

Frommer en 1968 (citada en Arieti y Bemporad, 1990) distinguió tres subgrupos principales de la depresión infantil:

- 1) Depresivo enurético.- Caracterizado por una marcada incidencia de enuresis y encopresis, problemas de aprendizaje y retraimiento social.
- 2) Depresión simple.- Los síntomas incluyen irritabilidad, debilidad y tendencia a reiterados estallidos temperamentales.
- 3) Depresivo fóbico.- En este subgrupo hay una gran incidencia de ansiedad y falta de confianza. Frommer (1968), señala que muchos de estos niños sufren de dolores u otros síntomas somáticos que les sirven de excusa para no asistir a la escuela.

La bibliografía revisada confirma que una de las clasificaciones más aceptada y completa es la propuesta por Cytryn y McKnew (1972), en la que señalan que existen tres tipos de desórdenes depresivos en niños de seis a doce años: reacción depresiva crónica, reacción depresiva aguda y reacción depresiva encubierta o enmascarada. Éstas son las características de cada categoría:

- Crónica.- En este tipo de depresión no se detecta un hecho desencadenante y lo que puede observarse son signos persistentes de depresión como los revisados anteriormente. Arieti y Bemporad (1990) encontraron en las historias de estos niños repetidas experiencias de privación y separación de personas amadas. Connell, 1972 (citado en Petti, 1986) describe las mismas características presentadas en esta categoría, pero emplea el nombre de neuroticismo bajo.
- Aguda.- Se presentan los mismos síntomas que en la depresión crónica, pero son de corta duración. Aparecen como resultado de una situación externa claramente identificada; puede haber un trauma severo y reciente, relacionado a menudo con la pérdida de un objeto; un funcionamiento adecuado anterior al episodio precipitante y la ausencia de psicopatología importante en familiares cercanos. Para Connell (1972) estas características se encuentran bajo el nombre de neuroticismo alto.
- Enmascarada.- Aparece como una gran variedad de alteraciones emocionales como: hiperactividad, conducta agresiva, trastornos psicossomáticos, hipocondría y tendencia a la delincuencia. Las depresiones enmascaradas serían depresiones que han sido recubiertas, enmascaradas por una sintomatología de tipo principalmente somático.

De acuerdo con Nissen, 1971 (citado en Polaino, 1988), existe una relativa correspondencia entre las distintas edades y los diferentes síntomas que caracterizan a la depresión en esas etapas evolutivas. A continuación se describen los síntomas de la edad escolar, por ser dicha edad la que directamente concierne a este trabajo:

- ⇒ Depresión en edad escolar.- Caracterizada por irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje y timidez, enuresis, encopresis, terrores nocturnos y crisis de llanto.

Este mismo autor sostiene que en las mujeres los síntomas más frecuentes son: inhibición, ansiedad, dificultades para establecer contacto social, conformismo, agresividad, crisis de llanto, enuresis y compulsión alimentaria; mientras que en los hombres los síntomas que mejor les caracterizan son: dificultades para establecer contacto social, ansiedad, incapacidad para integrarse, inhibición, agresividad, enuresis, llanto inmotivado y alteraciones del sueño. Así mismo, señala que la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Polaino (1988) sostiene que los psiquiatras infantiles de la escuela francesa dividen las depresiones infantiles en tres formas clínicas:

- a) Depresiones somatógenas.- Las manifestaciones depresivas se asocian a otros cuadros clínicos, especialmente al padecimiento de enfermedades crónicas, enfermedades hereditarias, etc.
- b) Depresiones exógenas o psicógenas.- La sintomatología depresiva se vincula a conflictos neuróticos, problemas de desajuste, conductas desadaptativas, etc.
- c) Depresiones endógenas.- En la sintomatología pueden encontrarse manifestaciones que son propias de las psicosis infantiles y de la enfermedad maniaca.

3.5 Diagnóstico

La detección oportuna de la depresión es de vital importancia para el tratamiento. Es por esto que varios autores han creado o han modificado escalas hechas para adultos, para medir depresión en los niños.

Existen diferentes instrumentos para la medición de la depresión infantil, dentro de los cuales hay entrevistas, autoinformes y cuestionarios contestados por compañeros o por los padres.

Los autoinformes han sido de los procedimientos más utilizados y son de gran ayuda, ya que pueden lograr una evaluación más objetiva. Por otra parte, tanto las entrevistas como los cuestionarios contestados por adultos son de gran importancia para el diagnóstico de la depresión en niños, ya que éstos a diferencia de los adultos, en ocasiones, se ven imposibilitados para informar de su estado anímico. En cuanto a los cuestionarios contestados por los compañeros, siguen existiendo dudas acerca de la validez que estos arrojan, puesto que se cuestiona la capacidad de un niño de 8 o 9 años de edad para percibir e interpretar correctamente la conducta ajena.

El siguiente cuadro contiene información sobre las escalas más utilizadas para evaluar la depresión infantil:

FALTA

PAGINA

44|

Escalas para medir depresión en niños

Escala	Siglas	Autor	Descripción	Población	Validez y confiabilidad ¹⁹
Children's Depression Rating Scale	CDRS	Poznansky (1979)	Entrevista	6-12 años	Buena confiabilidad interjueces y test-retest. Adecuada validez concurrente.
Bellevue Index of Depression	BID	Petti (1978)	Entrevista	6-12 años	No hay estudios sobre sus propiedades psicométricas.
Children's Affective Rating Scale	CARS	McKnew (1979)	Entrevista	5-15 años	Adecuada confiabilidad y validez concurrente.
Diagnostic Interview Schedule for Children	DISC	Costello, Edelbrock, Dulcan, Kales y Klavic (1984)	Entrevista	6-17 años	Adecuada confiabilidad interna y test-retest.
Interview Schedule for Children	ISC	Kovacs (1981)	Entrevista	8-13 años	No hay datos referentes a sus propiedades psicométricas.
Kiddie-Sads	K-SADS	Chambers (1978)	Entrevista	6-17 años	Buena confiabilidad interna y validez convergente, pero la confiabilidad entre los informantes no es adecuada.
Dysthymic Checklist	DCI	Fine, Moretti, Haley y Marriage (1984)	Escala respondida por el clínico	8-17 años	Buena confiabilidad interjueces.
Children's Depression Inventory	CDI	Kovacs (1977)	Autoinforme	8-17 años	Consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez discriminatória adecuadas.
Center for Epidemiological Studies Depression Scale	CES-CD	Orvaschel (1980)	Autoinforme	6-17 años	Buena consistencia interna y confiabilidad test-retest.
Depression Self -Rating Scale	DSRS	Birleson (1981)	Autoinforme	7-13 años	Validez concurrente aceptable. Confiabilidad test-retest y split half aceptables.

¹⁹ Evaluadas por Solloa (2001).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Escala	Siglas	Autor	Descripción	Población	Validez y confiabilidad ¹¹
Child Depression Scale	CDS	Reynolds (1985)	Autoinforme	8-13 años	Alta consistencia interna ¹² . Aceptable validez concurrente.
Peer Nomination Inventory of Depression	PNID	Leikowitz, Monroe, Tesiny y Edward (1980)	Cuestionario (compañeros)	8-13 años	Buena consistencia interna. Validez de criterio significativa.
Social Adjustment Scale Self-Report	SAS-SR	Ovarschel (1980)	Cuestionario (adultos)	6-17 años	No hay información sobre sus propiedades psicométricas.
Behavior Problem Checklist	BPC	Quay y Peterson (1967)	Cuestionario (adultos)	5-17 años	Confiabilidad inconsistente. Buena validez concurrente
Revised Behavior Problem Checklist	RBPC	Quay y Peterson (1983)	Cuestionario (adultos)	5-17 años	Buena consistencia interna y confiabilidad test-retest.
Personality Inventory for Children	PIC	Wirt, Lachar, Klinedinst y Seat (1984)	Cuestionario (adultos)	3-16 años	Confiabilidad test-retest aceptable. Baja consistencia interna.
Children's Depression Scale	CDS	Tisher y Lang (1978)	Escala Mixta	8-16 años	Alta consistencia interna ¹³ . Confiabilidad test-retest aceptable

¹¹ Evaluadas por Solloa (2001).

¹² Polano (1988).

¹³ Lang y Tisher, 1978 (citados en Polano, 1988).

Las escalas mencionadas brindan muy diversas opciones para la medición de la depresión. Sin embargo, es importante para realizar un diagnóstico, que la evaluación se realice de forma completa; es decir, emplear toda la información de que se disponga: de los padres, de los compañeros y la que brinda el propio paciente.

A partir de la revisión de las diferentes escalas, se pudo comprobar que son pocas las escalas que fueron construidas específicamente para niños. Por lo anterior y considerando que la depresión infantil tiene características propias y específicas, diferentes a las de la depresión en adultos, parece que aún hay gran camino por andar en el ámbito de la evaluación. Esta consideración se corrobora si recalcamos el hecho de que existen varias escalas que cuentan con pocos estudios en cuanto a sus propiedades psicométricas o cuya validez y confiabilidad resultan poco aceptables.

4.1 Generalidades

4.1.1 Aspectos históricos

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas. La forma de considerarlo ha ido variando, tanto en la ley como en las tradiciones morales y culturales de los pueblos. Las actitudes hacia dicho fenómeno han ido desde la condenación y el rechazo social, hasta el entendimiento y la aceptación; lo mismo ha sido enaltecido, que elogiado, romantizado, dramatizado, politizado, etc.

En Grecia y Roma el suicidio fue valorado desde dos posiciones opuestas, por una parte era contemplado como un acontecer natural (Cano, 1993) y de acuerdo con Sarró y De la Cruz (1991), la idea del suicidio como un acto loable fue frecuente entre los militares vencidos o los políticos. Sin embargo, en el otro extremo, entre los esclavos y los soldados estaba prohibido porque pertenecían a alguien más y no podían disponer de sus vidas. Así mismo, en Atenas se castigaba el suicidio, al cadáver se le privaba de sepultura y su mano derecha era amputada (Moron, 1987).

En Oriente, el suicidio era visto como un acto indiferente o elogiable, ya que la muerte sólo era un cambio de forma (Sarró y De la Cruz, 1991); incluso en Japón el concepto de honor llevaba a los nobles a hacerse el hara-ki-ri. Moron (1987) coincide con estas afirmaciones al mencionar que en la India frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas.

En Europa hubo muchísimos suicidios religiosos en donde, según Sarró y de la Cruz (1991), los celtas escogían el suicidio para poner fin a sus vidas, ya que se glorificaba a los que se daban muerte voluntariamente.

Por su parte, el cristianismo aceptó, en los primeros siglos, que el suicidio era admisible en algunas circunstancias, pero esta opinión se fue modificando hasta asumir una actitud intransigente en donde se prohíbe categóricamente el suicidio (Morón, 1987).

De acuerdo con este mismo autor, en el Renacimiento, aunque a nivel popular persistían las mismas actitudes de condena al suicida, aparecieron observaciones de tipo filosófico que gradualmente disientían del suicidio valorado como un pecado. Situación semejante se da en la época de la ilustración, en la que se anunció el derecho del individuo de disponer libremente de su cuerpo.

En la cultura maya consideraban que los que se ahorcaban iban a la gloria. Fray Diego de Landa (citado en Lazard y Sulkes, 1978) sostiene que había personas que en ocasiones de tristeza o enfermedades se ahorcaban para salir de ellas e ir a descansar a su gloria donde los venía a llevar Ixtab, la diosa de la horca.

En la actualidad, Bernaldo de Quiroz (citado en Cano, 1993), sostiene que el suicidio hace ya tiempo que desapareció como delito de la legislación y que para el derecho laico moderno, el hombre tiene derecho a la muerte.

Durante siglos, el suicidio ha sido objeto de discusión y la revisión anterior nos muestra la universalidad de la idea del suicidio en la historia, los países y las sociedades; y los lazos que éste tiene con la religión, la filosofía, el clima socio-económico y la época.

4.1.2 Definición

Para poder realizar una revisión teórica del suicidio, es importante comenzar con algunas de las definiciones que, de este concepto, han elaborado diferentes autores.

Etimológicamente, la palabra "suicidio" proviene del latín *sui*, de sí mismo y *caedere*, matar. Es decir, matarse a sí mismo. En este mismo sentido, el Diccionario de la Real Academia Española (1981), lo define como el acto de quitarse voluntariamente la vida. Un punto importante a destacar, es que si empleamos como criterio esta definición, cualquier organismo que acabe con su vida sería considerado como suicida. Sin embargo, algunos investigadores como Stengel (1978) afirman que el hombre es el único ser que puede desear su muerte y matarse él mismo; de tal manera, que la conducta autodestructiva no asociada con la idea de muerte no puede ser vista como un suicidio.

En concordancia con lo anteriormente dicho, Guerra y Salazar (1987), sostienen que existen otras definiciones que consideran al suicidio como el acto de una persona que atenta contra su vida, con éxito o sin él.

Algunas otras conceptualizaciones consideran que para que una conducta pueda ser considerada como suicida, debe existir una conciencia de los resultados que produce. Dentro de éstas se encuentra la definición de Eisenberg y Margain, 1978 (citados en López, 1989), quienes sostienen que el suicidio es el acto humano intencionado de interrupción del propio ser, cometido contra sí mismo con plenitud de conciencia de que los medios empleados realizarán el deseo de morir. En este rubro también se encuentra la definición de Stengel (1978), quien lo considera un acto, fatal o no fatal, de auto-perjuicio llevado a cabo con un consciente intento autodestructivo.

Existe otra definición que coincide con el criterio previamente mencionado, pero que difiere de las anteriores al sostener que, para que una conducta pueda ser considerada como suicida, ésta debe necesariamente culminar con la muerte. Tal definición corresponde a Durkheim (1897), que es uno de los principales exponentes de la corriente sociológica y quien concibió al suicidio como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto propositivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado.

Por su parte, desde una perspectiva psicoanalítica, Menninger (1952) en "El hombre contra sí mismo", sostuvo que toda clase de conducta hostil a la salud y a la vida debe ser interpretada como una expresión del instinto de muerte dirigido contra el yo; de acuerdo con dicho autor, el suicidio sería la manifestación extrema de dicho instinto.

A partir de la revisión sobre las distintas definiciones y conceptualizaciones del suicidio, puede concluirse que existen tres elementos que deberían conjuntarse para que una conducta suicida pueda considerarse como tal y son, a saber: el acto, la conciencia sobre dicho acto y finalmente el propósito de llegar a la muerte.

4.2 *Aproximaciones teóricas sobre el suicidio*

Existen diferentes aproximaciones sobre el fenómeno del suicidio y, si bien cada una tiene un particular punto de vista y una conceptualización diferente de dicho fenómeno, son similares en algunos puntos. Las siguientes son algunas de las aproximaciones más importantes:

4.2.1 El punto de vista sociológico

El principal exponente de este enfoque es Emilio Durkheim, cuya obra titulada "El suicidio" (1897) ha sido considerada por muchos como la contribución sociológica de mayor importancia al problema del suicidio. Su aportación más relevante fue la introducción de la dimensión social en el problema del suicidio, ya que argumentó que las influencias de la sociedad son principalmente responsables de los actos suicidas. Para él, el suicidio es contagioso y se hace sentir principalmente en los individuos cuya constitución los hace más fácilmente accesibles a todas las sugerencias en general y a las ideas suicidas en particular.

Dentro de la teoría de Durkheim sobre el suicidio se distinguen tres tipos de suicidio, que se clasifican de acuerdo con el tipo de perturbación en la relación entre la sociedad y el individuo:

- *Suicidio egoísta.*- En él, un anormal individualismo trae como consecuencia un debilitamiento del control de la sociedad y reduce la inmunidad del suicidio contra la inclinación colectiva. Este tipo de suicidio es el efecto de la falta de interés del individuo por la comunidad y del hecho de estar insuficientemente integrado a ella.
- *Suicidio altruista.*- Se presenta por una excesiva integración del individuo a la sociedad, por lo que tiene muy poco individualismo. Las personas sobre las que la sociedad tiene una influencia estricta, pueden ser impulsadas a la autodestrucción por el excesivo altruismo y sentido del deber.
- *Suicidio anómico.*- Se da cuando aparece un desequilibrio porque las normas habituales dejan de resultar apropiadas para la ocasión y la sociedad fracasa en el control y la regulación de la conducta de los individuos¹⁴.

¹⁴ Durkheim (1897), empleó el término anomia para designar a dicha situación.

4.2.2 Modelo cognitivo del suicidio

Cuando en la década de los setenta diversos autores se centraron en el estudio de las cogniciones de los individuos suicidas, se esbozó la evolución del pensamiento de las personas suicidas. Buendía (1993) lo describe de la siguiente manera:

1. Fase previa: ideas generales sobre la muerte que se van singularizando y personalizando.
2. Fase de la posibilidad de suicidio: empieza a pensar en la posibilidad de darse muerte él mismo.
3. Fase de ambivalencia frente a la idea de suicidio: la persona duda ¿qué ganará?, ¿qué perderá?, ¿qué consecuencias se derivarán de su muerte?
4. Fase de las influencias informativas: busca y se entera de otras tentativas de suicidio o suicidios consumados a través los medios de comunicación y se identifica con esas personas.
5. Fijación de la idea de suicidio: el sujeto ve la muerte como la única salida.
6. Decisión suicida: prepara minuciosamente el suicidio.

Por otra parte, según Beck et al. (1975), las preocupaciones suicidas parecen relacionarse con la conceptualización que la persona hace de la situación como insostenible o desesperada; lo que implica que el comportamiento suicida se deriva de distorsiones cognitivas.

De acuerdo con Rush, 1978 (citado en Buendía, 1993), la persona suicida tiene un concepto de sí mismo negativo. El concepto clave en este modelo es el de desesperanza, que es un sistema de esquemas cognitivos, cuyo común denominador es la existencia de expectativas negativas sobre el futuro. La desesperanza lleva a un atenuado deseo de vivir, que a su vez conduce a un aumento de la ideación suicida.

Siguiendo a Buendía (1993); la rigidez de pensamiento y el estilo atribucional negativo están relacionados con el suicidio, al igual que con la depresión como se mencionó en el capítulo anterior. El individuo suicida parece estar encerrado dentro de un sistema de creencias que excluye la búsqueda de cualquier alternativa aceptable.

4.2.3 El punto de vista psicoanalítico

Futterman (1969) sostiene que un enfoque psicoanalítico del problema del suicidio de acuerdo con las teorías originales de Freud, debe empezar con sus formulaciones acerca de la teoría del instinto. Freud propuso explicar los aspectos instintivos de nuestra vida mental suponiendo la existencia de dos impulsos: a uno lo llamó instinto de vida o *Eros*; al otro lo designó como instinto de muerte o *Thanatos*. El primer impulso describe el componente erótico de las actividades mentales y el segundo despierta los componentes agresivos y destructivos. Ninguno de ambos impulsos puede funcionar independientemente del otro, ya que se hallan fusionados en cantidades variables. Idealmente, la fusión de los impulsos eróticos con los impulsos agresivos los libera de su cualidad destructiva. Es en este punto en donde se encuentran las teorías de Freud y las postulaciones de Menninger (1952) acerca del instinto de muerte y su relación con el suicidio, en ellas este autor considera que la actividad autodestructiva emerge cuando el funcionamiento del elemento neutralizante del amor es incompleto o ineficaz. De acuerdo con lo anterior, en una persona que se suicida, el impulso destructivo sobrepasa sus límites y pone un fin inmediato a la existencia de dicha persona.

Anna Freud (1951) hace referencia a la teoría de los instintos aplicada específicamente a niños y señala que el sexo representa la fuerza de la vida, mientras que la agresión representa la fuerza destructiva.

Estos dos instintos fundamentales combinan mutuamente sus fuerzas o actúan enfrentándose. Sostiene que sin la mezcla con la agresión, los impulsos sexuales serían incapaces de alcanzar ninguna de sus metas. De igual modo, la fusión de los instintos sexuales con la agresión hace posible al niño afirmar sus derechos a la posesión de sus objetos amorosos, competir con sus rivales, satisfacer su curiosidad, desplegar su cuerpo o sus capacidades, etc. Cuando los impulsos agresivos por alguna razón no están fundidos con los sexuales, se manifiestan como tendencias puramente destructivas e incontrolables, las cuales pueden convertirse en autodestructivas.

Menninger también describe tres "elementos internos" que se necesitan en el acto suicida, que son: el deseo de muerte, el deseo de matar y el deseo de ser matado (Sarró y De la Cruz, 1991):

- El deseo de muerte.- Lo que busca el suicida en la muerte es ante todo tranquilidad, la anulación de tensiones y satisfacer el deseo de ser pasivo.
- El deseo de matar.- Es el componente agresivo en el que la idea de dañar profundamente precede con frecuencia a la del suicidio; es el vuelco de la agresividad hacia sí mismo.
- El deseo de estar muerto.- Se toma como un castigo que es necesario sufrir o como una autopenitencia. Gira hacia el masoquismo y hacia la culpa inconsciente, y hace intervenir el sadismo del superyó.

Al igual que en el deseo de matar del cual habla Menninger, Futerman (1969) señala que la agresión puede también dirigirse hacia adentro, fenómeno que, como se mencionó en el capítulo anterior, sucede también en la depresión. En esta misma línea, para Jiménez (1990), el mecanismo que opera en el suicidio puede describirse de la siguiente manera: el mundo circundante despierta en la persona sentimientos de agresividad que no pueden ser satisfechos, por lo que el sujeto dirige la agresión contra sí mismo. Agrega que además, el suicida al matarse se libera de los ataques agresivos del medio en que vive.

La hipótesis anterior coincide con lo que, de acuerdo con Litman, 1970 (citado en Sarró y De la Cruz, 1991) Freud observó acerca del suicidio, al considerarlo un fenómeno intrapsíquico originado primariamente en el inconsciente y en cuya psicodinámica intervienen la agresión y la hostilidad contra sí mismo al no poder exteriorizarla.

Freedman y Kaplan (1967) coinciden con Menninger al sostener que en el suicidio también se encuentra un componente autopunitivo y mencionan que los sentimientos e ideas suicidas pueden surgir cuando se experimenta un quiebre en los mecanismos que aseguran los sentimientos de seguridad y autoestima de la persona. A este respecto, Rado (citado en Navarro, 1995) afirma que los estados de depresión, mismos que pueden conducir al suicidio, implican una adaptación de dependencia. Señaló también, que la ira dirigida contra sí mismo tiene una naturaleza expiatoria y que su propósito adaptativo de reparación está mal encauzado.

4.2.3.1 *Explicaciones psicoanalíticas sobre el suicidio en la etapa de latencia*

Freud, (citado en Pfefer, 1985) centrándose en el desarrollo del niño y la relación temprana hijo-madre, notó que los estados de ánimo depresivos en la madre durante los 2 años después del nacimiento, pueden crear en el niño una tendencia a la depresión. Por lo tanto, la identificación primitiva de un niño con la depresión de un padre, puede ser un factor clave para muchos niños suicidas en etapa de latencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por su parte, mientras estudiaba niños normales y simbióticos en 1963, Mahler (citada en Pfefer, 1985) comentó que el comportamiento autodestructivo era observable entre los niños simbióticos. Observó que cuando había un conflicto fuera de lo normal el fenómeno normal de cuidado materno y de placer del niño en compartir con ella, se convertía en patrones de cuidado repetitivos, coercitivos y agresivos; si ese patrón no es contrarrestado por un objeto de amor, puede llevar, en una edad muy temprana, a que el niño dirija su agresión hacia su propio cuerpo. Puede hipotetizarse que las características simbióticas de esos niños pueden continuar hasta la latencia y actuar como fuertes influencias en la evolución de conducta suicida.

Por otro lado, Pfefer (1985) sostiene que la regresión del yo puede ser otro componente importante para suscitar acciones suicidas en niños. De acuerdo con él, los mecanismos regresivos pueden magnificar la falta de diferenciación del niño entre él y otros. También pueden aumentar la identificación del niño con afectos de los padres como la depresión y con sus formas de funcionamiento como la ideación suicida. Sostiene también, que la escisión es una cualidad frecuente en la regresión de niños suicidas y que puede causar una total separación de los sentimientos buenos y positivos del niño hacia él mismo y hacia otros; de los sentimientos malos y negativos hacia él mismo y hacia otros. La escisión puede ser un medio importante por el cual los niños suicidas intentan remover de la conciencia las percepciones malas de odio y rabia de ellos y de los demás. Este mecanismo puede ser uno de los últimos recursos antes de que suceda la conducta suicida. Por lo tanto, el suicidio puede ocurrir cuando el yo no puede emplear adecuadamente la represión frente a sentimientos intolerables, dando como resultado la salida de tendencias autodestructivas.

Retomando las ideas de Anna Freud (1951), la falta de fusión de los impulsos sexual y agresivo, puede llevar a una destructividad incontrolable, que finalmente puede llevar a un niño que se encuentra en esta etapa de la vida a que cometa suicidio.

Como podemos observar son diversas los elementos que pueden llevar a un niño al suicidio, situaciones que van desde la no-resolución de la simbiosis, el empleo excesivo de la escisión, una regresión a un periodo de no-diferenciación; hasta la falta de fusión entre el impulso sexual y el impulso agresivo. Por tal motivo, es importante investigar cuales fueron los factores que empujaron a un niño hacia una conducta suicida, ya que cada caso es único y como tal tiene que ser tratado.

4.3 Consideraciones acerca del suicidio infantil

Si bien es cierto que los mayores índices de suicidio se registran en adultos jóvenes y de mediana edad, se ha observado que éste también se presenta en población de menor edad, específicamente en niños. Es por esta razón, que resulta importante destacar algunas de las aportaciones con respecto al fenómeno del suicidio infantil, con las particularidades que lo distinguen del suicidio en adultos.

4.3.1 Formación del concepto de muerte en el niño

Cuando hablamos de suicidio, hablamos de muerte; y para hacerlo es necesario comprender cómo es que el niño conceptualiza la muerte. Diversos autores se han ocupado de describir el desarrollo de dicho concepto en los niños, éstos son algunos de ellos:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ajuriaguerra y Marcelli (1993) señalan 4 fases en la adquisición del sentido de la muerte:

1. En la primera existe una incomprensión total y una indiferencia completa por el tema. Se prolonga hasta los 2 años y las únicas reacciones son las que sobrevienen tras una ausencia o separación. No hay representación consciente.
2. Fase abstracta.- Responde a una percepción mítica de la muerte. Llega a ser un concepto de interrupción y desaparición; es además provisional, temporal y reversible. Se prolonga hasta los 4-6 años. Los dos estados vida-muerte no son opuestos ni contradictorios, son estados diferentes.
3. Fase concreta.- Se prolonga hasta los 9 años, es la fase del realismo infantil, de la personificación. Corresponde al conocimiento de la permanencia del objeto y se traduce por representaciones concretas: cadáver, cementerio, esqueleto, tumba. La persona muere pero al principio permanece representable en el tiempo y en el espacio. Esta fase puede subdividirse en dos periodos:
 - a) Paso de una referencia individual, mi muerte, la de tal persona, a una referencia universal (todos los hombres son mortales).
 - b) Paso de lo temporal y reversible a lo definitivo e irreversible. Aquí se produce un cambio de significado moral ligado a la muerte, una muerte considerada castigo o venganza pasa a ser un proceso natural, un elemento del ciclo biológico.
4. Entre los 9 y los 11 años, el niño entra en una fase nuevamente abstracta, pero esta vez de angustia existencial, que supone el acceso a la simbolización de la muerte y al conocimiento de este concepto, pero también al temor a la pérdida real y al final de su propio destino.

Por su parte, Sylvia Anthony, 1974 (citada en Wolff, 1977) estudió las ideas infantiles sobre la muerte en niños de diferentes edades y comprobó que:

- Con menos de 4 o 5 años de edad, el niño ignora el fenómeno, o bien responde con un interés de asombro y un tanto insensible.

- Entre los 5 y los 8 años, la muerte le intriga, la asocia a sentimientos agresivos y a temores, la considera como un castigo por fechorías, pero también como fenómeno reversible.
- Hasta los 9 años el niño no adquiere una comprensión racional de la muerte. Es también a esta edad cuando comienza a expresar pesadumbre como respuesta a la muerte de una persona querida.

Para Gesell, 1954; (citado en Ajuriaguerra, 1973), la representación de la muerte en el niño no es algo en sí ya dado, sino que sigue una evolución:

- 1) A los 4 años la idea de la muerte es muy limitada y no supone emoción especial alguna.
- 2) Hacia los 6 años comienzan las reacciones afectivas ante la muerte y el temor de la muerte de la madre, sin creer en la posibilidad de su propia muerte.
- 3) Aproximadamente a los 7 años, el niño piensa en la muerte como una clara experiencia humana, pero sólo vagamente se le ocurre pensar que ha de morir un día.
- 4) Hacia los 8 es capaz ya de aceptar el hecho de que todos, incluso él mismo, han de morir.
- 5) A los 9 años el niño aceptará con todo realismo el hecho de tener que morir más adelante.

Tanto Wallon (1962), como Förster (1968) (ambos citados en Ajuriaguerra, 1973), coinciden en señalar que el problema de la vida y de la muerte, escapan al niño, al menos hasta los nueve años; ya que antes de eso, son todavía "cosas lejanas" que aún no sabe construir en la realidad. Al niño le cuesta hacer una distinción pues tiene una distinta idea del tiempo, por lo que no comprende que la muerte haya de ser eterna.

Por otro lado, diversos autores señalados por Ajuriaguerra (1973), sostienen que inicialmente no se piensa, no se comprende ni existe la muerte: tan sólo se capta el fenómeno de la vida en relación con la experiencia normal del niño. Posteriormente, éste percibe que falta algo o alguien y compara la muerte a un viaje, a una ausencia, a un sueño, a una enfermedad y a otra forma de vivir. Por último, capta y explota personalmente todo el aparato del duelo.

Podemos observar que, para la mayoría de los autores, la adquisición del concepto de muerte sigue una secuencia dependiendo de la edad y es aproximadamente hasta los nueve años cuando el niño adquiere la capacidad para entender la muerte como algo irreversible; esto coincide con las ideas de Clarizio (1989), quien señala que los cambios más significativos en el desarrollo ocurren alrededor de los 9 años, siendo algunos de los más importantes los cambios en el desarrollo moral. Una cuestión que cabe mencionar es que, según Anzures y Espinoza (1999), los niños en general a partir de la edad escolar, en cuanto se vuelven conscientes del fenómeno de la vida y de la muerte, son capaces de saber, con extraordinaria precisión, de lo que se trata cuando se habla de la palabra suicidio.

Cabe destacar que las edades que los distintos autores plantean para cada una de las etapas, no son necesariamente las edades en las que todos los niños llegan a dichas etapas; pueden existir niños que entren más rápido o más lento a unas etapas que otros. Además, es importante señalar que aunados a los factores ya citados, en la noción del concepto de muerte intervienen otros elementos como pueden ser: la forma como los familiares hablan al niño de la muerte, el medio social y cultural en que el niño se desenvuelve, las experiencias personales de la muerte que cada uno puede tener, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.3.2 Estudios estadísticos

Es importante, al hablar de estudios estadísticos, tener en cuenta que existe un número de suicidios difícil de precisar, ya que es muy posible que algunos de éstos hayan sido "ocultados" y expuestos como actos accidentales. Marchiori (1998) coincide con este punto de vista al afirmar que existe una cifra negra oculta sobre los comportamientos suicidas, debido a que son percibidos familiar y socialmente como accidentes o descuidos de los adultos. Si tomamos en cuenta que, como menciona Solloa (2001), el suicidio de un niño causa vergüenza y culpa a los familiares sobrevivientes, no resulta raro que éstos tiendan a ocultar la verdadera causa de la muerte.

De cualquier manera, la posibilidad de que el niño intente o logre suicidarse existe; además, según se reporta en la bibliografía, la frecuencia del suicidio en niños ha aumentado durante los últimos años. De acuerdo con Ajuriaguerra y Marcelli (1993), comparadas con las de los adolescentes y adultos, las tentativas de suicidio del niño son raras, aunque no excepcionales, ya que un 10% de las tentativas de suicidio de niños y adolescentes conciernen a menores de 12 años.

4.3.2.1 El suicidio infantil en México

Existen pocos estudios realizados en México sobre la conducta suicida en niños y la mayor parte de los sustentos teóricos de dichos estudios están basados en bibliografía generada en otros países; y si bien es cierto que las cifras que se presentan en nuestro país a este respecto son mucho menores que en otros países, principalmente del Primer Mundo, es un hecho que en México hay suicidios que son cometidos por niños. Los siguientes, son algunos de los resultados que arrojaron estudios realizados a partir de la década de los sesenta.

En las cifras encontradas por Elorriaga (1972) en la década de 1960-1969, se reporta un total de 27 intentos de suicidio en menores de 14 años, de los cuales 16 se vieron frustrados y los 11 restantes fueron consumados.

Por su parte, Rodríguez-Sala (1976) encontró que en 1976 el número de suicidios en menores de 14 años fue de 16. Tanto en este estudio, como en el que se menciona a continuación, cabe destacar que las estadísticas del suicidio no incluyen la gran cantidad de tentativas frustradas; esto se reviste de gran importancia si consideramos la afirmación de Gómez y Borges (1996) de que la proporción es de 8 muertos por 10 suicidas y de algunos otros autores cuyas cifras, aunque no coinciden exactamente con las de Gómez y Borges, confirman que, existe una discrepancia importante entre los intentos de suicidio y los suicidios consumados.

En uno de los estudios más recientes, en 1999 el INEGI realizó las estadísticas sobre las causas más comunes de mortalidad en edad escolar y, en ellas, el suicidio ocupa el lugar número 13 con un total de 99 muertes, situándose entre los casos de muerte por anemia y los casos de muerte debido a accidentes cerebrovasculares. En esta afirmación existe además del ya mencionado en el apartado anterior, otro punto que cabe destacar, y es que en las estadísticas realizadas por el INEGI, el primer lugar en causas de mortalidad en edad escolar lo ocupan los accidentes y si consideramos, como menciona Moron (1987), que muchos de los "accidentes" mortales son motivados de manera inconsciente, estas cifras adquieren aún mayor relevancia. Es importante señalar que estas cifras tampoco incluyen las numerosas conductas autodestructivas de otras clases.

Como podemos observar el número de suicidios de menores de edad ha aumentado considerablemente de 1960 a la fecha, lo cual debe de ser un llamado de atención, ya que el suicidio se esta convirtiendo en un fenómeno cada vez más común y por lo tanto en un problema de mayores dimensiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta situación requiere de acciones inmediatas, ya que la tendencia indica que, a menos que se haga algo al respecto, las cifras continuarán aumentando.

4.3.2.1.1 *El suicidio en niños y niñas*

Las estadísticas en cuanto a las diferencias entre niños y niñas en las tasas de suicidio coinciden, de manera general a lo encontrado en adultos. A continuación se describen algunos de los estudios realizados a este respecto.

Sauceda, Montoya, Higuera, Maldonado, Anaya y Escalante (1997) estudiaron a 21 pacientes con edades entre 7 y 15 años de edad con intentos suicidas, en los que predominaron las mujeres 6:1 sobre los varones. En tanto que en las estadísticas elaboradas por Elorriaga (1972), aún cuando son las mujeres las que más intentan quitarse la vida, la razón en cuanto a suicidios consumados es inversa, siendo ésta de 2:1 en favor de los hombres, lo cual coincide con lo encontrado por Saltijeral en 1987 (citado en Gómez y Borges, 1996).

Anzures y Espinosa (1999), sin dar una cifra determinada, sostienen que las niñas amenazan e inclusive intentan suicidarse más que los niños, pero los varones lo cumplen fatalmente más veces que las mujeres. Sauceda (1998) coincide con lo anterior y sostiene que existe una proporción aproximada de 3:1 de las mujeres con respecto a los hombres, aunque éstos en mayor medida lo consuman debido a que tienden a utilizar métodos potencialmente letales.

4.3.2.2 *La prevalencia de la ideación suicida*

Medina-Mora y cols., en 1994 (citados en Gómez y Borges, 1996) hicieron un estudio para encontrar la relación entre la ideación suicida y el abuso de sustancias, investigaron 3,459 estudiantes de edades comprendidas entre los 9 y los 18 años y encontraron que el 47% de los estudiantes había presentado por lo menos, un síntoma de ideación suicida (reportado por ellos mismos durante la entrevista posterior al intento). De acuerdo con dichos autores, la ideación suicida se presentó en una proporción ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres. También se encontró que la ideación suicida constituye un factor de riesgo importante para el consumo de drogas.

En un estudio realizado en el Hospital Infantil de México con 21 menores que fueron llevados a urgencias por intento de suicidio, Saucedo et al. (1997) encontraron, después de una entrevista en la que se les preguntó directamente al respecto, que el 57% de los pacientes tuvieron pensamientos suicidas desde por lo menos una semana antes del intento y que 48% tomaron precauciones para no ser descubiertos.

Siguiendo en esta línea de pensamiento, Orbach y cols., 1981 (citados en Sarró y De la Cruz, 1991) valoran que hay un acuerdo creciente ante la idea de que la tendencia hacia la conducta suicida del adolescente y del adulto se forma durante la infancia. De acuerdo con dichos autores, en el acto suicida del niño aparecen aspectos similares al del adolescente, como la planificación, los métodos, la depresión y la percepción de la muerte y, sobre todo, el hecho de que en estas edades también suele ser un proceso prolongado y no un acto manipulativo o impulsivo.

Lo anterior nos lleva a concluir que, si bien los intentos de suicidio en la niñez tienden a presentar un alto grado de impulsividad, la mayor parte de los casos realizan intentos premeditados o no impulsivos, lo cual señala, como ya ha sido mencionado, la existencia de verdaderos síndromes depresivos.

4.3.3 Claves para la detección de la ideación suicida

De acuerdo con Leenars y Wenckstein (1990), estas claves se basan en observaciones conductuales y pueden ser los primeros signos de alerta para detectar la ideación:

- Afirmaciones verbales.- Son las claves más claras y deben de ser tomadas seriamente, ya que no todas las amenazas son para llamar la atención, algunas llevan implícita una verdadera intención de realizarlas.
- Claves cognitivas.- El estado mental más frecuente en la persona suicida es la constricción, hay un angostamiento del rango de opciones que ocurren en la mente. Frecuentemente los niños usan palabras como "sólo", "siempre", "nunca" y "para siempre".
- Claves emocionales.- El niño suicida está generalmente altamente perturbado, está ansioso y a veces hasta agitado. La depresión es frecuentemente evidente.
- Cambios conductuales repentinos.- Cualquier cambio de este tipo debe de llamar nuestra atención, una preocupación repentina por la muerte puede ser una clave importante.
- Cualquier conducta que ponga en riesgo la vida del niño, como por ejemplo accidentes frecuentes.

4.3.4 Factores de riesgo

Existen ciertos factores que contribuyen a aumentar el riesgo de que pueda presentarse el suicidio en la infancia. De acuerdo con la American Association of Suicidology (2001), los más importantes son: amenazas suicidas, declaraciones que revelen deseos de morir, intentos suicidas previos, cambios repentinos de comportamiento (aislamiento, apatía, volubilidad), depresión y arreglos finales (como regalar sus pertenencias).

Por su parte, Marsellach (1999) sostiene que la depresión es uno de los factores más importantes, pero agrega como elementos de riesgo la falta de comunicación y la agresividad. Tanto Gould y Kramer (2001), como el National Cancer Institute (2000) en su artículo "Suicide and children", Leenars y Wenckstein (1990) y McClure (2001), hacen una clasificación de los factores de riesgo, en donde además de incluir algunos de los factores ya mencionados, mencionan otros más.

Dicha clasificación quedaría resumida de la siguiente manera:

1. Psicopatología.- En diversos estudios psicológicos forenses que se han realizado a niños que se suicidaron, se ha encontrado que una vasta mayoría tenía problemas psiquiátricos significativos, incluyendo conducta suicida previa y desórdenes depresivos, los cuales según McClure (2001), tienen la asociación más fuerte con el suicidio. De acuerdo con Gould y Kramer (2001) estos últimos constituyen consistentemente los desórdenes de mayor prevalencia teniendo un índice de entre 41% y 64%. Dichos autores no indican una cifra con respecto al porcentaje en que los niños estudiados presentaron algún problema mental, pero el NCI (2000) reporta que el 95% de los menores de 15 años que se suicidan padecen algún problema mental. Dentro de este rubro, McClure (2001) destaca que los actos múltiples de auto daño deliberado aumentan el riesgo de suicidio.
2. Factores cognitivos.- Basada en la asociación entre desesperanza y suicidio en adultos, se ha postulado una relación similar para niños y adolescentes. Sin embargo, la desesperanza no ha probado consistentemente ser un predictor independiente de suicidio.
3. Eventos vitales estresantes.- Dentro de este ámbito, Hendin (1985) destaca las pérdidas interpersonales, problemas disciplinarios, situaciones de abuso, cambios en la calidad de vida familiar, cambios en la intensidad de presiones competitivas para lograr éxito, etc.

4. Factores familiares

- Historia familiar.- Una familia con historia de conducta suicida aumenta en gran medida el riesgo de suicidio (Gould y Kramer, 2001). Los estudios también han encontrado altas tasas de psicopatología en los padres, particularmente depresión y abuso de sustancias asociadas con el suicidio, la ideación suicida y los intentos fallidos.
- Divorcio de los padres.- De acuerdo con el NCI (2000), algunos estudios han encontrado que las víctimas de suicidio provienen más comúnmente de familias desintegradas. Gould y Kramer (2001) explican la asociación entre separación/divorcio y suicidio por la psicopatología de los padres; lo que es consistente con la asociación entre divorcio y depresión de los padres.
- Relaciones padre-hijo.- Se reportan relaciones padre-hijo problemáticas. Las víctimas de suicidio tienen una comunicación significativamente menos frecuente y menos satisfactoria con sus padres y madres; La agresión familiar también prevalece en estos niños.
- Funcionamiento familiar.- Leenars y Wenckstein (1990) recalcan que el sistema familiar y su funcionamiento es un factor central asociado con el comportamiento suicida en niños y mencionan cuatro características relevantes en dichas familias:
 - Falta de límites generacionales: separación insuficiente de alguno de los padres (o ambos) de su familia de origen.
 - Inflexibilidad: cualquier cambio es visto como una amenaza para la supervivencia de la familia, emplean la negación y el secreto, y existe una falta de comunicación.
 - Existencia de relaciones simbióticas entre padres e hijos y generalmente los padres no pueden proveer la protección emocional y apoyo que el niño necesita.
 - Desorganización a largo plazo (disfuncionalidad).

5. Contagio.- Según Gould y Kramer (2001), existe evidencia considerable de que las historias sobre suicidio en los medios de comunicación son seguidas por un aumento significativo en el número de suicidios. La explicación a este fenómeno es que dichas historias fomentan la imitación.
6. Factores biológicos de riesgo.- La evidencia sugiere que existen anomalías en el sistema serotoninérgico asociadas al comportamiento suicida, así como a la impulsividad y la agresión (Pfefer y cols., 1998, citados en Gould y Kramer, 2001). Díaz del Guante, 1994 (citado en Gómez y Borges, 1996) agrega además, que las personas suicidas se caracterizan por una baja producción de noradrenalina. La producción de norepinefrina también es menor en estos casos (Anzurez y Espinosa, 1999).

4.3.5 *La impulsividad como componente principal del suicidio en niños*

Una de las interrogantes principales a que nos enfrentamos en situaciones de suicidios o intentos suicidas en niños, es ¿qué tanto el intento suicida fue premeditado y tuvo la intención de terminar con la existencia? o ¿en qué medida constituyó una acción impulsiva desencadenada por diversos factores?

En el primer caso, muy probablemente existiría un cuadro depresivo, que como se mencionó anteriormente, es el desorden que se presenta en mayor número relacionado con el suicidio. Sin embargo, no todos los intentos de suicidio pueden explicarse por un cuadro depresivo, de esta manera, existe un segundo caso en el que se trataría más bien de una expresión de impulsividad. También es posible que el intento sea resultado de una mezcla de ambos factores determinantes, la depresión y la impulsividad.

En el estudio realizado por Saucedo y cols. (1997) mencionado anteriormente, se encontró que, de los 21 menores, 10 pacientes tenían sólo diagnósticos de tipo depresivo, 4 pacientes de tipo impulsivo-agresivo y 7 contaban con diagnósticos de ambos tipos.

Ajuriaguerra y Marcelli (1993) sostienen que en algunos niños se observan verdaderas conductas autolesivas, sin que éstas sean consideradas propiamente conductas suicidas. Dichas conductas pueden observarse en el curso de una gran crisis de agitación, por lo que la peligrosidad de estas conductas puede ser muy grande y el límite con las tentativas de suicidio es impreciso.

Por otra parte, autores como Duché, Riquet, Gessel, etc. (citados en Ajuriaguerra y Marcelli, 1993) han establecido un paralelismo entre las conductas suicidas manifiestas y la propensión a los accidentes en algunos niños. Algunos de ellos adoptan así conductas de "desafío" que ponen en peligro su vida; en otros, su historia clínica está llena de accidentes. Estudios realizados sobre estos niños o sus familias evidencian una semejanza de rasgos con los casos de tentativas de suicidio. A este respecto, Ajuriaguerra (1973) sostiene que los accidentes son la reacción ante un estado de frustración mediante un acto impulsivo sin control.

La cuantificación clínica de los factores depresivos e impulsivos en el intento de suicidio tiene relevancia en términos terapéuticos, ya que como mencionan Saucedo y cols. (1997), aunque todos los casos requieren de tratamiento psicológico, éste se modifica radicalmente de uno a otro caso, dependiendo de las características antes mencionadas; además de que cuando es necesaria la utilización de fármacos, éstos son completamente diferentes en niños depresivos y en aquellos que dan muestras francas de conductas agresivas e impulsivas.

4.3.6 Trastornos fronterizos en la niñez

Como pudo observarse en lo mencionado anteriormente, el diagnóstico que tiene una asociación más estrecha con el suicidio es el de depresión. Sin embargo, existen otros cuadros que guardan cierta relación con dicho fenómeno; los trastornos de personalidad caen en este rubro y, según Sarró y De la Cruz (1991), la tasa de suicidio consumado entre los pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad es 15 veces superior a la de la población general.

Los trastornos fronterizos constituyen un trastorno de personalidad y su existencia comenzó a ser discutida en 1949 por Margaret Mahler, quien englobó con el término de "psicosis benigna" a estos cuadros (Olmos y Paz, 1976).

Después de Margaret Mahler, 1949 (citada en Olmos y Paz, 1976) diferentes autores¹⁵ trataron el tema de estos trastornos en la infancia, y si bien los nombres que usaron para designarlos son diversos, pueden encontrarse las características comunes que conforman el cuadro fronterizo, las cuales se mencionan a continuación:

- ✓ Predominio de sentimientos de irritación y enojo
- ✓ Fragilidad del sentido de identidad
- ✓ Fluctuación yoica entre una modalidad de organización psicótica y otra neurótica
- ✓ Baja tolerancia a la frustración
- ✓ Falta de diferenciación emocional de la madre
- ✓ Pobre control de impulsos
- ✓ Ansiedad
- ✓ Explosiones de rabia u hostilidad

¹⁵ Kestenberg los llama pseudoesquizofrenias, Baudin los denomina prepsicosis; otros como Ekstein, Wallerstein, Knowlton, Burg, Frling, Geleerd, Rosenfeld, Sprince, Settlage, Bonard y Fintzy coinciden en llamarlos borderline, límite o fronterizo (citados en Olmos y Paz, 1976)

- ✓ Empleo de la escisión como mecanismo para dividir el mundo objetal en "bueno" y "malo".
- ✓ Predominio de defensas primitivas como negación, proyección, desplazamiento e introyección, pero que coexisten con algunas defensas típicamente neuróticas.
- ✓ Difusión de los límites del yo
- ✓ Daño en la relación con la realidad y en el sentido de realidad, aún cuando están en contacto con la realidad.
- ✓ Tendencia al acting out¹⁶
- ✓ Tendencia al aislamiento
- ✓ Tendencia a los accidentes
- ✓ Inmadurez emocional
- ✓ Escasa percepción del dolor y/o de las posibilidades de peligro.

A partir de lo anterior, puede entenderse cómo es que los niños fronterizos pueden llegar al suicidio. Podemos observar que, como se mencionó, desde los primeros meses de vida de estos niños existen sentimientos de irritación y enojo, mismos que pueden agudizarse hasta dar origen a fuertes explosiones de violencia frente a situaciones de separación o cuando se enfrenta al niño con mínimas frustraciones (Knowlton y Burg, 1955, citados en Olmos y Paz, 1976). En 1958, Geleerd (citada en Olmos y Paz, 1976) nos dice que debido al pobre control de impulsos, los niños pueden tener explosiones de rabia, en las cuales se encuentran fuera de la realidad, por lo que su juicio se ve empañado y pueden atentar contra su vida o atacar a alguien más. Las explosiones mencionadas remarcen la falta de fusión entre impulsos sexuales y agresivos y si recordamos que los niños suicidas pueden confundir, fundir e identificar sus percepciones y sentimientos hacia ellos mismos, con las percepciones y sentimientos hacia otro; si el niño quiere dañar a alguien, puede también querer dañarse a sí mismo.

¹⁶ Acto que intenta resolver un conflicto interno a través de la traslación de un conflicto no verbalizado en acción (Olmos y Paz, 1976).

De acuerdo con Friljing (1969)*, los estados borderline pueden ser vistos como detenciones del desarrollo en la fase simbiótica, en donde las madres pueden ser descritas como madres posesivas, agresivas, con una fuerte tendencia a forzar a sus hijos a un vínculo simbiótico (Kestenberg, 1952)*; además se presenta un retiro de los suministros maternos ante el intento del niño de separarse o individuarse, lo que lo retiene en la fase antes mencionada (Bonnard, 1967)*.

El que un niño padezca algún trastorno mental, ya sea un cuadro depresivo, un trastorno fronterizo de la personalidad, o cualquier otro; es un factor de riesgo importantísimo para el suicidio. Es por esta razón, que un tratamiento oportuno en cualquiera de los casos antes mencionados, puede ayudar a prevenir que se presente un intento suicida o que se consume un suicidio.

* Citados en Cirmos y Paz, 1976.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5 Metodología

5.1 *Objetivo general*

El objetivo de la presente investigación es verificar la existencia de ideación suicida en niños de 9-10 años de edad.

5.1.1 *Objetivos específicos*

- Elaboración de una escala para medir ideación suicida en niños de 9-10 años de edad.
- Encontrar las diferencias en los niveles de ideación suicida entre niños y niñas de 9-10 años de edad.

5.2 *Hipótesis*

- Hi 1: Existe ideación suicida en niños de 9 y 10 años de edad.
- Ho 1: No existe ideación suicida en niños de 9 y 10 años de edad.
- Hi 2: Los niveles de ideación suicida serán significativamente más altos en las niñas que en los niños.
- Ho 2: No habrá diferencias significativas en los niveles de ideación suicida entre sexos.

5.3 Tipo de estudio

El siguiente, se trata de un estudio no experimental, ya que no se manipula deliberadamente ninguna variable, sino que se observan situaciones ya existentes. Del mismo modo, es un diseño de investigación transversal correlacional, en el que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único y cuyo propósito es describir relaciones entre dos o más variables y analizar su incidencia en un momento dado (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

5.4 Población

La población está conformada por niños y niñas de 9 y 10 años de edad, de nivel socioeconómico bajo, que cursan 4° o 5° de primaria en alguna de estas dos escuelas pertenecientes al sector escolar 100, zona 13 en la delegación Gustavo A. Madero: "Educación para todos" (turnos matutino y vespertino) y "Escuela Primaria Lucas Ortiz Benítez".

5.4.1 Muestra

Se obtuvo mediante un muestreo probabilístico simple, en donde se determinó un número de sujetos mínimo igual a 180 para que pudiera considerarse que la muestra representa significativamente a la población, la cual es de un total de 710 niños. De esta forma la muestra quedó conformada por 185 niños y niñas de dichas escuelas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Características de la muestra

n= 185

<i>Edad</i>		<i>Sexo</i>		<i>Grado</i>		<i>Escuela</i>	
9	77	Hombres	94	4°	79	Educación	115
10	108	Mujeres	91	5°	106	Lucas Ortiz B.	70
<i>Total</i>	185	<i>Total</i>	185	<i>Total</i>	185	<i>Total</i>	185

5.5 Instrumento

Escala para medir ideación suicida en niños de 9 y 10 años de edad*

5.6 Variables

5.6.1 *Tipo*

- VI: Edad de los sujetos
- VI: Sexo de los sujetos
- VD: Ideación suicida

*Ver anexo I

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5.6.2 Definición conceptual

- VI: De acuerdo con la Real Academia Española (1970), es el tiempo que una persona lleva existiendo desde su nacimiento.
- VI: Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer (Real Academia Española, 1970).
- VD: De acuerdo con Saucedo (1998), la ideación suicida consiste en pensamientos relacionados con quitarse la vida o producirse daño voluntariamente.

5.6.3 Definición operacional

- VI: Número de años de vida de los sujetos.
- VI: Opción seleccionada (femenino o masculino) en la hoja de respuestas de la escala de ideación suicida.
- VD: Respuestas dadas a los reactivos de la escala de ideación suicida.

5.7 Procedimiento

5.7.1 Elaboración de la escala

Para la elaboración de la escala se siguió el siguiente procedimiento:

1. Selección y creación de reactivos.- Se obtuvieron reactivos de las escalas de depresión infantil CDS (en Olivares, 1987) y DSRS (en Ortiz, 2001), otros se modificaron a partir de la Escala de Desesperanza y de la Escala de Ideación Suicida de Beck (en Ramos y Buendía, 1993), y algunos otros se redactaron especialmente para la escala, la cual quedó conformada por los siguientes reactivos:

1. Me gusta vivir la vida.
2. He tenido ganas de morir.
3. Algunas veces creo que mis papás sólo me ponen atención cuando me lastimo o cuando estoy enfermo.
4. He pensado sobre mi propia muerte.
5. Creo que no vale la pena vivir.
6. Me siento feliz cuando pienso en todo lo que voy a hacer cuando sea grande.
7. A veces desearía estar muerto.
8. Cuando alguien me hace enojar, siento ganas de vengarme.
9. A menudo imagino que me hago heridas o que me muero.
10. Tengo muchas ganas de vivir.
11. Mi vida está vacía y sin significado.
12. Sé que soy una carga para otros.
13. Tengo todo un futuro para realizar lo que más quiero en la vida.
14. La mayor parte del tiempo pienso en la muerte.
15. Me he llegado a lastimar o a cortar a mí mismo sin saber por qué.
16. Cuando la vida se pone difícil, quisiera tan sólo rendirme.
17. Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero.
18. Generalmente siento que la vida vale la pena.
19. Algunas veces siento que debería herirme.
20. Veo mi futuro con tristeza.
21. Tengo muchas razones para vivir.

2. Calificación de jueces.- Cinco jueces calificaron cada reactivo de la escala en cuanto a redacción y validez en una escala del 1 al 5. Así mismo, hicieron sugerencias para mejorar los reactivos y para la creación de nuevos reactivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los jueces fueron:

Lic. Lucía Reyes Romero
Lic. Sonia López Cureño
Lic. Cecilia Torres Alegre
Mtra. Laura Elena Martínez Lara
Lic. Aline Bocardo Romo de Vivar

3. Modificaciones a la escala.- A partir del análisis estadístico de las calificaciones de los jueces, en donde el promedio mínimo para conservar los reactivos era de 4 y de 3.5 si podía hacerse alguna modificación, y las sugerencias de los mismos; se desechó el reactivo No. 11, ya que la mayoría de los jueces coincidieron en que los niños difícilmente lo entenderían, y se corrigieron los siguientes reactivos:

Reactivo original	Reactivo final
Me gusta vivir la vida.	Me gusta vivir.
He tenido ganas de morir.	Algunas veces he sentido ganas de morir.
He pensado sobre mi propia muerte.	En ocasiones he pensado en morirme.
Tengo muchas ganas de vivir.	Tengo ganas de vivir.
Sé que soy una carga para otros.	Siento que soy una carga para otros.
La mayor parte del tiempo pienso en la muerte.	Muchas veces pienso en la muerte.
Me he llegado a lastimar o a cortar a mí mismo sin saber por qué.	Me he lastimado o cortado a mí mismo.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA
FALLA DE ORIGEN

Reactivo original	Reactivo final
Cuando la vida se pone difícil, quisiera tan sólo rendirme.	Cuando tengo problemas quisiera rendirme.
Nunca consigo que las cosas me salgan como quiero.	Nunca logro que las cosas me salgan como quiero.
Generalmente siento que la vida vale la pena.	Generalmente siento que vale la pena vivir.
Algunas veces siento que debería herirme.	En ocasiones me gusta lastimarme.

Por sugerencia de los jueces, los reactivos "Algunas veces creo que mis papás sólo me ponen atención cuando me lastimo o cuando estoy enfermo" y "A menudo imagino que me hago heridas o que me muero" se separaron cada uno en 2 reactivos para que cada uno contuviera una sola afirmación. Del mismo modo, también por sugerencia de los jueces se agregaron los reactivos: "A menudo tengo accidentes" y "Mis papás estarían mejor sin mí". La escala final quedó conformada por 24 reactivos, de los cuales 6 son positivos y 18 negativos (ideativos). Se responde aproximadamente en 15 minutos y se corrige aproximadamente en 5 minutos, asignando puntuación de 1, 2, 3, 4 y 5 en función de la respuesta dada a cada reactivo; a mayor sintomatología corresponde mayor puntuación. Los reactivos quedaron de la siguiente manera:

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

1. Me gusta vivir.
2. Algunas veces he sentido ganas de morir.
3. Algunas veces creo que mis papás sólo me ponen atención cuando me lastimo.
4. Me siento feliz cuando pienso en todo lo que voy a hacer cuando sea grande.
5. Cuando alguien me hace enojar siento ganas de vengarme.
6. Algunas veces desearía estar muerto.
7. A menudo imagino que me hago heridas.
8. Siento que soy una carga para otros.
9. Creo que no vale la pena vivir.
10. Algunas veces creo que mis papás sólo me ponen atención cuando me enfermo.
11. Tengo muchas razones para vivir.
12. En ocasiones he pensado en morirme.
13. Tengo todo un futuro para realizar lo que más quiero en la vida.
14. Me he lastimado o cortado a mí mismo.
15. Cuando tengo problemas quisiera rendirme.
16. A menudo imagino que me muero.
17. Tengo ganas de vivir.
18. A menudo tengo accidentes.
19. Nunca logro que las cosas me salgan como quiero.
20. Me siento triste cuando pienso en el futuro.
21. Mis papás estarían mejor sin mí.
22. En ocasiones me gusta lastimarme.
23. Muchas veces pienso en la muerte.
24. Generalmente siento que vale la pena vivir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Aplicación de la escala.- Dicha aplicación se llevó a cabo de manera colectiva, con una muestra de 99 niños de la "Escuela primaria Salvador Allende", perteneciente al sector escolar 100, zona 13 y ubicada en la delegación Gustavo A. Madero. La escala se aplicó a todos los niños de 9 y 10 años cursando 4° y 5°, los cuales se encontraban divididos por aulas, con un total de 6 aulas.

<i>Características de la muestra para la aplicación piloto</i>					
<i>n = 99</i>					
<i>Sexo</i>		<i>Edad</i>		<i>Grado</i>	
Hombres	47	9 años	39	4°	45
Mujeres	52	10 años	60	5°	54
<i>Total</i>	99	<i>Total</i>	99	<i>Total</i>	99

Una vez en los salones, el examinador repartió dos hojas con la escala a cada niño y les pidió que anotaran sus datos y una vez que terminaron de anotarlos, el examinador leyó junto con los niños las instrucciones escritas en la escala: "Por favor contesta sinceramente a las siguientes oraciones que describen lo que piensas o lo que sientes. Tienes cinco opciones de respuesta: si estás muy de acuerdo, pon una palomita en el primer cuadro; si estás de acuerdo, en el segundo; si no estás seguro, en el tercero; si estás en desacuerdo, en el cuarto y si estás muy en desacuerdo, en el último cuadro. No hay respuestas buenas o malas, lo importante es que digas realmente lo que piensas o sientes".

Posteriormente se dio un ejemplo y se respondieron las dudas que había. Después se les indicó que el examinador iba a leer cada una de las oraciones y les daría tiempo para que pusieran su respuesta en ese momento. El examinador leyó cada uno de los reactivos dando tiempo para que respondieran y una vez que terminaron de responder, se recogieron las hojas y se verificó que cada niño hubiera contestado todos los reactivos.

Una vez terminada la aplicación, se puntuó cada reactivo en una escala de 1 a 5 en dirección de la ideación suicida. Después de obtenidas las puntuaciones, se obtuvo el coeficiente alpha de Cronbach (α) para medir la consistencia interna del instrumento y así conocer su confiabilidad. El resultado de dicho procedimiento arrojó el siguiente resultado: $\alpha = 0.81^{17}$, el cual indica una confiabilidad aceptable. Del mismo modo, se obtuvo la validez de constructo por medio de dos evidencias: los juicios por parte de los expertos de que el contenido de la prueba corresponde al constructo de interés y el análisis de la consistencia interna de la prueba. De esa manera quedaron establecidas la confiabilidad y la validez de la escala. Posteriormente se obtuvieron las normas para la escala, las cuales quedaron de la siguiente manera:

¹⁷ Ver anexo 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Normas para la escala

Intervalo	Clase	Frecuencia	Porcentil
25-31	28	3	3
31-37	34	2	5
37-43	40	10	15
43-49	46	16	31
49-55	52	15	46
55-61	58	11	57
61-67	64	14	71
67-73	70	15	86
73-79	76	6	92
79-85	82	5	97
85-91	88	2	99
		99	

Nota: La media es igual a 57.52, lo que implica que cualquier puntuación que se ubique entre el percentil 57 y el 99, se interpreta como presencia de ideación suicida.

5.7.2 Procedimiento posterior

La escala se aplicó de forma colectiva en los salones, siguiendo el mismo procedimiento que en la aplicación piloto. En la escuela "Educación para todos" se aplicaron 115 escalas (63 en el turno matutino y 52 en el turno vespertino) en un total de 9 salones; mientras que en la "Escuela Primaria Lucas Ortiz Benítez" se aplicaron 76 escalas distribuidas en 4 salones. La aplicación se realizó en 3 días, utilizándose un día para la escuela Lucas Ortiz Benítez y un día para cada uno de los turnos de Educación para todos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fueron aplicadas un total de 191 escalas, de las cuales se desecharon 5 por tener respuestas dobles en algún reactivo y 1 por tener una mayoría de respuestas "No estoy seguro", quedando de esta forma una muestra de 185 niños.

5.8 *Análisis de los resultados*

Se hace un análisis estadístico de los datos realizando primero una distribución de frecuencias por percentiles. Posteriormente se obtiene un intervalo de confianza para la proporción de la población y por último, se realiza una prueba de hipótesis para la diferencia de dos medias con muestras grandes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6 Resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos:

- Tabla 1: Puntajes obtenidos en la escala.
- Tabla 2: Distribución general por percentiles.
- Tabla 3: Distribución por percentiles de hombres y mujeres.
- Tabla 4: Intervalo de confianza para la proporción de la población.
- Tabla 5: Prueba de hipótesis para la diferencia de dos medias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Puntajes totales

Folio	Sexo	Edad	Grado	Puntaje
1	M	10	5	64
2	M	10	5	69
3	F	10	5	38
4	M	10	5	53
5	F	10	5	57
6	F	10	5	66
7	F	10	5	42
8	F	10	5	70
9	M	10	5	45
11	F	10	5	43
12	F	9	4	24
13	F	9	4	50
14	M	9	4	36
15	M	9	4	66
16	M	9	4	57
17	F	9	4	85
18	F	9	4	72
19	F	9	4	70
20	F	9	4	45
21	M	9	5	51
22	M	9	4	66
23	M	9	4	69
24	M	9	4	68
25	F	9	4	51
26	F	9	4	52
27	F	9	4	44
28	F	9	4	72
29	F	9	4	32
30	F	9	4	86
31	F	9	4	70
32	M	9	4	51
33	F	9	4	61
34	M	9	4	61
35	M	9	4	60
36	M	9	4	75
37	M	9	4	66
38	F	9	4	46
39	M	9	4	71
40	M	9	4	64
41	M	9	4	58
42	M	10	4	54
43	M	10	4	54

Folio	Sexo	Edad	Grado	Puntaje
44	M	9	4	32
45	M	9	4	66
46	F	9	4	49
47	M	9	4	34
48	F	10	4	50
49	F	9	4	45
50	M	9	4	33
51	F	9	4	62
52	F	10	4	38
53	F	9	4	39
54	F	9	4	32
55	M	9	4	41
56	F	10	4	38
57	F	9	4	67
58	M	9	4	48
59	F	9	4	60
60	F	9	4	61
61	F	9	4	53
62	M	10	5	60
63	M	10	5	53
64	M	10	5	73
65	F	10	5	61
66	M	10	5	46
67	F	10	4	50
68	M	9	4	62
69	M	10	4	44
70	M	9	4	42
71	F	10	4	42
72	M	10	5	42
73	M	10	5	46
74	M	10	5	62
75	F	10	5	44
76	M	10	5	58
77	M	10	5	44
78	F	10	5	71
79	M	10	5	37
80	F	10	5	61
81	M	10	5	66
82	F	10	5	55
83	F	10	5	71
84	M	10	5	36
85	M	10	5	61

Tabla 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Folio	Sexo	Edad	Grado	Puntaje
86	F	10	5	50
87	M	10	5	45
88	F	10	5	54
89	F	10	5	35
90	M	10	5	106
91	M	10	5	50
92	M	10	5	63
93	F	10	5	77
94	M	10	5	63
95	M	10	5	53
96	M	10	5	44
97	F	10	5	71
98	F	10	5	65
99	F	10	5	30
100	M	10	5	53
101	M	10	5	54
102	M	10	5	54
103	M	10	5	57
104	F	10	5	51
105	M	10	5	57
106	M	10	5	50
108	F	10	5	59
109	M	10	5	62
110	M	10	5	59
111	M	10	5	55
112	M	10	5	64
113	F	10	5	76
114	F	10	5	49
115	M	10	5	71
116	M	10	5	38
118	F	10	5	52
119	M	10	5	64
120	F	10	5	71
121	F	10	5	54
122	F	10	5	52
124	M	10	5	61
125	M	10	5	73
127	M	10	5	53
128	M	10	5	47
129	M	10	5	38
130	F	10	5	50
131	F	10	5	36
132	F	10	5	34
133	M	10	5	27
134	M	10	5	36
135	M	10	5	58

Folio	Sexo	Edad	Grado	Puntaje
136	M	10	5	51
137	M	10	5	36
138	M	10	5	47
139	F	10	5	67
140	M	10	5	56
141	F	10	5	38
142	F	10	5	33
143	F	10	5	37
144	F	10	5	34
145	F	10	5	24
146	F	10	5	24
147	F	10	5	24
148	F	10	5	37
149	M	10	5	55
150	M	10	5	51
151	F	10	5	45
152	F	10	5	46
153	F	10	5	56
155	F	10	4	52
156	M	9	4	55
157	F	9	4	53
158	M	9	4	42
159	F	9	5	34
160	M	9	4	48
161	M	9	4	74
162	M	9	5	63
163	F	9	4	69
164	F	9	4	45
165	F	9	4	43
166	F	9	4	29
167	F	9	4	49
168	F	10	5	59
169	F	10	5	32
170	F	10	4	83
171	F	10	4	48
172	M	10	4	43
173	M	10	5	41
174	F	9	5	60
175	M	9	4	67
176	M	9	4	43
177	M	9	4	69
178	F	9	4	39
179	M	9	4	60
180	F	9	4	31
181	F	9	4	43
182	F	9	5	63

Tabla 1

TEMAS CON
FALLA DE ORIGEN

Folio	Sexo	Edad	Grado	Puntaje
183	M	9	5	43
184	M	9	4	51
185	M	9	4	60
186	F	9	4	40
187	F	9	5	52
188	M	9	5	32
189	F	9	5	33
190	M	9	5	25
191	M	9	4	63

Tabla 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Distribución por percentiles

Percentil	Frecuencia	Porcentaje
3	9	4.86%
5	21	11.35%
15	22	11.89%
31	23	12.43%
46	36	19.45%
57	25	13.51%
71	23	12.43%
86	18	9.72%
92	4	2.16%
97	2	1.08%
99	2	1.08%
	185	

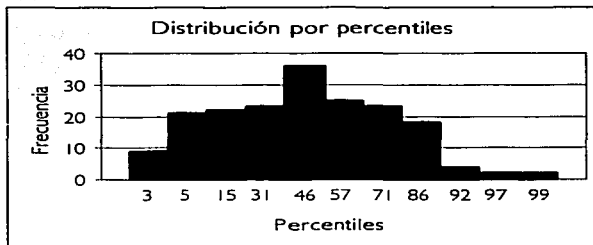


Tabla 2

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Distribución por percentiles de hombres y mujeres

Hombres		
Percentil	Frecuencia	Porcentaje
3	2	2.12%
5	9	9.57%
15	10	10.63%
31	11	11.70%
46	19	20.21%
57	15	15.95%
71	17	18.08%
86	8	8.51%
92	2	2.12%
97	0	0%
99	1	1.06%
	94	

Mujeres		
Percentil	Frecuencia	Porcentaje
3	7	7.69%
5	12	13.18%
15	12	13.18%
31	12	13.18%
46	17	18.68%
57	10	10.98%
71	6	6.59%
86	10	10.98%
92	2	2.19%
97	2	2.19%
99	1	1.09%
	91	

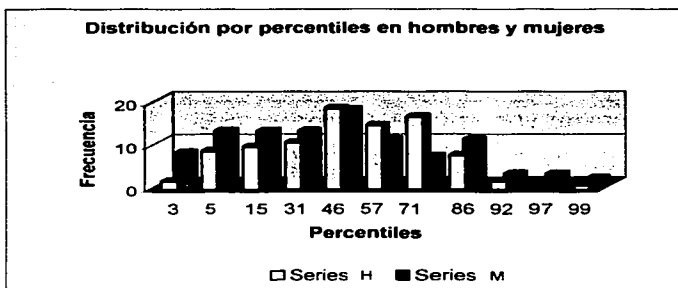


Tabla 3

Intervalo de confianza para la proporción de la población

Se obtiene a través de la siguiente fórmula:

$$P = X/n \pm Z_{\alpha/2} \sqrt{\frac{X/n(1-X/n)}{n}}$$

En donde:

X = media

n = tamaño de la muestra

$Z_{\alpha/2}$ = constante = 2.275 con un nivel de significancia de .01¹⁸

	Hombres	Mujeres
N	94	91
P-	0.4429	0.4230
P+	0.7056	0.6911

Por lo tanto:

- Se afirma con un intervalo de confianza del 99% que entre el 44% y el 70% de la población masculina estudiada presenta ideación suicida.
- Se afirma con un intervalo de confianza del 99% que entre el 42% y el 69% de la población femenina estudiada presenta ideación suicida.

¹⁸ Ver anexo 3

Tabla 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Prueba de hipótesis para la diferencia de dos medias

Se obtiene a través de la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{X1 - X2}{\sqrt{S^2_1/n_1 + S^2_2/n_2}}$$

En donde:

X1 = media hombres

S²₁ = varianza hombres

S²₂ = varianza mujeres

X2 = media mujeres

n1 = número de hombres

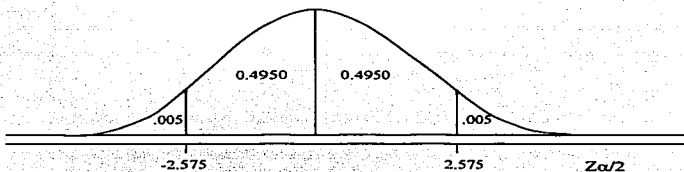
n2 = número de mujeres

	Hombres	Mujeres
N	94	91
Media	53.9787	50.6923
Varianza	165.2684	222.7932
Z	1.6024	

✓ Criterio (con un nivel de significancia de .01):

$$\alpha = 0.01$$

$$\alpha/2 = 0.005 \Rightarrow Z_{\alpha/2} = 2.575^{19}$$



- Se rechaza H₀ si: $Z > Z_{\alpha/2}$ ó $Z < -Z_{\alpha/2}$
- Como $1.60 < 2.575$ entonces se acepta H₀

¹⁹ Ver anexo 3

En cuanto al objetivo general de esta investigación, que es el de verificar la existencia de ideación suicida en niños de 9-10 años de edad, a través de los resultados, podemos observar que en efecto la ideación suicida se presenta en la población de interés y en un porcentaje bastante elevado. Sin embargo, estos resultados deben de tomarse con ciertas reservas, ya que el porcentaje que ahí se menciona no hace ninguna distinción entre los grados o niveles en que dicha ideación se presenta. También es importante mantener en mente que estas cifras no implican que todos los niños que presenten algún síntoma de ideación van a llegar necesariamente al intento suicida. Es decir, el que un niño haya pensado en morir o en quitarse la vida, no implica necesariamente que vaya a intentarlo. De igual forma, tampoco significa que un niño que no haya pensado en ello no pueda realizarlo. Sin embargo, el hecho de que exista una ideación aumenta el riesgo de que el suicidio se presente, por lo que detectar la ideación suicida se traduce en una posibilidad de intervenir para tratar de evitar que el intento se lleve a cabo.

Es importante también, al analizar estas cifras, tomar en cuenta la población de la que estamos hablando, la cual está conformada por niños cuyas familias tienen un nivel socioeconómico bajo. A reserva de estudiar más a conciencia este punto, por medio de una comparación entre puntajes con niños de otro nivel socioeconómico, podría pensarse que la calidad de vida de los niños en este medio puede predisponerlos a presentar mayores niveles de ideación, que otros niños cuyas condiciones son menos desfavorables; siendo que una gran cantidad de aquéllos tienen una serie de privaciones que probablemente los últimos no experimenten. De la misma forma, la situación también puede determinar las expectativas que los niños tienen del futuro y por lo tanto, sus deseos de vivir.

Siguiendo con lo expuesto en primer lugar, así como no todos los casos de ideación se traducirán en intentos, de forma análoga, no todas las amenazas van a culminar en suicidio. Sin embargo resulta imperativo señalar, como lo hacen Leenars y Wenckstein (1990), que cualquier amenaza debe ser tomada en cuenta, ya que muchas de ellas llevan implícita una verdadera intención de realizarlas. Del mismo modo, en lo que a intentos de suicidio se refiere, aún cuando éstos no ocasionen la muerte, deben reconocerse como una comunicación de que algo está sucediendo y nunca deben ser considerados como un intento aislado y sin trascendencia, ya que exigen una atención inmediata.

Los resultados aquí encontrados coinciden con las afirmaciones de algunos autores como Saucedo y cols. (1997) y Medina-Mora y cols. (citados en Gómez y Borges, 1996), quienes encontraron evidencias para sostener su tesis sobre la existencia de la ideación suicida. Cabe señalar que, mientras los estudios de Saucedo y cols. fueron realizados con pacientes con intento suicida, el de Medina-Mora y cols. y el presente se realizaron con niños que no fueron incluidos dentro de la muestra por haber presentado algún intento suicida. Esto nos lleva a concluir que la ideación se presenta en la población infantil general y que no es condición suficiente para que se presente algún intento de suicidio. Sin embargo, se ha comprobado que es un factor de riesgo de suma importancia para que se presente un suicidio, ya que como mencionan Saucedo y cols. (1997), aproximadamente el 57% de los pacientes con intento suicida presentan antes síntomas de ideación suicida. Resulta pues, que en la evaluación de dicha ideación, habrá que considerar la intensidad, teniendo en cuenta el siguiente paradigma: *A mayor ideación* → *mayor riesgo*. Dentro de este paradigma hay que considerar el nivel de impulsividad del niño, ya que ésta también incrementa el riesgo.

Ahora bien, es cierto que la infancia no es la etapa en donde el suicidio tiene la mayor incidencia, pero como lo señalan Orbach y cols. (1981), la tendencia hacia la conducta suicida del adolescente y del adulto se forma durante la infancia. Por lo tanto, aunque es probable que el porcentaje de niños que presentaron ideación (42% - 70%) no cometan suicidio durante su niñez, los resultados indican que pueden ser adolescentes o adultos potencialmente suicidas y pasar a formar parte de la alta tasa de suicidios que se cometen en dichas poblaciones.

Por otra parte, la hipótesis que supone que los niveles de ideación suicida son significativamente más altos en las niñas que en los niños debe ser rechazada, ya que no se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ideación suicida en niños y niñas; por lo que es la hipótesis nula la que se acepta. Dichos resultados no coinciden con lo encontrado en la bibliografía en la que se menciona que, aunque ligeramente, la ideación es mayor en las mujeres (Medina-Mora y cols., 1994, citados en Gómez y Borges, 1996). La hipótesis primeramente establecida puede tener como base, el que, como menciona Nissen, 1971 (citado en Polaino, 1988), la depresión es más frecuente en las mujeres que en los hombres; lo cual podría así mismo tener como base una cuestión cultural, en la que a las mujeres les está más permitida la expresión de afectos que van en dirección de la tristeza, la depresión, etc.; mientras que como mencionan Galen y Underwood, 1977 (citados en Mussen, et al., 1982), la agresividad abierta es una característica predominantemente masculina. También puede basarse en la premisa de que es mucho mayor el número de mujeres que intentan el suicidio. Sin embargo, mientras que son más las mujeres que lo intentan, son más los hombres que lo consiguen. Por tanto, puede suponerse que los intentos en las niñas tienen un tinte un tanto histriónico, mientras que los niños llevan a cabo una mejor planeación para conseguir el resultado deseado: la muerte. Dicha planeación hace sospechar que el intento no es una conducta tan impulsiva y que por tanto, es precedido por una ideación. Esto explicaría que, si bien las diferencias no son significativas, los puntajes de los niños son un poco más elevados que los de las niñas.

Lo anterior queda corroborado por el hecho de que los únicos dos puntajes de las niñas que sobrepasaron a los de los niños fueron en los siguientes reactivos:

3. "Algunas veces creo que mis papás sólo me ponen atención cuando me lastimo".
10. "Algunas veces creo que mis papás sólo me ponen atención cuando me enfermo".

Éstos son los puntajes correspondientes:

	Niños	Niñas
Reactivo 3	3.01	3.42
Reactivo 10	3.08	3.71

En cuanto a diferencias se refiere, éstas tampoco fueron significativas entre las diferentes edades, ni entre los diferentes grados. Lo anterior nos lleva a concluir que, en nuestra población de estudio, no existe un grupo o sector que se encuentre particularmente en riesgo, y que en general, la ideación suicida se presenta en niños y niñas de 9 y 10 años de edad, que cursan 4° o 5° de primaria.

En otra instancia, llama la atención que uno de los reactivos cuya relación con la ideación suicida es menos evidente, el número 18: "A menudo tengo accidentes", aunque no se excluyó de la escala por tener, según las calificaciones de los jueces en cuanto a validez, una puntuación menor de la requerida; sí fue, de los que formaron la escala final, el que obtuvo la menor calificación. Sin embargo, al realizar un análisis de los reactivos, se encontró que fue de los que tuvo mayor diferencia entre los niños que presentaron ideación suicida y los que no la presentaron (2.3 de los niños sin ideación vs. 3.4 de los niños con ideación).

La afirmación anterior coincide con los argumentos de Ajuriaguerra y Marcelli (1993), quienes establecieron un paralelismo entre las conductas suicidas manifiestas y la propensión a los accidentes en algunos niños. Esta situación pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta todas las partes que componen este complejo fenómeno y no sólo aquellos que se manifiestan de forma más evidente.

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto, no está de más recalcar que, siendo que cada ser es único e irrepetible, no podemos aceptar lo aquí expuesto y admitirlo como la única alternativa para cada caso. Si bien es posible encontrar algunas líneas generales con las que podemos guiarnos, lo cual es precisamente lo que intenta hacer este trabajo; en cierta forma, cada suicidio tiene que ver sólo con el individuo que lo realiza y con su propia situación en la vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8 Alcances, limitaciones y sugerencias

La importancia de esta investigación radica en la verificación de la existencia de la ideación suicida en niños y la posibilidad de detectarla mediante una escala. Primero la aceptación de su existencia y después la posibilidad de medirla, constituyen, en sí mismas, una medida inicial hacia la prevención. Del mismo modo, las bases teóricas sobre las cuales se sustenta la investigación pueden servir de punto de referencia para futuras investigaciones que pretendan profundizar en el tema que aquí se expone, o de forma más activa crear programas de tipo preventivo.

Por otra parte, nos encontramos con limitaciones de tipo metodológico, particularmente en cuanto a las propiedades psicométricas de la escala, ya que por cuestiones de accesibilidad a la muestra, sólo se obtuvo la confiabilidad por medio de la consistencia interna y la validez de constructo. Así mismo, la muestra es representativa exclusivamente de la población de la cual fue extraída, por lo que no puede generalizarse al resto de la población. Por esta razón, para poder aplicarse a poblaciones con características diferentes, la escala tendría que estandarizarse.

Dado que no fue posible acceder a una muestra de niños que ya hubieran presentado algún intento suicida, una sugerencia podría ser que se obtuviera la validez relacionada con el criterio. Esto significaría aplicar la escala a pacientes que ya han presentado algún intento suicida, para comprobar si la escala discrimina a los niños con intento de aquellos que no lo tienen.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De igual forma, por lo restringido que es el acceso a la población con intento suicida, no fue posible establecer niveles en cuanto a la ideación se refiere. Por tanto, se sugiere que, en investigaciones posteriores, se obtengan rangos que permitan, de esta forma, tener un instrumento más refinado de medición.

Se sugiere también, que dicha escala no sea de ninguna forma utilizada como único método de diagnóstico. El empleo de diferentes métodos optimiza el diagnóstico, puede utilizarse como un conjunto el instrumento, la observación clínica, pruebas proyectivas, entrevista, etc. Es precisamente ésta otra de las limitaciones que tiene la investigación, que por cuestiones prácticas se empleó únicamente la escala para medir la ideación suicida.

También es importante, en cuanto al tratamiento se refiere, que éste sea integral, tanto para la depresión como para la conducta suicida. No basta con un tratamiento individual, en ocasiones es necesaria la utilización de fármacos, también a veces, se suma al individual un tratamiento de tipo familiar.

Otra sugerencia es aplicar, junto con la escala, un cuestionario para obtener datos que puedan ayudarnos a crear una especie de historia clínica, que arroje datos sobre las características del funcionamiento de la familia, la presencia o ausencia de padres, psicopatología en la historia familiar, factores biológicos, etc.; todo lo cual, como se mencionó anteriormente, constituye factores de riesgo tanto para la depresión, como para el suicidio.

Los datos actuales en México, nos indican que la incidencia del suicidio infantil aumenta de manera alarmante, por esto, para los profesionales en el área de la salud no basta estar informados, sino conocer los métodos para realizar intervenciones que sean de utilidad.

Del mismo modo, para lograr prevención con la población en general, no es suficiente bombardear de información, sino crear una conciencia real de las magnitudes del problema, para que se involucren directamente en su detección y prevención. Ésta debe ir dirigida tanto a padres, familiares y maestros, como a los propios niños, que contrario a lo que pudiera pensarse, tienen la capacidad para asimilarlo y pueden colaborar enormemente en los esfuerzos realizados para lograr el propósito antes mencionado.

Así, la principal propuesta es pues, dar el primer paso hacia la prevención; la cual en principio, debe comenzar con la información.

TRABAJO CON
FALLA DE ORIGEN

9 Conclusiones

La niñez es una etapa que inspira generalmente la idea de que es un periodo sumamente feliz, en el que hay siempre un deseo de vivir y gozar la vida y un anhelo de lanzarse hacia el futuro desconocido con una inocente despreocupación. Es éste un mito muy cómodo, que queda refutado por el hecho de que actualmente, tan sólo en México se suicidan aproximadamente 100 niños por año. A este respecto, es importante señalar que resulta sumamente difícil determinar con exactitud si ésta corresponde a la tasa real de suicidios en niños, porque, como fue mencionado anteriormente, es muy frecuente que esas muertes no se informen. De cualquier forma, es una realidad innegable que en nuestro país los niños cometen suicidios y de acuerdo con los resultados aquí obtenidos, también ha quedado confirmado que existe la ideación suicida en dicha población.

De la misma forma, es un hecho aceptado que la depresión infantil existe y que se manifiesta a través de diversos síntomas que afectan la adaptación y el desarrollo del niño y que puede, en muchos casos, culminar con la muerte. A pesar de esto, en algunos casos, las manifestaciones clínicas de la depresión infantil no son reconocidas como tales, sino simplemente como conductas aisladas, propias de la edad. Si a esto le aunamos que, a diferencia de los adultos, los niños muchas veces no pueden verbalizar lo que sienten, nos encontramos con que ciertos estados que pueden llegar a ser muy serios continúan avanzando sin que se haga nada al respecto. Si ha sido aceptado que la depresión existe y si seguimos la línea de las formulaciones que la corriente psicoanalítica ha elaborado al respecto, tenemos que en la depresión la agresión se dirige contra el propio Yo; de acuerdo con esto, ¿qué nos impide pensar que dicha agresión no se dirija solamente a nivel psíquico, sino también a nivel físico, llegando a atacar el propio cuerpo?. Por lo anterior, es importante profundizar en el conocimiento de fenómenos tales como la depresión y el suicidio infantil, para así poder iniciar medidas preventivas.

A pesar de esto, la investigación a este respecto es aún escasa, muy probablemente debido a las implicaciones que conlleva. La misma complejidad de los actos suicidas permite y obliga a seguir buscando y desarrollando modelos causales que permitan entender, predecir, prevenir y tratar a las personas suicidas. Este trabajo es sólo una pequeña parte, un pequeño paso en el estudio del fenómeno del suicidio y su mayor pretensión es atraer la atención a la gravedad del problema. No se dirige únicamente a psicólogos y profesionales de la salud, también va destinada a padres, maestros y todos aquellos sobre los cuales recae la responsabilidad del cuidado de algún niño.

No existen respuestas genéricas al por qué la gente intenta y lleva a cabo el suicidio; caben muchos matices. Cada suicidio es en muchas formas un suceso único, un acto individual que tiene su lógica para la persona que lo comete; cada suicida tiene su momento, su historia, su realidad. A pesar de esto, han sido muchos los que han intentado dar una explicación a este fenómeno, pero en la búsqueda de algunas respuestas se han encontrado con más preguntas. Ojalá que, más que proporcionar una que otra respuesta, esta investigación genere más preguntas que permitan hacer evidente la complejidad y la profundidad del problema, pero que también ayude a aceptar las limitaciones con que nos encontramos, dada la diversidad de las variables que intervienen en los actos suicidas. No existen soluciones definitivas, pero debemos buscar las alternativas que están a nuestro alcance.

Otro aspecto a considerar es que, mientras algunas personas llegan al intento suicida propiamente dicho, hay otras cuyos deseos suicidas son menos evidentes y/o conscientes y que sin embargo, se suicidan un poco cada día. Aún así, dichos deseos no por ser inconscientes o poco evidentes dejan de ser peligrosos y requieren de la misma atención.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al tratar con el suicidio, es sumamente importante no perder de vista que dicho fenómeno: el suicidio, no se trata de una cuestión filosófica, de determinar si la vida merece o no la pena de ser vivida; no tiene que ver con determinar si es un acto de cobardía o de valentía, ni es un asunto de principios morales o religiosos; no es cuestión de aceptar o no que todo suicida tiene derecho a decidir sobre su propia vida, tampoco se trata de establecer si es una elección o una de las tantas posibilidades que tiene el ser humano. Por el contrario, todo suicidio es un acto patológico, que no escapa de ser sometido al escrutinio de juicios de tipo filosófico, religioso, moral, etc.; pero que debiera ser, en última instancia, abordado como un problema de salud mental. No cabe duda de que casi todas las personas en algún momento de sus vidas llegan a pensar en el suicidio, sin necesariamente intentarlo. Sin embargo, el paso al acto, es decir, intentar o llevar a cabo el suicidio es siempre una expresión de la existencia de un cuadro psicopatológico; cuando una persona se suicida es debido a que ya no tiene recursos, a que fueron rebasados sus últimos mecanismos de defensa y ha agotado toda posibilidad de adaptarse a la realidad.

De acuerdo con lo anterior, el alarmante aumento que ha tenido el índice de suicidios en las últimas décadas, va necesariamente acompañado por un aumento similar en los índices de psicopatología. Esto implica que, mientras las enfermedades en general disminuyen, las de tipo mental aumentan; mientras la ciencia cuenta con mayores posibilidades de alargar la vida, más seres humanos terminan con su existencia. La pregunta clave aquí es ¿Porqué?. Estas circunstancias parecen indicar que las condiciones actuales del mundo y particularmente de nuestro país, están contribuyendo de manera importante a que estos aumentos se presenten. Situaciones como el crecimiento inusitado de las ciudades, el aumento de la inseguridad y de la violencia, la prisa psicológica con la que vivimos, el malestar social y económico, la pérdida de valores, la marginación, la modernidad, la tecnología, la automatización, etc.: han traído consigo soledad, angustia, aislamiento, deshumanización, una gran carencia afectiva, falta de comunicación, incremento en el número de familias deshechas, alcoholismo, drogadicción, etc.

Todas estas situaciones nos llevan inevitablemente a preguntarnos qué puede hacerse al respecto, o si es que puede hacerse algo; y si bien la responsabilidad es de todos como seres humanos que habitamos la tierra y que hemos causado las circunstancias antes mencionadas, es justo en este punto donde la función de los psicólogos y demás profesionales de la salud mental, es no sólo importante, sino necesaria al ser los encargados de estudiar y tratar los trastornos mentales.

Ante tales circunstancias, resulta de suma importancia conocer los factores de riesgo tanto para la depresión, para el suicidio, como para las enfermedades mentales en general, para de esta forma poder intervenir de la forma más adecuada. Es cierto que son múltiples los factores que intervienen, muchos de los cuales no pueden controlarse como son: factores genéticos, situaciones traumáticas, factores biológicos, etc.; sin embargo, existe un elemento en el que tal vez pueda ser menos difícil intervenir y éste es la calidad de las relaciones familiares. A partir de lo encontrado por diversos autores, parece que un hogar afectuoso, con una buena comunicación, un ambiente de aceptación y respeto, padres empáticos y límites bien establecidos, contribuyen en gran medida a la formación de personalidades sanas y de niños, en general más felices. Además, no sólo es uno de los factores que pueden controlarse, sino que es también, de acuerdo con datos encontrados en algunos de los estudios realizados en nuestro país, el de mayor incidencia. Esta situación pone de manifiesto la relevancia que las ligas familiares tienen en el medio mexicano, en el que su influencia es tan acentuada, para bien y para mal. Esto implica que la prioridad tiene que enfocarse al tratamiento psicológico, siendo que padres sanos tienen más posibilidades de criar hijos sanos, por tanto, dicho tratamiento es la forma de intervención más directa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No está de más recalcar que la prevención, así como el diagnóstico y tratamiento temprano pueden ayudar a reducir los factores de riesgo. La sociedad debe asumir su responsabilidad frente a este acto humano y reconocer su complejidad. Es por esta razón, que la presente tesis busca encender un foco de alerta que permita abrir los ojos de aquellos que pueden, de alguna forma, evitar que un suicidio se presente. Si este trabajo consigue tocar una vida y aportar algo a ella, ya tiene justificación. ¿No es eso finalmente de lo que se trata esta profesión?

La realización de esta tesis arroja una conclusión de suma importancia; y esto es, de forma muy general, que muchas veces se ha entendido la enfermedad mental como algo exclusivo de los adultos, cuando la realidad, aunque en ocasiones no quiera aceptarse, es que los niños también la padecen y sufren como consecuencia de ello.

Por último, todo lo expuesto anteriormente inevitablemente nos lleva a la siguiente conclusión: a pesar de lo triste, lo difícil y lo desgarrador que resulta el suicidio, tiene una cualidad: nos recuerda que estamos vivos y que mientras lo estemos siempre hay una posibilidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10 Bibliografía

- American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Ajuriaguerra, J. (1973). Manual de psiquiatría infantil. España: Masson.
- Ajuriaguerra, J. y Marcelli, D. (1993). Psicopatología del niño. Barcelona: Masson.
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1981). Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós.
- Anzures, B. y Espinosa, A. (1999). Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. Revista médica del Hospital General de México. 62 (3): 83-90.
- Beck, A., Kovacs, M. y Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior, an overview. JAMA. 234 (11): 1146-1149.
- Blos, P. (1962). Psicoanálisis de la adolescencia. México, D.F: Editorial Joaquín Mortiz.
- Bowlby, J. (1979). Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.
- Calderón, G. (1987). Depresión: Causas, manifestaciones y tratamiento. México, D.F: Trillas.
- Cameron, N. (1982). Desarrollo y psicopatología de la personalidad. México, D.F: Trillas.
- Cano, G. (1993). Ensayo sobre el suicidio en Tabasco. Villahermosa, Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Canova, F. (1988). Psicología evolutiva del niño. Bogotá: Ediciones Paulinas.
- Clarizio, H. (1989). Assessment and treatment of depression in children and adolescents. USA: Clinical Psychology Publishing Co.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Cueli, J., Reidl, L., Martí, C., Lartigue, T. y Michaca, P. (1972). Teorías de la personalidad. México, D.F: Trillas.
- Cytryn, L. y Mcknew, D. (1972). Proposed classification of childhood depression. American Journal of Psychiatry. 131: 191-198.
- Durkheim, (1897). El suicidio. México, D.F: Diálogo Abierto.
- Elorriaga, H. (1972). Breve estudio sobre el problema del suicidio en la década 1960-1969. Salud pública de México. XIV (4): 487-498.
- Fenichel, O. (1954). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós.
- Freedman, M. y Kaplan, I. (1967). Compendio de Psiquiatría. México, D.F: Interamericana.
- Freud, A. (1951). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1917). Duelo y melancolía. Obras completas Vol. XIV. Argentina: Amorrortu editores.
- Fuentenbro, F.: y Vázquez, C. (1990). Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Madrid: Interamericana - McGraw-Hill.
- Futterman, S. Suicidio: el punto de vista psicoanalítico. (1969). En Farberow, N. y Sheidman, E. ¡Necesito ayuda! Un estudio sobre el suicidio y su prevención. (pp. 172-199). México, D.F: La prensa médica mexicana.
- Gómez, C. y Borges, G. (1996). Los estudios que se han hecho en México sobre la conducta suicida: 1966-1994. Salud Mental. 12 (1): 45-55.
- González, J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. México, D.F: Manual Moderno.
- Gould, M. y Kramer, R. (2001). Youth suicide prevention. Suicide and Life-Threatening Behavior. 31 (suplemento): 6-31.
- Hendin, H. (1985). Suicide among the young: psychodynamics and demography. En Peck, M., Farberow, N. y Litman, R. (Ed.). Youth suicide. (pp. 19-38). New York: Springer publishing company.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. México, D.F: McGraw-Hill.
- Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1995). Psicología del desarrollo hoy. Madrid: McGraw-Hill.
- Jiménez, L. (1990). Psicoanálisis criminal. Buenos Aires: Ediciones Depalma.
- Kovács, M. (1989). Depression in children and adolescents. American Psychologist. **44**: 209-215.
- Landers, A. (1978). The Ann Landers Encyclopedia. New York: Doubleday and Company, Inc.
- Lazard, P. y Sulkes, A. (1978). Algunas técnicas en la prevención del suicidio y su posible aplicación en México. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.
- Leenars, A. y Wenckstein, S. (1990). Suicide in the school-age child and adolescent. En Leenars, A. (Ed.). Life span perspectives of suicide. (pp. 95-107). New York: Plenum Press.
- López, O. (1989). Análisis crítico de las aproximaciones sobre el estudio del suicidio. Tesis de Licenciatura. UNAM: ENEP Iztacala.
- Marchiori, H. (1998). El suicidio, enfoque criminológico. México, D.F: Porrúa.
- McClure, G. (2001). Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. British Journal of Psychiatry. **178**: 469-474
- Menninger, K. (1952). El hombre contra sí mismo. Buenos Aires: Editorial Losada.
- Moron, P. (1987). ¿Qué sé? El suicidio. México, D.F: Publicaciones Cruz.
- Mussen, P., Conger, J. y Kagan, J. (1982). Desarrollo de la personalidad en el niño. México, D.F: Trillas.
- Navarro, A. (1995). Fantasías de suicidio en adolescentes deprimidos y no deprimidos. Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología. México, D.F.
- Olivares, E. (1987). Depresión en el escolar y adolescente. Tesis doctoral. UNAM. Facultad de Medicina. México, D.F.

- Olmos, T. y Paz, C. (1976). Evolución de la noción del caso fronterizo en niños y adolescentes. En Paz, C., Pelento, M. y Olmos, T. Estructuras y estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos (pp. 221-279). Buenos Aires: Nueva Edición.
- Ortiz, D. (2001). Normalización de la escala de depresión de Birleson en una muestra de niños de primaria del sur de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura. UNAM. Facultad de Psicología. México, D.F.
- Petti, T. (1986). Depresión y retraimiento en los niños. En Michel, H. y Ollendick, T. Psicopatología infantil (pp. 399-426). Barcelona: Martínez Roca.
- Piaget, J. (1967). La psicología de la inteligencia. Barcelona: Editorial Crítica.
- Pfefer, C. (1985). Observations of ego functioning of suicidal latency-aged children. En Peck, M., Farberow, N. y Litman, R. (Ed.). Youth suicide. (pp. 39-47). New York: Springer publishing company.
- Polaino-Lorente, A. (1988). Las depresiones infantiles. Madrid: Ediciones Morata.
- Ramos, F. y González, H. (1993). Estrés, cognición y suicidio. En Buendía, J. Estrés y psicopatología (pp. 113-131). México, D.F: Pirámide.
- Rau, L. (1979). Desarrollo de la personalidad. México, D.F: Manual Moderno.
- Real Academia Española. (1970). Diccionario de la lengua española. Madrid: Espasa-Calpe.
- Rideau, A. (1997). 400 dificultades y problemas del niño. España: Ediciones mensajero.
- Rodríguez-Sala, M. (1976). El suicidio en México. México, D.F: Instituto de investigaciones sociales. UNAM.
- Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991). Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca.
- Saucedo, J., Montoya, M., Higuera, F., Maldonado, J., Anaya, A. y Escalante, P. Intento de suicidio en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 54 (4): 169-175
- Segal, H. (1964). Introducción a la obra de Melanie Klein. México, D.F: Editorial Pax.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Shaffer, D. (1999). Psicología del desarrollo. México, D.F: International Thompson Editores.
- Solloa, L. (2001). Los trastornos psicológicos en el niño: etiología, características, diagnóstico y tratamiento. México, D.F: Trillas.
- Spitz, R. (1965). El primer año de vida del niño. Madrid: Agüilar.
- Stengel, E. (1978). Psicología del suicidio y de los intentos del suicidio. Madrid: Hormé.
- Wolff, S. (1977). Trastornos psíquicos del niño: Causas y tratamiento. Madrid: Siglo XXI.
- www.aacap.org/publications/factsfam/depressd.htm. The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998). The depressed child.
- www.buendiauruguay.com.uy/central_psicologia.html. Trenchi, N. (1999). La depresión en los niños.
- www.cancer.ded.upennedu/. National Cancer Institute. (2001). Diagnosis of pediatric depression.
- www.cancer.ded.upennedu/. National Cancer Institute. (2000). Suicide and children.
- www.cornerstonebh.com/chldepre.htm. Cornerstone Behavioral Health. (1999). Child depression.
- www.depressedchild.org/. Depressed Child Organization. (1997). Depression: dangerous and overlooked.
- www.med.psiquiIndice.html. Oyarzun, C. (2001): Elementos clínicos para el diagnóstico de la depresión.
- www.med.psiquiIndice.html. Serrano, A. (2001). Síntomas de la depresión en edad escolar.
- www.med.yred.sureste.com/reportajes/suicidio/. Rosado, M. (1999). La depresión, que puede llevar al suicidio, una enfermedad que también afecta a los niños.
- www.psico/articulos/depre_infantil.htm. Marsellach, G. (1999). Depresión infantil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- www.SSA.gob.mx. INEGI. (1999). Principales causas de mortalidad escolar.
- www.suicidology.org/index.html. American Association of suicidology. (2001). Warning signs of suicide in children and adolescents.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexos

- Anexo 1: Tabla de consistencia interna.
- Anexo 2: Escala para medir ideación suicida en niños de 9-10 años.
- Anexo 3: Tabla puntuaciones Z, áreas bajo la curva normal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla consistencia interna

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	0.21	0.05	0.30	-0.22	0.29	0.04	0.15	0.27	0.03	0.33	0.26	0.25	-0.12	0.04	0.22	0.37	0.19	0.04	0.10	0.32	0.05	0.24	0.09
	1	0.09	-0.01	0.26	0.53	0.24	0.22	0.41	-0.12	0.14	0.48	-0.13	0.12	0.09	0.17	0.13	0.07	0.27	0.20	0.15	0.15	0.27	-0.08
		1	0.13	0.11	-0.02	0.20	0.04	0.14	0.63	0.11	0.27	0.04	0.12	0.17	0.22	0.03	0.10	0.14	0.11	0.17	0.09	-0.04	0.11
			1	-0.26	-0.07	-0.03	-0.05	-0.07	0.00	0.17	0.07	0.23	-0.11	0.10	-0.06	0.10	0.01	-0.11	0.27	0.11	-0.10	0.16	0.05
				1	0.22	0.10	0.17	0.21	0.05	0.01	0.05	-0.03	0.29	0.09	0.11	0.12	-0.05	0.15	-0.03	0.10	0.12	0.08	-0.04
					1	0.11	0.05	0.50	-0.06	0.30	0.45	0.04	-0.01	0.07	0.35	0.12	0.15	0.30	0.14	0.24	0.15	0.38	0.01
						1	0.04	0.08	0.11	-0.12	0.19	0.00	0.29	-0.04	0.25	0.16	0.15	0.34	0.22	0.17	0.24	0.29	0.02
							1	0.29	0.14	0.14	0.27	-0.04	0.08	0.10	0.11	0.25	0.13	-0.03	0.13	0.10	0.07	0.10	-0.15
								1	0.03	0.30	0.40	-0.01	0.09	0.09	0.41	0.23	0.28	0.25	0.27	0.28	0.17	0.37	0.00
									1	0.15	0.18	0.13	0.19	0.30	0.23	-0.04	0.19	0.13	0.15	0.24	0.22	0.07	0.16
										1	0.12	0.41	0.02	0.10	0.36	0.18	0.29	0.16	0.12	0.32	0.02	0.23	0.12
											1	0.09	0.18	0.15	0.43	0.11	0.27	0.18	0.26	0.33	0.36	0.48	-0.03
												1	0.09	0.01	0.25	0.33	0.11	0.07	0.07	0.33	0.14	0.25	0.17
													1	0.25	0.22	-0.03	0.26	0.20	0.09	0.27	0.27	0.10	0.06
														1	0.11	0.02	0.09	0.05	0.17	0.11	0.28	0.01	0.10
															1	0.29	0.29	0.24	0.10	0.33	0.20	0.50	-0.01
																1	-0.01	-0.05	0.16	0.34	0.14	0.29	0.09
																	1	0.16	0.17	0.26	0.13	0.43	0.02
																		1	0.16	0.24	0.16	0.11	0.16
																			1	0.03	0.18	0.31	0.01
																				1	0.27	0.33	0.16
																					1	0.15	0.10
																						1	0.07
																							1

$$X = 57.646$$

$$S = 14.08$$

$$\Sigma^2 = 198.23$$

$$\Sigma S^2 = 44.51$$

$$\alpha = 0.81$$

LESLY COIT
FALLA DE ORIGEN

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo M() F()

Grado: _____

INSTRUCCIONES: Por favor contesta sinceramente a las siguientes oraciones que describen lo que piensas o lo que sientes. Tienes cinco opciones de respuesta: si estás muy de acuerdo, pon una palomita en el primer cuadro; si estás de acuerdo, en el segundo; si no estás seguro, en el tercero; si estás en desacuerdo, en el cuarto y si estás muy en desacuerdo en el último cuadro.

No hay respuestas buenas o malas, lo importante es que digas realmente lo que piensas o sientes.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Me gusta vivir.					
2. Algunas veces he sentido ganas de morir.					
3. Algunas veces creo que mis papás sólo me ponen atención cuando me lastimo.					
4. Me siento feliz cuando pienso en todo lo que voy a hacer cuando sea grande.					
5. Cuando alguien me hace enojar siento ganas de vengarme.					
6. Algunas veces desearía estar muerto.					
7. A menudo imagino que me hago heridas.					
8. Siento que soy una carga para otras.					
9. Creo que no vale la pena vivir.					

TENDS CON FALLA DE ORIGEN

	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
10. Algunas veces creo que mis papás sólo me ponen atención cuando me enfermo.					
11. Tengo muchas razones para vivir.					
12. En ocasiones he pensado en morirme.					
13. Tengo todo un futuro para realizar lo que más quiero en la vida.					
14. Me he lastimado o cortado a mí mismo.					
15. Cuando tengo problemas quisiera rendirme.					
16. A menudo imagino que me muero.					
17. Tengo ganas de vivir.					
18. A menudo tengo accidentes.					
19. Nunca logro que las cosas me salgan como quiero.					
20. Me siento triste cuando pienso en el futuro.					
21. Mis papás estarían mejor sin mí.					
22. En ocasiones me gusta lastimarme.					
23. Muchas veces pienso en la muerte.					
24. Generalmente siento que vale la pena vivir.					

Áreas bajo la curva normal (puntuaciones Z)

COLUMNAS			
(1) Puntuación "Z"	(2) Distancia de "Z" a la media	(3) Área de la parte mayor	(4) Área de la parte menor
2.35	.4906	.9906	.0094
2.36	.4909	.9909	.0091
2.37	.4911	.9911	.0089
2.38	.4913	.9913	.0087
2.39	.4916	.9916	.0084
2.40	.4918	.9918	.0082
2.41	.4920	.9920	.0080
2.42	.4922	.9922	.0078
2.43	.4925	.9925	.0075
2.44	.4927	.9927	.0073
2.45	.4929	.9929	.0071
2.46	.4931	.9931	.0069
2.47	.4932	.9932	.0068
2.48	.4934	.9934	.0066
2.49	.4936	.9936	.0064
2.50	.4938	.9938	.0062
2.51	.4940	.9940	.0060
2.52	.4941	.9941	.0059
2.53	.4943	.9943	.0057
2.54	.4945	.9945	.0055
2.55	.4946	.9946	.0054
2.56	.4948	.9948	.0052
2.57	.4949	.9949	.0051
2.58	.4951	.9951	.0049
2.59	.4952	.9952	.0048
2.60	.4953	.9953	.0047
2.61	.4955	.9955	.0045
2.62	.4956	.9956	.0044
2.63	.4957	.9957	.0043
2.64	.4959	.9959	.0041
2.65	.4960	.9960	.0040
2.66	.4961	.9961	.0039
2.67	.4962	.9962	.0038
2.68	.4963	.9963	.0037
2.69	.4964	.9964	.0036

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN