

**CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN
ALIMENTACIÓN Y DESARROLLO A.C.**

**IDEACIÓN SUICIDA EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA
INFANTIL: FACTORES PSICOLÓGICOS Y
FAMILIARES ASOCIADOS, EN HERMOSILLO
SONORA**

POR:

IXCHEL MIRANDA DE LA TORRE

**TESIS APROBADA POR LA COORDINACION DE DESARROLLO
REGIONAL**

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRIA EN DESARROLLO REGIONAL

HERMOSILLO, SONORA

Julio 2008

APROBACION

Los miembros del comité designado para revisar la tesis de Ixchel Miranda de la Torre, la han encontrado satisfactoria y recomiendan sea aceptada como requisito parcial para obtener el grado de Maestría en Desarrollo Regional.

M.E.E. María José Cubillas Rodríguez
Directora de tesis

Dra. Rosario Román Pérez

M.S.P. Elba Abril Valdéz

M.C. Irasema Castel Ruiz

DECLARACION INSTITUCIONAL

Se permite y se agradecen citas breves del material contenido en esta tesis sin permiso especial del autor, siempre y cuando se de el crédito correspondiente. Para la reproducción parcial o total de la tesis con fines académicos se deberá contar la autorización escrita del Director General del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C.

La publicación en comunidades científicas o de divulgación popular de los datos obtenidos de ésta tesis, deberá dar los créditos a CIAD, previa autorización escrita del manuscrito en cuestión, del director de tesis.

Dr. Ramón Pacheco Aguilar

Agradecimientos

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT), por el apoyo económico para la realización de mis estudios de maestría.

A mi directora de tesis María José Cubillas Rodríguez quien tuvo la confianza en nuestro trabajo, la sabiduría y la paciencia para llegar al final de éste camino como amiga, tutora, maestra y directora.

A mis bellas miembros del comité Rosario Román, Elba Abril e Irasema Castell por ser guías en todo este camino.

Al personal del CIAD que hizo posible y más placentera mi estancia, agradezco sus apoyos y sus sonrisas de cada día, desde los integrantes de Coordinación Académica: Ana Isabel Escobedo Figueroa, Laura E. Garcia Cruz, Verónica Araiza Sánchez, Héctor Galindo Murrieta, a Héctor Cota por su apoyo siempre amable para las copias, hasta los integrantes de la biblioteca: Gerardo Reyna Cañez, Luis Francisco Conde Ortíz, y a Irene Valenzuela Valenzuela secretaria de Desarrollo Regional.

A la doctora Ana María Calderón quien desde un principio tuvo fe en mi desempeño laboral y me motivó a buscar nuevos horizontes académicos, por ser jefa, amiga y apoyo moral en el tiempo que tengo en Hermosillo.

A los profesores que nos hicieron parte de sus conocimientos y experiencias, que con paciencia nos enseñaron día a día, Mario Camberos, Mari Carmen, Diana Luque, Borbón, Juana Meléndez, Sergio Sandoval, Pablo Wong, Luis Huesca, Angel Vera, Jesús Laborín.

A mis compañeros que hicieron más amenos los días, en especial a los que fueron cómplices y parte de las travesuras, en los que encontré amigos que llevaré en mis recuerdos, Manuel, Fernando, Miguel Angel y aquellos que a pesar de no ser compañeros, sí fueron sonrisas todos los días, Eric, Olaf y Jesús Tánori.

A Karla que me brindó su amistad, su escucha, sus consejos, con quien compartí secretos, alegrías y tristeza, a Yolanda que desde años y desde muy lejos hemos enfrentado juntas la vida nueva en ciudad nueva, a Erica, Mayel, Allí amigos desde el otro lado de la ciencia.

DEDICATORIAS

Dedico ésta tesis primeramente a mi hija Metzli quien con paciencia fue motor de cada día, hija, gracias por tu existencia!

A mi madre por su apoyo a lo largo de toda mi vida.

A mi padre y mi hermana Nandhi por acompañarme a la distancia.

A Eric que con su fe en mi, fue apoyo y ayuda en cada tropiezo del camino.

ÍNDICE

Capítulo 1

1 INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Antecedentes.....	2
1.1.1 El contexto mundial.....	2
1.1.2 Panorama nacional del suicidio y la ideación suicida.....	3
1.1.3 El suicidio y la ideación suicida: un problema regional.....	4
1.1.4 Las relaciones familiares, la ideación suicida y el suicidio en niños.....	5
1.1.5 Factores psicológicos asociados con el suicidio y la ideación suicida en niños.....	7
1.1.5.1 Ansiedad.....	7
1.1.5.2 Autoestima.....	7
1.1.5.3 Depresión.....	8
1.2 Planteamiento del problema.....	9
1.3 Justificación.....	10
1.4 Preguntas de investigación.....	12
1.5 Objetivo general y específicos.....	12
1.6 Hipótesis.....	12

Capítulo 2

2 MARCO DE REFERENCIA	13
2.1 Definición de suicidio.....	13
2.2 Las etapas del suicidio, ideación e intento suicida.....	15
2.3 Desarrollo psicológico infantil.....	16
2.3.1 Desarrollo intelectual.....	17
2.3.2. Desarrollo social y de la personalidad.....	18
2.4 Factores de riesgo y protección.....	19
2.5 La familia, algo más que un concepto.....	20

2.6 Depresión.....	23
2.7 Ansiedad.....	24
2.8 Autoestima.....	25

Capítulo 3

3 METODOLOGÍA.....	28
3.1 Tipo de diseño.....	28
3.2 Participantes.....	28
3.3 Estimación de muestra.....	28
3.4 Contexto.....	28
3.5 Instrumentos.....	29
3.5.1 Children´s Depression Inventory CDI (Kovacs, 1992).....	29
3.5.2 Escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R (revisada) (Reynolds 1985).....	29
3.5.3 Intervalo de autoestima (Coopersmith, 1967).....	30
3.5.4 Cuestionario de riesgo suicida RSQ (Horowitz, cols, 2001). ..	30
3.5.5 Test de la familia (Corman. L. 1967).....	30
3.6. Fase piloto.....	30
3.7 Procedimiento	30
3.8 Análisis de datos.....	31

Capítulo 4

4 RESULTADOS.....	32
4.1 Prevalencia de la ideación suicida.....	32
4.2 Ideación suicida por sexo y tipo de escuela.....	32
4.3 Caracterización de la población.....	33
4.4 Variables escolares y familiares.....	34
4.5 Factores psicológicos asociados a la ideación suicida.....	36
4.5.1 Depresión.....	36
4.5.2 Autoestima.....	37
4.5.3 Ansiedad.....	38

4.6 Riesgo suicida.....	40
4.7 La familia y su relación con la ideación suicida.....	41

Capítulo 5

5 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	50
--	-----------

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
--	-----------

ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario 1

Anexo 2 Cuestionario 2

RESUMEN

En el presente estudio se identificó la prevalencia de ideación suicida y su relación con factores psicológicos y familiares en población infantil escolarizada de la ciudad de Hermosillo, Sonora. Se les aplicó dos cuestionarios a una muestra total de 631 niños y a una submuestra de 368 estudiantes, dividida en niños con ideación suicida y niños sin ideación, de 5° y 6° de primaria de escuelas públicas y privadas, de la zona urbana de la ciudad. Se encontró un alto porcentaje de ideación suicida en ésta población, a pesar de creerse de bajo riesgo, del 29.2%, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas por sexo. La depresión puntuó como el factor de riesgo más alto para niños con ideación suicida en comparación con los niños sin ideación suicida, seguido por los problemas de autoestima y en último lugar se colocó la ansiedad como factor de riesgo. En cuanto a lo familiar se encontró que la estructura familiar y las características educativas y laborales de los padres no tienen impacto en la ideación suicida. La información generada sirve como punto de partida para realizar estudios más a fondo sobre la problemática de suicidio en niños y contribuir al diseño de programas de prevención en edades tempranas a dicha problemática.

1 INTRODUCCION

“Las capacidades de que disfrutan los adultos están profundamente condicionadas a su experiencia como niños. Las inversiones en educación y otros aspectos de las oportunidades existentes durante la niñez pueden mejorar las capacidades futuras en formas muy distintas. Primero, pueden hacer directamente que las vidas de los adultos sean más ricas y menos problemáticas ya que una niñez segura en la etapa preparatoria puede aumentar nuestra habilidad para vivir una buena vida. Existe abundante evidencia psicológica-social que sugiere esto...además de ese “efecto directo” en la capacidad para vivir una buena vida, la preparación y la confianza durante la niñez también contribuyen a la habilidad de los seres humanos para ganarse la vida y ser económicamente productivos. Las vidas de los adultos son enriquecidas por medio de estos ingresos y recompensas económicas” Amartya Sen (2000)

El acto suicida es un problema creciente de salud pública y social que se observa a nivel mundial y así mismo en el estado de Sonora, y es la tercera causa de muerte en los adolescentes varones, sin embargo, comienzan a verse actos suicidas en poblaciones menores de 14 años. En nuestro país son pocos los estudios que abarcan el suicidio y la ideación suicida en poblaciones menores a 12 años, y en particular en el estado de Sonora no se ha estudiado.

El primer eslabón de la cadena que lleva al acto suicida consumado es la planeación, el pensamiento del cómo, dónde llevar a cabo dicho acto y se le denomina ideación suicida, en la cual nos enfocamos para la realización de ésta tesis. Existen diversos factores que pueden detonar o agravar la presencia de ideación suicida en los que se encuentra la depresión, la autoestima baja, la ansiedad y los problemas dentro de la familia de los niños. Por lo que éste estudio pretende analizar cómo es que se relacionan éstos factores con la ideación suicida.

1.1 Antecedentes

La conducta suicida se define como un conjunto de acciones con las que se asume que la persona busca quitarse la vida, pudiendo señalarse varias etapas en el proceso: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida, y el suicidio consumado. Tales etapas pueden ser secuenciales o no, pero cada una de ellas, solas o todas juntas, conllevan un gran riesgo hacia la consumación del suicidio (González- Forteza y cols, 1998).

Otra forma de analizarlo es a partir de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10a edición (1997) la cual considera tres comportamientos: el suicidio consumado que es el acto auto inflingido con el solo propósito de quitarse la vida y morir, el parasuicidio que se define como “aquel acto de intencionalidad suicida en el que un individuo deliberadamente inicia un comportamiento no habitual que sin intervención de otros causaría un daño propio, o que deliberadamente ingiere una sustancia en dosis superior a la preescrita o generalmente reconocida como dosis terapéutica y que está dirigido a realizar cambios que el sujeto deseaba con consecuencias físicas sin llegar a acabar con la vida de quien lo comete”(op cit).

Finalmente la ideación suicida, sobre la cual nos vamos a enfocar en particular, es una etapa poco estudiada de vital importancia como factor predictor para llegar al suicidio consumado. Esta se define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir (Eguiluz, 1995).

1.1.1 El contexto mundial

Según la OMS (2002) en el año 2000, alrededor de 815 000 personas de todas las edades, murieron a causa del suicidio en todo el mundo. Esto representa una tasa mundial de mortalidad anual en la población en general de cerca de 14,5 suicidios por 100 000 habitantes, que equivale a una defunción cada 40 segundos y lo ubica en la décima tercera causa de muerte. Se estima que

dicha cifra podría duplicarse en el transcurso de 20 años si continúa el aumento en las cifras de suicidio como hasta ahora se ha dado.

Siendo España de los países que más ha estudiado la problemática de suicidio y dado el crecimiento de la ideación suicida en la población infantil, se han realizado investigaciones sobre el deseo de morir o la ideación suicida en los que se ha descubierto que es un fenómeno frecuente en niños de edad escolar. Los estudios epidemiológicos que se llevaron a cabo han revelado una alta prevalencia (del 8.2% al 32.2%) de ideación suicida en niños normales de 6-12 años (Ferrán, Viñas. y cols. 2002).

1.1.2 Panorama nacional del suicidio y la ideación suicida

A nivel nacional del año 2000 al año 2005 se encontró un crecimiento en la cantidad de suicidios en la población en edades de los 5 a los 14 años. Actualmente se ubica en el octavo lugar de las causas de defunciones para dicha población, mostrándose los números de la siguiente manera (Tabla 1).

Tabla 1. Defunciones por suicidio en población escolar de 5 a 14 años

Año	Defunciones por suicidio	% en relación al total	Orden de ubicación
2000	117	1.6	10
2001	120	2.0	8
2002	166	2.6	8
2003	143	2.1	9
2004	144	2.2	8
2005	155	2.3	8

Fuente: Secretaría de Salud 2007

De manera histórica en la República Mexicana, los suicidios que se cometieron en 1980 fueron 672, para 1990 1405, y para el 2002 aumentó la cifra a 3089, lo que da que en un lapso de 20 años aumentaron en un 459%. Dicho incremento de suicidios no mantienen alguna relación con el aumento general de la población (OMS 2002, Puentes-Rosas, 2004).

A partir de la década de los 70's se comienzan a observar en nuestro país suicidios en el grupo de infantes y escolares en el rango de edad de 5 a 14 años (Borges, y cols., 1996). Sin embargo de las primeras investigaciones realizadas en las que se abarca la problemática del suicidio consumado y la ideación suicida, data del año 1995, en el que Ballesteros Usano (1955) analizó la frecuencia de la conducta suicida y los medios utilizados por los adolescentes suicidas en la ciudad de México. Para el año de 1984 Díaz Guerrero publicó los resultados de una investigación en la que se estudió la relación existente entre los rasgos emocionales y la conducta psicológica en estudiantes a nivel secundaria obteniendo como resultado que la tristeza y la depresión son fuente de la ideación suicida.

En el año de 1997, Saucedo y cols., realizan una investigación acerca del intento de suicidio en la niñez y la adolescencia, en el que se establece la existencia de un incremento en los actos suicidas para el grupo de los niños. De ahí manifiestan la importancia de determinar las características epidemiológicas de la conducta suicida y los tipos mas frecuentes de psicopatología, pudiéndose integrar tres grupos de menores que intentan el suicidio: los deprimidos, los impulsivos y los que presentan cuadros mixtos.

1.1.3 El suicidio y la ideación suicida: un problema regional

En el estado de Sonora en el transcurso de los años 1995 a 2002 se presentó un crecimiento en el porcentaje de suicidios del 3.43% anual, ocupando el tercer lugar nacional en cuanto al crecimiento de esta problemática (INEGI, 2004) La totalidad de suicidios consumados en la República Mexicana en los años 1995 a 2002 fue de 3324, de los cuales 144 suicidios consumados se registraron en el estado de Sonora, siendo en su mayoría perpetrados por personas del género masculino. Así mismo se reportaron 19 intentos de suicidio de los cuales 11 fueron realizados por varones y 8 por mujeres entre los que se reporta un menor de 15 años (Opcit).

En el 2001, el 6% del total de los intentos de suicidio registrados fueron de menores de 15 años. En cuanto a los suicidios consumados, el número de

casos reportados en éste grupo de edad equivale al 3% del total. Los intentos de suicidios llevados a cabo por ellos, son en su mayoría realizados por mujeres (84.6%), pero en cuanto a los suicidios consumados, no se encuentran diferencias de porcentajes importantes entre los hombres (53%) y las mujeres (INEGI 2004).

El último año registrado por el INEGI fue para el 2006, en el que la tasa de suicidios en población general fue de 10.8 %, lo que pareciera una disminución en la tasa, sin embargo debemos considerar que puede existir un subregistro de dicha problemática (INEGI 2007).

Una investigación mas reciente realizada en el estado de Sonora con adolescentes escolarizados, evidencia la relación del rasgo depresivo y la impulsividad en los jóvenes, con la ideación suicida e intentos de suicidio. Encontrando que el 77% de los jóvenes con estos comportamientos manifestó tener depresión y 47% impulsividad alta (Cubillas y cols., 2006).

1.1.4 Las relaciones familiares, la ideación suicida y el suicidio en niños

El ambiente familiar es un factor fundamental en el entendimiento de los mecanismos que llevan al comportamiento suicida, la tensión familiar así como los conflictos dentro de ella son identificados como factores de riesgo (Asarnos, 1992). Al mismo tiempo, la familia puede funcionar como factor protector, Andrade cols. (2003), encontraron que los jóvenes que no han intentado suicidarse consideran que en su ambiente familiar existe unión, así como la expresión de emociones, sentimientos e ideas y la capacidad para resolver los problemas entre los integrantes.

A su vez en el estudio realizado por Monge (2008) con adolescentes en el estado de Sonora se encontró que los estudiantes que perciben su ambiente familiar de manera negativa tienen 4.09 veces mayor riesgo de presentar intentos suicidas.

La familia es un grupo humano unido por lazos de consanguinidad o sin ellos, que reunido en su hogar se intercambia afecto, valores y se otorga mutua

protección, ha sido siempre una unidad mediadora entre quienes dirigen la sociedad y los individuos reproducidos en su seno. Por lo que cualquier cambio en los sistemas de producción y consumo de bienes económicos, así como en los regímenes sociopolíticos de las sociedades, repercuten en la vida familiar y ocasionan transformaciones en las formas familiares (Dulanto, 2000).

Existen dos dimensiones familiares asociadas al suicidio, la primera un componente emocional al que se le denomina cohesión familiar y definido como los lazos emocionales entre los miembros de la familia, ya sean de manera excesiva o distante, siendo lo ideal un balance de independencia con la cohesión familiar. La segunda dimensión es la adaptabilidad del niño, su organización o control familiar, que revela la habilidad de la familia para imponer las reglas y las estructuras necesarias para la vida familiar óptima. Puede presentarse una excesiva libertad y reglas limitadas que reflejan una familia caótica, o una familia rígida donde los individuos se encuentran restringidos de ser libres. Un equilibrio óptimo de control se da cuando la familia provee el control y reglas que promuevan el desarrollo individual del niño (Olson, 1985).

En un estudio realizado por Green (1995) con niños de 7 a 11 años se reporta que en los niños con intentos suicidas sus familias se encontraban separadas en la dimensión de cohesión o unión, los padres presentaban aislamiento emocional que igualmente se encontraba presente en los niños. También se encontró que el manejo familiar de los niños era caótico, no existía control de la agresión debido a la poca relación entre los miembros de las familias.

En otro estudio de H. Kazan (1998) con población de 6 a 17 años, se analizaron las características familiares y el comportamiento problema presente en esas edades con conducta suicida comparados con conductas no suicidas, encontrándose que los niños con conductas suicidas perciben menor orgullo familiar, mayor rigidez, y presentan fallas para adaptarse a los cambios de la vida. Además sienten poca confianza hacia la familia y presentan un menor sentido de lealtad, así como que provienen de familias emocionalmente distantes. Las conflictivas familiares hacen que el niño no aprenda a enfrentar

sus problemas y por consiguiente tratar de terminar con sus vidas en un intento por salir de los problemas.

1.1.5 Factores psicológicos asociados con el suicidio y la ideación suicida en niños

Existen factores psicológicos asociados a la conducta y a la ideación suicida los cuales se catalogan dentro de dos grupos distintos: factores de riesgo que son los eventos o las situaciones que aumentan la posibilidad de daño o problema para que la persona se involucre en conflictos. Entre los factores de riesgo podemos mencionar la presencia de depresión, manifestaciones de ansiedad y problemas con la autoestima. Los factores de protección son los eventos o las situaciones que permiten a la persona funcionar de manera adecuada a pesar de vivir en condiciones de riesgo (OPS, 1998) entre los que se puede mencionar a la autoestima.

1.1.5.1 Ansiedad

La ansiedad es un sentimiento de inquietud, aprensión o temor que tiene un origen vago o desconocido (Craig, 2001), su relación con la ideación suicida es que puede llegar a duplicar el riesgo de los pensamientos e intentos de suicidio. Se ha demostrado el impacto de la ansiedad en un estudio de la Universidad de Manitota, en Canadá, donde se constata que alteraciones de ansiedad incrementan por si solas la posibilidad de tener ideas o tentativas suicidas (Huesca, 2006).

1.1.5.2 Autoestima

La autoestima como los pensamientos y sentimientos de evaluación mas o menos estables que la persona hace de si misma y expresan una actitud de aprobación o desaprobación e indican que tan capaz, significativo, exitoso y valioso se cree, es un constructo psicológico importante para el desarrollo armónico del individuo tanto social como biológico y psicológico, (Rosenberg, 1986) por lo que una baja autestima puede originar apatía, asilamiento,

mientras que una alta autoestima da control sobre las circunstancias, existe mayor capacidad de tolerancia al estrés externo e interno. Así mismo se ha encontrado que la autoestima y la depresión están relacionadas de manera importante entre ambas y con la ideación suicida (González Forteza y Rodríguez, 1993).

1.1.5.2 Depresión

La depresión aparece como uno de los factores predominantes de la ideación suicida, sin embargo se ha encontrado que puede no existir la presencia de depresión y si la de la ideación suicida (Carlson y Cantwell, 1982). Shaffer (1999) relaciona que la depresión en los niños surge como una reacción a los problemas familiares, como la agresión de los padres, conflictivas entre los padres, entre otras dificultades relacionadas con la dinámica familiar.

1.2 Planteamiento del problema

La conducta suicida epidemiológica en los niños ha ido aumentando de manera alarmante durante los últimos 15 años lo que denota la necesidad de conocer y reconocer dicha conducta. Se sabe que previo al acto suicida existen diferentes etapas entre las cuales destaca la ideación suicida, que puede tener una permanencia de 2 años en los niños. Ello representa que en un futuro cercano pueden llegar al acto suicida cuando sean adolescentes.

La familia puede funcionar como un factor protector para ayudar a minimizar la presencia de la ideación pero al mismo tiempo ser un factor de riesgo que potencialice la ideación suicida en los niños. A su vez los factores psicológicos como la depresión, la autoestima y la ansiedad pueden coadyuvar a la presencia de la ideación suicida en un contexto familiar propicio. Sin embargo, el abordaje del tema en la población menor de catorce años se dificulta no sólo por limitaciones de los padres/madres para hablar del tema, cuya estabilidad emocional puede ser vulnerable, sino también por los cuidados que deben tenerse cuando se trabaja con menores. De ahí que la información al respecto sea escasa haciéndose necesario su abordaje bajo una metodología estricta y un apego a la ética profesional en forma tal que puedan identificarse las diferencias entre los niños con ideación suicida y sin ideación suicida con respecto a su entorno familiar, características personales, estados depresivos, ansiedad y autoestima.

1.3 Justificación

La ideación suicida y el acto suicida es un problema de salud pública en el estado de Sonora, siendo la tercera causa de muerte entre adolescentes varones. Sin embargo, no existe investigación al respecto, particularmente en lo que se refiere a la población menor de 14 años. En marzo de 2006 se reportaron en la prensa el suicidio de una niña de 9 años por ahorcamiento a diez días de diferencia del suicidio de una niña de 13 años igualmente por ahorcamiento, ambos ocurridos en el mes de febrero. En el transcurso del año se reportaron 5 casos de niños que se quitaron la vida en el estado de Sonora (El Imparcial, 2006).

De acuerdo con los resultados de una investigación realizada en el estado de Sonora existe un subregistro de los suicidios e intentos de suicidio en población joven, ya que la cifra se aleja de la realidad. La mayoría de quienes lo intentan no van al hospital ni acuden a tratamiento médico o psicológico y en el caso de los que llegan a ir al hospital tratan generalmente de encubrir el problema por las implicaciones que tiene para la familia y más aún tratándose de niños, temiendo al estigma social y la repercusión legal que representa este tipo de actos (Cubillas cols, 2006).

En el estudio antes mencionado se trabajó con 1358 adolescentes escolarizados de los cuales 145 habían tenido intento de suicidio, de éstos, el 72.3% no acudió a ningún lado, el 12.8% recurrió a algún hospital, el 6.8% recibió tratamiento psicológico, el 4.7% estuvo en tratamiento médico y el 3.4% presentó más de dos opciones. Lo anterior refleja que solo en pocos casos se atiende esta problemática una vez que se presenta (Monge, 2006). En el caso de los intentos suicidas se calcula que por cada suicidio consumado hay de ocho a 10 intentos de suicidio y por cada intento ocho lo pensaron, planearon y estuvieron a punto de hacerlo (Madrigal cols, 2004). Por lo anterior, es importante estudiar los procesos que anteceden a los suicidios como son la ideación y el intento para así conocer y atender esta problemática.

El suicidio representa la punta del iceberg de un fenómeno más complejo por lo que es necesario conocer qué hay debajo de este, qué está pasando en la vida de los niños y jóvenes para que decidan tomar decisiones tan extremas y

particularmente analizar cuál es el contexto familiar que detona este tipo de comportamiento.

En la mayoría de los estudios revisados, la familia aparece como el factor más importante asociado con los comportamientos suicidas. Cubillas cols. (2006) encontraron que la dinámica familiar negativa, más que la estructura, se asoció con los pensamientos suicidas de los y las adolescentes estudiados. Igualmente, en el estudio mencionado se encontró que los intentos de suicidio se iniciaban desde la etapa escolar. Un 24.8% de los jóvenes que reportaron intento de suicidio, lo llevaron a cabo en el rango de los 7 a los 13 años, 38% de ellos presentaba ideación suicida la semana anterior a la aplicación del cuestionario.

Cuando la ideación suicida permanece por 2 años, Pfeffer y cols. (1988) encontraron que en el 50% de los casos existe una probabilidad alta de incrementar la conducta suicida en la adolescencia. De ahí que detectando durante la infancia la ideación suicida se puede prevenir el pasar al acto en un futuro cercano. Lo anterior evidencia que la presencia de ideas suicidas es una problemática que si no se atiende y previene permanece y probabiliza la ejecución de intentos y/o suicidios en años posteriores.

El suicidio es un proceso dinámico de carácter multifactorial y no sólo un hecho estático e individual. Por lo mismo es necesario estudiar cómo se gestan las ideas suicidas, cuál es el contexto que les rodea así como las características de las personas que tienen este comportamiento desde la más temprana edad. En una sociedad en transformación, donde el modelo idealizado de familia cada vez muestra nuevas facetas, es necesario desarrollar estudios sobre el comportamiento suicida en niños y niñas en edad escolar y así aportar conocimientos para desarrollar e implementar programas sociales que ayuden a disminuir su incidencia en la comunidad.

1.4 Preguntas de investigación

¿Qué diferencias en términos de dinámica y estructura familiar existen entre los niños escolarizados con y sin ideación suicida?

¿Cómo perciben su entorno familiar en ambos casos?

¿Cuáles factores psicológicos como depresión, ansiedad y autoestima están presentes en los niños con y sin ideación suicida?

1.5 Objetivos general y específicos

Analizar y comparar los factores psicológicos y familiares entre niños y niñas de 10 a 12 años de escuelas públicas y privadas del estado de Sonora a fin de identificar aquellos asociados con la ideación suicida.

- Analizar diferencias por sexo en relación a la ideación suicida en niños
- Determinar la asociación entre rasgos de personalidad e ideación suicida.
- Establecer las diferencias entre estudiantes de escuelas públicas y privadas con respecto a la ideación suicida.
- Identificar diferencias en la dinámica familiar de los niños con y sin ideación suicida

1.6 Hipótesis

Los niños con ideación suicida presentan mayor grado de depresión, ansiedad, autoestima baja y conflictivas familiares en comparación con los niños que no presentan tal ideación.

2 MARCO DE REFERENCIA

2.1 Definición de Suicidio

Para poder explicar la ideación suicida se debe iniciar por dar una definición y un breve relato acerca del suicidio y sus características. El suicidio es un acto consecuente de una diversidad de factores sociales, demográficos, ambientales, económicos, psicológicos, históricos e inclusive filosóficos, que se manifiestan y agrupan ya sea en el colectivo de una sociedad y en las expresiones individuales de su integrantes. Al ser el suicidio un acto de índole humano es de gran complejidad por lo que debe ser evaluado desde muchos ángulos y profesiones.

Desde la perspectiva psicológica Kelly (1961) explica el suicidio como un acto por el cual el individuo trata de revalidar su propia vida, darle un sentido. Cada sujeto le da su propia explicación a la realidad, por lo que desde la teoría de constructos personales, se determina que la realidad no se puede explicar por si misma, es por ello que el acto suicida no tiene una intencionalidad autodestructiva, sino de prolongar y dar significado a la vida, ya sea porque el futuro es obvio y sin motivaciones o porque es completamente impredecible para la persona, lo que provoca que abandone su escena.

En cuanto al ámbito social Durkheim refiere la anomia social¹ como un factor regular y específico de suicidios, considerado como un acto individual influenciado por su entorno social. Se define como “toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma”.

En el suicidio para Durkheim se establecen 4 tipos de suicidio según la relación de los individuos con el grupo social:

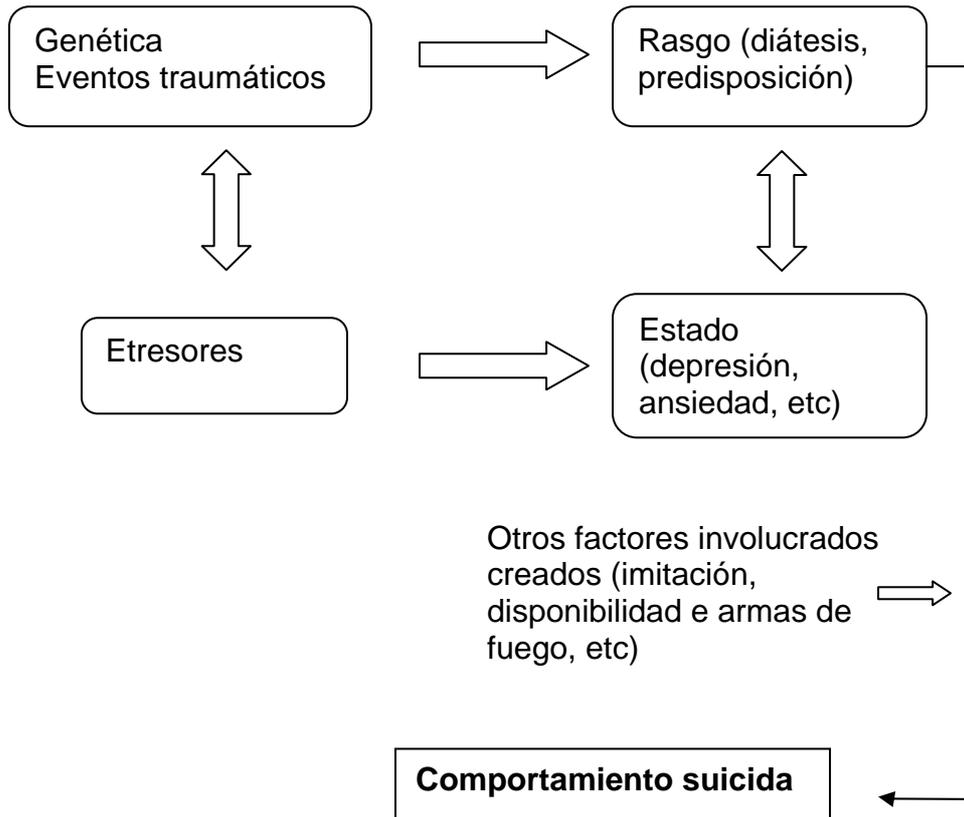
- Suicidio Egoísta.- los individuos no están fuertemente integrados en el grupo social.

¹ Se le concibe como el fracaso de la norma para regular los comportamientos individuales. Las normas han perdido eficacia en la sociedad y se manifiesta con transgresiones de las normas por parte de los individuos que se resisten a ser integrados a la sociedad.

- Suicidio Altruista.- los individuos están fuertemente integrados en el grupo social, sufren falta de individualidad.
- Suicidio Anómico.- los individuos presentan integración al grupo alterada o distorsionada.
- Suicidio Fatalista.- exceso de reglamentación o presión, se sienten aplastados los individuos por la disciplina o las normas.

Entre los modelos planteados del suicidio se encuentra el modelo del suicidio como proceso (figura 1), el cual se basa en las características rasgo estado de la personalidad del sujeto y su interacción con el medio ambiente. Refiere que el proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre como quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, incrementándose gradualmente la letalidad de dichos intentos hasta lograrlo (Van Heeringen, 2003).

Figura 1. Modelo del suicidio como proceso



Gutiérrez-García y cols. 2006

2.2 Las etapas del suicidio, ideación e intento suicida

El suicidio comprende las ideas y deseos suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados, de ésta manera se puede establecer una secuencia progresiva (Van Heeringen, 2003). La ideación suicida se considera de las primeras etapas en el proceso del suicidio entre las que también se encuentran la contemplación activa del propio suicidio, la planeación y preparación, ejecución del intento suicida y el suicidio consumado. Todas éstas etapas pueden ser de manera secuencial, solas o todas juntas.

La ideación suicida incluye pensamientos acerca de desear matarse, hacer planes acerca del cuándo, dónde y el cómo llevar a cabo el suicidio, así como los pensamientos acerca del impacto del suicidio propio sobre los otros. Para la OPS (2002) , la ideación suicida son los pensamientos enfocados a la muerte

que tienen diferentes grados de intensidad y de elaboración, refiriere así mismo al sentimiento de estar cansado de la vida, tener la creencia de que no vale la pena vivir y el deseo de no volver a despertar del sueño.

La ideación suicida es un fenómeno muy habitual durante la infancia y la adolescencia. Tal es la magnitud de su prevalencia en niños y adolescentes, que en algunos países, como por ejemplo Estados Unidos, ya empiezan a considerarla como algo normal (Canino, 1999).

Sin embargo la gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal. Algunos estudios, como el de Pfeffer y cols., Lipkins, Plutchick y Mizruchi (1988), parecen indicar una cierta estabilidad de la ideación, en un considerable porcentaje de casos estudiados, concretamente el 50% después de dos años de seguimiento aún presentaban ideación suicida. Mas recientemente, Domènech-Llaberia, Canals y Fernández-Ballart (1992) han observado que el 27% de las niñas y el 18,4% de los niños mantiene estas ideas después de tres años de seguimiento.

2.3 Desarrollo psicológico infantil

El desarrollo del niño se inscribe dentro del concepto más amplio de desarrollo humano, aunque éste aluda a la población en conjunto, generalmente también lleva implícito el desarrollo individual del ser humano. Es un proceso continuo, dinámico, de etapas sucesivas, tendiente a una mayor diferenciación e integración de las funciones a lo largo de toda la vida. El desarrollo del niño es de particular importancia por la trascendencia y las implicaciones que sucesos de ésta etapa tienen durante toda la existencia del individuo (UNICEF, 2004).

Según la OMS se le considera adolescente temprano a los sujetos que tienen más de 10 años, sin embargo existen autores que aún manejan el concepto de tercera infancia para dicho rango de edad, en lo que si se concuerda es que son niños en edad escolar que se encuentran dentro de las edades de 10 a 12 años. Piaget (1969) explica al desarrollo del niño en la tercera infancia en tres

partes, en el desarrollo intelectual, el social y el de la personalidad, las cuales se desarrollan a continuación.

2.3.1 Desarrollo intelectual

De los siete a los once años el niño se encuentra en la etapa denominada de operaciones concretas, que se caracteriza porque es cuando los niños pueden pensar con la lógica del aquí y del ahora, pueden utilizar símbolos para realizar operaciones mentales y la lógica se hace realidad. En esta etapa los niños van perdiendo egocentricidad, se vuelven más hábiles en tareas que exigen razonamiento lógico, tales como la conservación. Sin embargo, su razonamiento aun se halla muy limitado por el aquí y el ahora. El desarrollo moral coincide con el desarrollo cognoscitivo, y se ve influido por el nivel de madurez del niño, las destrezas para asumir el rol social y la interacción con el adulto y con otros niños.

El concepto de moralidad en los niños se desarrolla en dos etapas principales: la primera, moralidad heterónoma, que se caracteriza por juicios simples y rígidos. La segunda, moralidad autónoma, caracterizada por la flexibilidad moral. A medida que el niño madura e interactúa con otros niños y con adultos, piensa de manera menos egocéntrica y tiene un contacto más creciente con un amplio rango de puntos de vista, muchos de los cuales contradicen lo aprendido en casa.

Conforme avanza el desarrollo cognoscitivo también avanza la memoria. La habilidad para recordar mejora en gran medida hacia la infancia intermedia ya que la capacidad de los niños aumenta con gran rapidez y están más dispuestos a utilizar mecanismos de memoria como repetición, organización, elaboración y ayudas externas. La metamemoria, que es la comprensión de cómo funciona la memoria igualmente mejora.

El lenguaje se desarrolla con rapidez en la infancia intermedia. Los niños pueden comprender e interpretar mejor las comunicaciones, su vocabulario y habilidad para definir palabras crecen y están en mejor capacidad de

comprenderse así mismos. La comprensión de la sintaxis se desarrolla con el tiempo y quizás hasta después de los nueve años. Aunque la habilidad para comunicarse adecuadamente mejora, incluso los niños mayores pueden no tener una completa conciencia de los procesos de la comunicación. Los profesores influyen en el éxito que han de tener los niños en el colegio y, en consecuencia, sobre su autoestima.

La vinculación de los padres y las madres a la educación de sus hijos amplía el aprendizaje de éstos y sus puntajes en CI, al igual que su conducta y actitud hacia la escuela. Los padres y las madres de niños que tienen logros, realizan actividades específicas, acostumbran leerles, charlar con ellos y escucharlos, les proporcionan un lugar para estudios, establecen e insisten en cumplir horarios para comer, dormir y hacer tareas, se aseguran que los hijos cumplan metas, demuestran interés al charlar de los sucesos escolares, etc.

2.3.2 Desarrollo social y de la personalidad

Los niños en edad escolar pasan más tiempo fuera del hogar del que solían pasar antes. La escuela, las amistades y los juegos los mantienen alejados y separados de la familia. Las relaciones con los padres y hermanos continúan su desarrollo y los cambios sociales² afectan la vida familiar, lo cual a su vez incide en el desarrollo de los niños. Los eventos estresantes forman parte de la infancia, la enfermedad, el nacimiento de un hermano, la rivalidad de los hermanos, la frustración, y la ausencia temporal de los padres son fuentes comunes de estrés. La conciencia de estos hechos afecta a los niños a corto plazo y quizás a largo plazo. Las reacciones de los niños ante los eventos estresantes dependen de muchos factores, como el evento en sí mismo y el sexo.

Los niños que se logran adaptar son los que superan experiencias que desequilibrarían el desarrollo emocional de muchos otros, tienden a ser lo suficiente como para enfrentar las circunstancias cambiantes, tener

² Entre los cambios actuales más destacados se hallan el aumento de la tasa de divorcio, la familia de un solo padre y las madres que trabajan fuera del hogar.

pensamientos positivos, ser amigables, sensibles, se sienten competentes, tienen alta autoestima y su inteligencia es la adecuada para su edad. Tienen buenas relaciones con sus padres y madres, si esto no sucede, puede que establezcan vínculos estrechos con otro adulto que se interese por ellos³.

La particularidad del desarrollo del niño es que va a permitir que pueda adquirir durante el proceso de humanización y crecimiento, las habilidades culturalmente aceptadas para desempeñarse en su contexto y adaptarse cuando éste cambia.

2.4 Factores de riesgo y protección

Existen dos clasificaciones de factores que se ven envueltos en la ideación y en el acto del suicidio, son los factores de riesgo los cuales se definen como las características detectables que señalan una mayor probabilidad del niño de sufrir o estar expuesto a un daño, se pueden dividir en dos grupos:

Los fijos que difícilmente podrán ser modificados entre los que encontramos los intentos previos de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad, etnia y la situación económica entre otros. Y los modificables en los que se encuentra la depresión, la ansiedad, la autoestima, los accesos a los medios para cometer el suicidio, el aislamiento social y las enfermedades crónicas (Forster y col. 2002).

Como factores de protección que se sabe que operan como barreras que ayudan a evitar situaciones estresantes en el niño, y pueden ser la cohesión familiar, la autoestima adecuada y el apoyo de las redes sociales del niño (OPS, 1998).

³ Lo anterior fue tomado de Piaget (1969) citado en Papalia 1989

2.5 La familia, algo más que un concepto

Las primeras etapas de la vida de los niños, son importantes en el desarrollo de ellos, transcurren en el seno de la familia. Con los padres, hermanos y hermanas realiza las primeras experiencias de adaptación e incluso, de conflictos con ellos (Corman, 1967). La familia se puede definir como “el grupo humano integrado por miembros relacionados por vínculos de afectos y sangre y en el que se hace posible la maduración de la persona humana a través de encuentros, contactos e interacciones comunicativas, que hacen posible la adquisición de una estabilidad personal, una cohesión interna y mas posibilidades de progreso según las necesidades profundas de cada uno de sus miembros” (Ríos, 1998).

A la familia se le considera como un grupo natural que se inserta en una forma organizacional social, que responde al contexto social imperante. Engels (1974) señaló que la familia es la célula fundamental de la sociedad, y guarda una estrecha relación con el desarrollo.

El grupo familiar es un eslabón de intercambio entre el medio social y el individuo, al ser la fuente de aprendizaje social ya que actúa como un regulador de las fuerzas del exterior y del propio medio interno individual. A través de ella se transmiten la experiencia histórico social, valores culturales, enseñanza, normas, convenciones, actitudes y sentimientos que completan el proceso educativo de enseñanza aprendizaje. Cuando un sistema familiar pierde su funcionalidad, ya sea por algunas de las crisis de evolución que esté atravesando la familia o por crisis externas a ellas, puede surgir un miembro de la familia con algunos síntomas y aparecer alguna enfermedad. Por ello, se sabe que la aparición de un síntoma o enfermedad puede ser señal de que el sistema familiar se encuentra en ese momento en crisis. A veces la aparición del síntoma no es más que los intentos que hace el sistema para que no se produzca el cambio (Minuchin y cols. 1978).

El funcionamiento familiar influye en la aparición o en la no aparición de enfermedades crónicas, en la descompensación de las mismas, en casi todas

las enfermedades psiquiátricas y en las conductas de riesgo de salud⁴. Desde las edades más tempranas y al ser parte del contexto educativo que comparte la familia, se aprenden los comportamientos favorables o perjudiciales a la salud, ya sean hábitos higiénicos, estilos de vida, identificación de problemas de salud, recursos de curación, estilos de afrontamiento ante las crisis y apropiación de prejuicios dañinos a la salud⁵. La familia, al poseer una dinámica relacional entre todos sus miembros, posibilita la cooperación mutua, la flexibilidad de los roles en las diversas tareas domésticas y el apoyo entre sus miembros ante los problemas y las exigencias de la vida, así como garantiza la estabilidad y la seguridad necesarias para el ser humano, siempre y cuando el sistema familiar sea funcional.

La diferenciación entre las familias funcionales y las disfuncionales se da en cuanto a las estrategias que utilizan para resolver las crisis, el clima emocional, la capacidad de cambio y adaptación durante el curso del ciclo de vida familiar, la capacidad para equilibrar la proximidad y la distancia en las relaciones intrafamiliares, así como la formación de fronteras generacionales. Virginia Satir (1964) y Riskin y Mc Corkle (1979)⁶ consideraron que las familias funcionales resuelven los problemas con cierto grado de éxito; según ellos, los conflictos suelen ejercer un efecto positivo, ya que estimulan los cambios de desarrollo.

Según Weakland y cols. (1974), las familias funcionales son capaces de abandonar las estrategias que les han resultado ineficaces, y formulan nuevas formas que ayuden a las crisis. Para Watzlawick (1974), las soluciones que utilizan las familias disfuncionales para resolver los conflictos a menudo constituyen el problema. Sin embargo la familia surge en sus inicios como una necesidad de supervivencia de la humanidad, y va sufriendo diversos cambios, desde la familia consanguínea, la familia punalúa, la familia monogámica, etc. (Marrero, 2004).

⁴ Haley J., 1986 citado por Marrero, 2004

⁵ Betancourt O., 1999 citado por Marrero 2004

⁶ Citados por Marrero 2004

Desde la perspectiva psicosociocultural Díaz-Guerrero (2007) define que la estructura de la familia dominante en México se fundamenta en dos proposiciones derivadas de orientaciones valorativas implicadas en la cultura mexicana, de premisas generalizadas implícitas, desde la superioridad biológica y natural del hombre sobre la mujer: La supremacía del padre y el absoluto autosacrificio de la madre que cae en la abnegación⁷.

En la práctica familiar sigue siendo la mujer la principal responsable de la familia en el ámbito de lo doméstico, a pesar de que en algunos aspectos descansa en el padre, funcionalmente descansa únicamente en la figura materna (Wonderberg, 2000). Los cambios en la estructura social, resultado de la modernización económica y las consiguientes presiones del desarrollo han modificado la naturaleza de la familia, la tendencia dada por esto es a reducir la amplitud de los miembros que la conforman y dar mayor auge a la “familia nuclear”.

Pueden observarse cambios positivos en dicha tendencia al hacer que los individuos sean cada vez más dueños de sus destinos y contar con nuevas oportunidades de vida. Pero igual se presentan consecuencias negativas en las que se originan que las personas se sientan con menor obligación a las relaciones familiares. La capacidad de muchas familias de satisfacer sus necesidades básicas se ha debilitado por circunstancias ajenas a ellas.

En el caso de las familias uniparentales y las encabezadas por un solo miembro, la necesidad de equilibrar responsabilidades laborales y familiares se hacen algunos de los aspectos más difíciles de afrontar de la vida diaria y que afectan la relación de todos los integrantes. La forma en que las familias se constituyen, establecen un esquema de comportamiento, funcionan, evolucionan y se relacionan con la comunidad local, reflejando valores y expectativas de la sociedad y una opción individual. Es la unidad básica de la sociedad al realizar importantes funciones socioeconómicas.

⁷ La negación absoluta de toda satisfacción egoísta

A pesar de los múltiples cambios de la sociedad que han modificado su papel y funciones, la familia sigue siendo el marco natural de apego emocional, económico y material que es esencial para el crecimiento y desarrollo de sus miembros, en especial de los niños, ya que puede educar, formar, motivar, apoyar y frecuentemente, así lo hace. Los múltiples cambios que ha sufrido son modificaciones profundas y paralelas a los cambios económicos, políticos, religiosos y sociales que se han suscitado a lo largo de los últimos años de su historia a la modernización y hasta ahora han sido poco evaluados en su impacto sobre la salud mental de sus integrantes.

2.6 Depresión

La depresión es considerada como el primer factor de riesgo para la presencia de la ideación o el intento suicida en niños (Gould y cols., 1998).

En su investigación, Beck (1979) comprobó que los pacientes depresivos reportaban contenidos de pensamiento negativo, que no se observaban en aquellos pacientes no deprimidos. Estos pensamientos estaban referidos a las siguientes temáticas:

- Una visión negativa de sí mismo

El individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil. Atribuye sus experiencias desagradables a un defecto propio, sea físico, mental o moral. Se considera indeseable a causa de sus supuestos defectos; tiende a rechazarse a sí mismo y supone que los demás también lo rechazarán.

- Consideración negativa del mundo

Las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones, derrotas. El depresivo estima que el mundo le hace enormes exigencias y le presenta obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos de vida.

- Consideración negativa del futuro

Siempre, desde una perspectiva oscura, se da vueltas y vueltas sobre una serie de expectativas que parecen amenazantes. Supone que sus problemas y

experiencias comunes continuarán indefinidamente y que a los cuales ya conocidos se agregarán otros males mayores.

2.7 Ansiedad

La ansiedad se puede ver desde dos estadios diferentes, uno como un estado emocional o una cualidad característica de la personalidad. Hablando desde el lado emocional se puede referir al estado de excitación que se da cuando se percibe una situación que es potencialmente embarazosa, degradante o que produce cierta culpabilidad, en donde la consecuencia es una amenaza del concepto del yo o contra la autoimagen. Dicho estado emocional llamado ansiedad puede darse en interacciones con otros o cuando no se está seguro de los resultados de las cosas.

La ansiedad es una emoción socializada que sirve de motivador en los intentos de relaciones buenas con los demás, en el concordar con las expectativas y trabajar con ellos de manera pacífica y cooperativa. Cuando se carece de ansiedad también se adolece de interés por los pensamientos y sentimientos de los demás, sin embargo, demasiada ansiedad lleva a un intenso interés por sí mismo y obstaculiza el buen ajuste social (Watson, 1991).

Desde que el niño es pequeño aprende a través de experiencias dolorosas o por la enseñanza de los adultos y los compañeros, a anticipar o evitar circunstancias dañinas en potencia. Aunque se le considera por lo general al miedo como una respuesta adaptativa ante ciertas amenazas, en algunos casos la ansiedad puede ser nociva para el funcionamiento efectivo del individuo. Si es muy elevado el nivel de ansiedad puede ser que la persona no pueda tomar decisiones o acciones adecuadas para la resolución de los problemas, ya que interfieren en los procesos de pensamiento lógico racional.

La ansiedad puede verse también como un rasgo de personalidad al ser un aspecto de permanencia en el individuo, describiendo la personalidad que de manera recurrente experimenta ansiedad, aunque la fuerza del estímulo que la provoque sea de poca magnitud. El rasgo de ansiedad se refiere al grado de

propensión que tenga la persona para experimentar ansiedad (Reynolds, Richmond, 1997).

2.8 Autoestima

La autoestima es como se percibe uno mismo, dicha percepción se comienza a formar a partir de los 5 y los 6 años donde se forma un concepto acerca de cómo le ven los demás, los padres, maestros, compañeros y cómo es que evalúan las experiencias que se van adquiriendo.

El clima familiar se ha asociado frecuentemente al autoconcepto infantil. En un clima de cohesión familiar, la percepción de tolerancia, respeto, aceptación materna, así como un control moderado incide fuertemente en la adaptación del niño y su autoestima, así como también facilita las relaciones interpersonales. Buenos resultados se asocian a un clima familiar positivo, aquel caracterizado por apoyo parental, afecto, cohesión familiar, ausencia de conflictos y en menor medida, control parental (Esterellas, 1997).

Así los conflictos paternos se pueden asociar a la baja autoestima del niño, al crecer una atmósfera de inseguridad que dificulta el desarrollo de autonomía y sentimiento de confianza en el niño (Scott, y cols. 1991). La autoestima va a ser responsable de los éxitos o fracasos escolares y en la vida en general.

Los niños comparan su yo verdadero con sus yo ideales y se juzgan a sí mismos en la medida en que son capaces de alcanzar los estándares y expectativas sociales que han tomado en cuenta para la formación del autoconcepto y cuán bien lo logran poner en práctica. Las opiniones que los niños tienen de sí mismos tienen un gran peso en el desarrollo de su personalidad. Una imagen favorable de sí mismos puede ser la clave del éxito y la felicidad durante la vida.

Uno de los autores que ha estudiado la autoestima de forma ininterrumpida durante tres décadas (Coopersmith, 1967), la define como “la evaluación que hace el individuo respecto de sí mismo, que por lo general luego mantiene. La autoestima expresa una actitud de aprobación o desaprobación y pone de

manifiesto el grado en que el sujeto se considera importante, capaz, con éxito y valioso". Según se desprende de la anterior definición, el único criterio que guía dicha evaluación es el del logro, es decir, la satisfacción de ciertas expectativas personales, demasiado homogéneas como para que puedan soportar el amplio rango de variabilidad de los anhelos humanos.

Coopersmith (1967) señala tres condiciones que fortalecen la autoestima en el medio ambiente del hogar:

1. La aceptación del niño por parte de los padres, al mismo tiempo reconociendo sus cualidades, sus problemas y sus limitaciones. Al aceptar al niño sus padres le demuestran que es digno de su atención y respeto. Este respeto capacita al niño para convivir con sus habilidades y limitaciones.
2. La existencia de límites explícitos, claramente definidos y consistentemente aplicados, ofreciendo normas de conducta y expectativas conductuales.
3. La provisión de tratamiento respetuoso cuando se observan los límites y los niños actúan de acuerdo con las reglas o las líneas establecidas por los padres.

Añade el autor que la habilidad de los padres para ofrecer estas condiciones depende marcadamente de la posesión por parte de los mismos de un autoconcepto positivo (Coopersmith, 1967). Los padres con un nivel de autoconcepto elevado proporcionan un modelo de seguridad, aceptación y respeto mayor que contribuirá a potenciar la autoestima de sus hijos.

Coopersmith (1967) define en 4 criterios en los que las personas basan su imagen:

- Significación: el grado en que sienten que son amados y aceptados por aquellos que son importantes para ellos.
- Competencia: Capacidad para desempeñar tareas que consideren importantes.
- Virtud: consecución de niveles morales y éticos.
- Poder: grado en que pueden influir en su vida y en la de los demás.

Coopersmith (1981) afirma que los individuos que difieren en autoestima se comportan en formas diferentes. Las diferencias de comportamiento en la autoestima alta son debidas a diferencias en la anticipación, reacción y voluntad de confiar en los otros y de tomar en cuenta el propio juicio como base para la acción. En la autoestima baja son atribuibles e importantes los sentimientos de estar expuesto y de autoconciencia exagerada, que conduce a vivir las dificultades intensamente.

Clemens y cols. (1994) refiriéndose a la autoestima como parte efectiva del autoconcepto, opina que es el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la responsabilidad personal. Es el "aglutinante" que liga la personalidad del hombre y conforma una estructura positiva, homogénea y eficaz. La autoestima es la que determina hasta qué punto puede la persona utilizar los recursos personales y las posibilidades con las que nace, sea cual sea la etapa de desarrollo en que se encuentre el "ideal del yo" de que se parte, por cuanto que es el modelo de persona que cada uno desea llegar a ser lo que tal vez se toma como criterio con el que se compara.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de diseño

El estudio fue descriptivo de tipo comparativo observacional, transversal.

3.2 Participantes

631 estudiantes de quinto y sexto de primaria de ambos sexos con un rango de edad de 10 a 13 años de escuelas tanto públicas como particulares de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

3.3 Estimación de la muestra

Se determinó la muestra por medio del método estadístico por conglomerado en el que se relacionó la totalidad de las escuelas dentro de la ciudad y el número de alumnos inscritos en el ciclo escolar 2007-2008 de quinto y sexto de cada escuela primaria.

La población total de alumnos para ambos grados de la zona urbana de Hermosillo es de 22,215, (SEC 2007) por lo que la muestra calculada fue de 486 alumnos. Sin embargo al finalizar el levantamiento de encuestas el número total de la muestra concluyó en 631 ya que se trabajó con el total de niños inscritos por grupos de cada clase. Con un total a cubrir de 16 escuelas públicas y 4 particulares al encontrarse distribuida la población en éstas en una proporción de 80 a 20 % respectivamente. Las escuelas fueron seleccionadas de manera aleatoria al generar 20 números en Excel con la totalidad de la población escolar para los grupos de quinto y sexto.

El margen de error calculado es de un 5%, con un nivel de confianza del 95% para este número de muestra.

3.4 Contexto

Se trabajó con 16 escuelas públicas tanto del sistema estatal como del federal, dependientes de la Secretaría de Educación, ubicadas dentro de la zona urbana de la ciudad de Hermosillo, las cuales en su mayoría se ubicaron en zonas de nivel socioeconómico medio bajo y bajo. Asimismo, con cuatro

escuelas de carácter privado que reciben población escolar de estrato económico medio y alto.

3.5 Instrumentos

El instrumento utilizado fue un cuestionario de formato autoaplicado con 116 reactivos que evalúan datos sociodemográficos, escala de depresión, escala de autoestima, escala de ansiedad, escala de riesgo suicida y dibujo de la familia, para su aplicación se divide en dos secciones, con una duración de 15 minutos en una primera parte y de 30 a 45 minutos en la segunda.

3.5.1 Children's Depression Inventory CDI (Kovacs, 1992)

Es una escala orientada a autoevaluar sintomatología depresiva en 27 ítems. Cada ítem del CDI consta de tres alternativas, con puntajes de 0 (ausencia del síntoma), 1 (síntoma moderado) y 2 (síntoma definido); los puntajes más altos indican severidad en aumento. Evalúa la presencia de síntomas de depresión relacionados con las dimensiones "estado de ánimo negativo", "problemas interpersonales", "inefectividad", "anhedonia" y "autoestima negativa". Es un instrumento adaptado y validado en muchos países y de utilización en estudios de prevalencia sintomatológica depresiva en niños y adolescentes. Para éste estudio se obtuvo un índice de confiabilidad⁸ de .78

3.5.2 Escala de ansiedad manifiesta en niños CMAS-R (revisada) (Reynolds 1985)

Es una escala diseñada para aplicarse de manera grupal o individual a niños y adolescentes de 6 a 19 años, de manera autoinformada que consta de 37 reactivos con respuesta dicotómica, si o no, diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes. La suma de las respuestas positivas determina la puntuación de ansiedad total.

A su vez proporciona también cuatro calificaciones adicionales, ansiedad fisiológica, inquietud o hipersensibilidad, preocupaciones sociales, concentración y una escala de mentira. Para éste estudio se obtuvo un índice de confiabilidad de .83⁹.

⁸ Alpha de Cronbach

⁹ Split half

3.5.3 Inventario de autoestima (Coopersmith, 1967)

Consta de 25 afirmaciones con dos opciones de respuesta cerrada (sí-no) para conocer el grado de autoestima de los niños. Para éste estudio se obtuvo un índice de confiabilidad de .74.

3.5.4 Cuestionario de riesgo suicida RSQ (Horowitz, et.al, 2001)

Identifica el riesgo suicida en niños al indagar la severidad de los factores de riesgo para suicidio en base a una escala de tipo lickert de 7 puntos, donde a mayor puntuación denota mayor riesgo. La versión completa consta de 14 reactivos de los cuales se utilizaron solamente 7 para una forma breve.

3.5.5 Test de la familia (Corman L. 1967)

Test proyectivo, utilizado en el proceso psicodiagnóstico, con niños. Es un método útil para acceder a las representaciones mentales que el sujeto tiene sobre sí mismo en relación al medio familiar, así como las figuras representativas que éste tiene principalmente sobre el sistema familiar y la relación que tiene con el medio. Es de aplicación individual, sin embargo en el estudio se aplicó de manera colectiva a modo exploratorio.

3.6. Fase piloto

Se seleccionaron dos grupos de 5° y uno de 6° de una escuela primaria ubicada en zona marginada de la ciudad de Hermosillo y de nivel socioeconómico bajo denotado por su ubicación, con la finalidad de aplicar, adaptar y validar el cuestionario al contexto de la región, estimar los tiempos de aplicación y realizar los cambios que se consideraron necesarios en la redacción, conceptos y terminologías con base a las preguntas que surgieron de los niños a la hora de la aplicación.

3.7 Procedimiento

Se solicitó en una primera instancia permiso para ingresar a las escuelas primarias públicas de Hermosillo a las autoridades correspondientes, es decir a la Secretaria de Educación en Sonora.

Posteriormente se generó una tabla de 20 números aleatorios en el programa Excel, tomando en cuenta la columna de la matrícula de estudiantes inscritos por escuela, con éste procedimiento se seleccionaron las 16 escuelas públicas y las 4 privadas de nivel primaria, distribuidas al azar en la ciudad de Hermosillo, para proceder a la aplicación de los cuestionarios y se accedió únicamente a un grupo de quinto o a uno de sexto año en el caso de las escuelas públicas elegido al azar por el director o directora del plantel. En el caso de las escuelas privadas se les aplicó tanto a quinto como a sexto, con la intención de equiparar la muestra acorde a la distribución de la población.

En un primer momento se aplicó la primera parte del cuestionario a todo el grupo, en ésta se encontraban los datos sociodemográficos y la prueba de depresión, que nos daba la pauta para dividir en una submuestra de dos grupos iguales a los niños en base a las respuestas que dieran en el reactivo 9 del CDI, un grupo de ellos identificado con ideación suicida y el otro sin ideación, a los que posteriormente se les aplicaba la segunda parte del cuestionario en el que venían incluidos, las escalas de ansiedad, autoestima, riesgo suicida y el dibujo de familia.

3.8 Análisis de datos

Se vaciaron los datos obtenidos en una base de datos creada en el paquete SPSS estadístico para las ciencias sociales versión 15.0. Se realizaron análisis estadísticos para estimar medidas de porcentajes, desviaciones estándar, y razón de prevalencias para determinar los factores de riesgo en las variables psicológicas, además se utilizó la prueba paramétrica X² para determinar diferencias entre escolares con ideación suicida y sin ideación, así como la prueba t¹⁰ para comparar promedios. En las que se consideraron los valores menores a .05 como estadísticamente significativos. Para la prueba del dibujo se utilizaron los parámetros definidos por Corman.

Se eliminaron los cuestionarios que no cubrieran las características necesarias para ser parte de la muestra.

¹⁰ T de student

4 RESULTADOS

4.1 Prevalencia de la ideación suicida

El total de niños y niñas que fueron evaluados en la primera fase aplicándoseles el cuestionario de depresión fue de 631, entre los que en base a las respuestas dadas en el reactivo de ideación suicida¹¹ (cuadro 1), se determinó que el 29.2% de la población total de niños presenta alguna forma de ideación suicida, mientras que el 70.8% de los niños no presentan dicha ideación.¹²

Cuadro 1. Frecuencia de respuesta del reactivo de ideación

Opciones de respuesta	%
No piensas en matarte	70.8
Piensas en matarte pero no crees lo harías	18.1
Algunas veces has pensado seriamente en matarte	11.1

Fuente: elaboración propia

4.2 Ideación suicida por sexo y tipo de escuela

No se encontraron diferencias estadísticas significativas en la distribución de la población por sexo con respecto a la ideación y no ideación suicida ($p < .72$), sin embargo si se encontraron diferencias estadísticas significativas al hacer la diferenciación de los niños por tipo de escuelas públicas o privadas, encontrándose una mayor prevalencia en niños que asisten a escuelas públicas ($p < .02$) (cuadro 2).

¹¹ Reactivo 9 dentro del CDI

¹² Se tomó como ideación suicida que los niños contestaran en alguna de las dos últimas opciones

Cuadro 2. Frecuencias de ideación por sexos y por escuelas

	<i>Sin ideación</i>		<i>Con ideación</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo¹				
<i>Niña</i>	220	70.1	94	29.9
<i>Niño</i>	224	71.3	90	28.7
Tipo de escuela²				
<i>Pública</i>	311	68.4	144	31.6
<i>Privada</i>	136	77.3	40	22.7

1. $p < .72$

Fuente: elaboración propia

2. $p < .02$

4.3 Caracterización de la población

Se creó una submuestra a partir de la población total que fue delimitada de acuerdo al resultado del reactivo 9 incluido dentro del CDI, se distribuyó en dos grupos, uno de control de 184 niños sin ideación suicida y uno de ideación suicida de 184 niños, dando un total de 368 niños de 10 a 13 años. De éstos la media de edad fue de 10.9 años, la variable de sexo quedó a su vez distribuida en 50.8% niñas y 49.2% niños, el 72.1% de ellos en escuelas públicas y 27.9% en escuelas privadas, debido a la proporción de la matrícula de educación primaria para los grupos de quinto y sexto grado. Cursando el 51.8% en el grado de quinto y 48.2% en sexto grado (Cuadro 3).

Cuadro 3. Categorización de la población

Característica	%, Media, D. E.
Edad	10.9 (D.E. .74)
Sexo	
Hombre	49.2%
Mujer	50.8%
Tipo de escuela	
Publica	72.1%
Privada	27.9%
Grado	
Quinto	51.8%
Sexto	48.2%

Fuente: elaboración propia

4.4 Variables escolares y familiares

En cuanto a las variables escolares¹³ la media del promedio escolar reportada por los propios niños para el grupo sin ideación y el grupo con ideación suicida no se encontraron diferencias estadísticas significativas ya que para el grupo con ideación fue de 8.7, mientras que para el grupo sin fue de 8.9. Con respecto a su desempeño escolar y su gusto por asistir a la escuela sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Cuadro 4).

¹³ Cabe aclarar que los reactivos de variables escolares fueron contestados por los niños bajo su propio criterio y por su propia percepción de su desempeño académico.

Cuadro 4. Variables escolares en población con y sin ideación suicida

	<i>Sin ideación</i>	<i>Con ideación</i>
<u>Desempeño escolar¹</u>		
Muy bien	31.7%	17.6%
Bien	40.4%	48.4%
Regular	27.9%	34.1%
<u>Gusto por ir a la escuela²</u>		
Mucho	74.2%	57.4%
Poco	25.8%	42.6%

1. P<.01

Fuente: elaboración propia

2. P<.001

Para las variables familiares no se encontraron diferencias significativamente estadísticas en ambos grupos, en relación a los niveles de estudio del padre o de la madre, ni así mismo por los trabajos desempeñados por ambos padres, por la persona con quien se quedan a cargo los niños después de la escuela o con quien comen.

La estructura familiar en que se conforman las familias¹⁴ no se evidenció como factor de riesgo para la presencia de ideación suicida (Cuadro 5).

Cuadro 5. Distribución de la estructura familiar

	<i>Sin ideación</i>	<i>Con ideación</i>
Nuclear	71.0%	66.5%
Uniparental	5.5%	4.9%
Extensa	11.5%	17%
Reconstruida	7.1%	6.6%
Fragmentada	3.3%	3.3%

P<.80

Fuente. Elaboración propia

¹⁴ Nuclear, extensa, uniparental, reconstruida y fragmentada

4.5 Factores psicológicos asociados a la ideación suicida

4.5.1 Depresión

Los resultados de los grupos con y sin ideación suicida en relación con la depresión y las diferencias por sexo (Cuadro 5), muestran que el grupo con ideación suicida presenta mayores estados depresivos en comparación del grupo sin ideación, con una diferencia estadística significativa de $p < 0.00$, el porcentaje más alto está localizado en la depresión moderada. Sin embargo, en cuanto a las diferencias por sexo del grupo con ideación respecto a la depresión, no se muestran diferencias estadísticas significativas ($p < 0.23$) al presentarse en ambos sexos la misma proporción de depresión de moderada a severa, aunque si se encuentra ligera tendencia a ser mayor en los niños que en las niñas. En el caso del grupo sin ideación, se observa una diferencia estadísticamente significativa de ($p < 0.03$) en relación al sexo, al existir un mayor número de niños con depresión que de niñas, a pesar de no existir la presencia de la ideación suicida (Cuadro 6). Los niños que presentan depresión tienen un riesgo 8.8 mayor de tener ideación suicida cuando se les compara con el grupo de niños que no presentan ideación (I.C. 3.85–20.15)¹⁵ (Gráfica 1).

Cuadro 6 Niveles de depresión relacionados con ideación suicida

Depresión	Sin ideación¹				Con ideación²				Total³			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N	%
Sin	56	64.4	69	82.1	22	27.5	33	35.9	125	73.1	55	32
Moderada	26	29.9	13	15.5	38	47.5	32	34.8	39	22.8	70	40.7
Severa	5	5.7	2	2.4	20	25	27	29.3	7	4.1	47	27.3

¹ $P < 0.03$

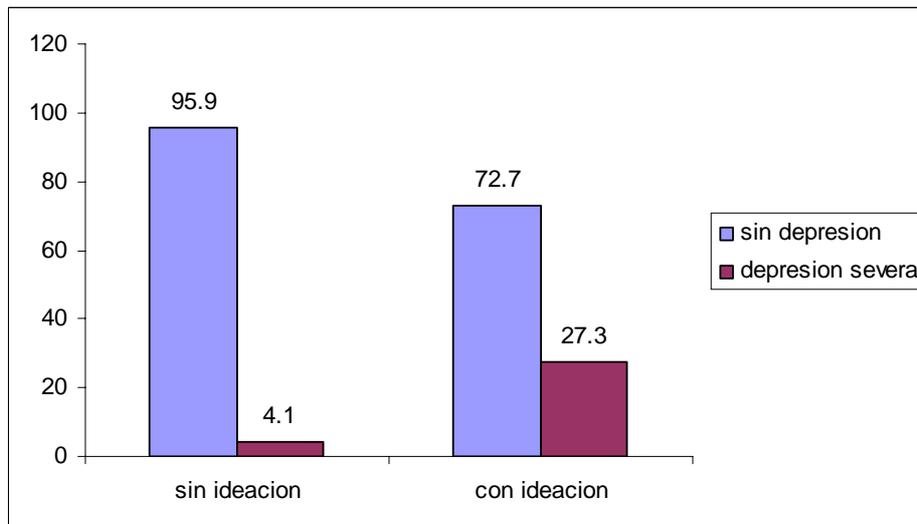
Fuente: elaboración propia

² $P < 0.23$

³ $P < 0.00$

¹⁵ IC intervalo de confianza

Gráfica 1 La depresión como factor de riesgo asociada a la presencia de ideación suicida



Fuente: elaboración propia

4.5.2 Autoestima

Los resultados de los grupos con y sin ideación suicida en relación con la variable autoestima y las diferencias por sexo se presentan en el cuadro 6. Se observa que el grupo con ideación presenta una autoestima mas baja en comparación con el grupo sin ideación, diferencia que es estadísticamente significativa ($p < 0.00$). Sin embargo, en cuanto a las diferencias por sexo del grupo con ideación suicida respecto a la autoestima no se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.33$). Ambos sexos con ideación se ubican en niveles bajos y medios de autoestima, mientras que los que no tienen ideación se ubican en autoestima alta.

Los niños y niñas que presentan problemas con su autoestima tienen un riesgo 3.7 veces mayor a presentar ideación suicida en comparación con el grupo de niños que tienen mejor autoestima (I.C. 2.3 – 5.9) (Gráfica 2).

Cuadro 7. Niveles de autoestima relacionados con la ideación suicida

Autoestima	<i>Sin ideación</i> ¹				<i>Con ideación</i> ²				<i>Total</i> ³			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Baja	23	18.6	16	27.7	41	48.8	49	57	39	23.1	90	52.9
Media	18	36	31	21.7	20	23.8	13	15.1	49	29	33	19.4
Alta	42	45.3	39	50.6	23	27.4	24	27.9	81	47.9	47	27.6

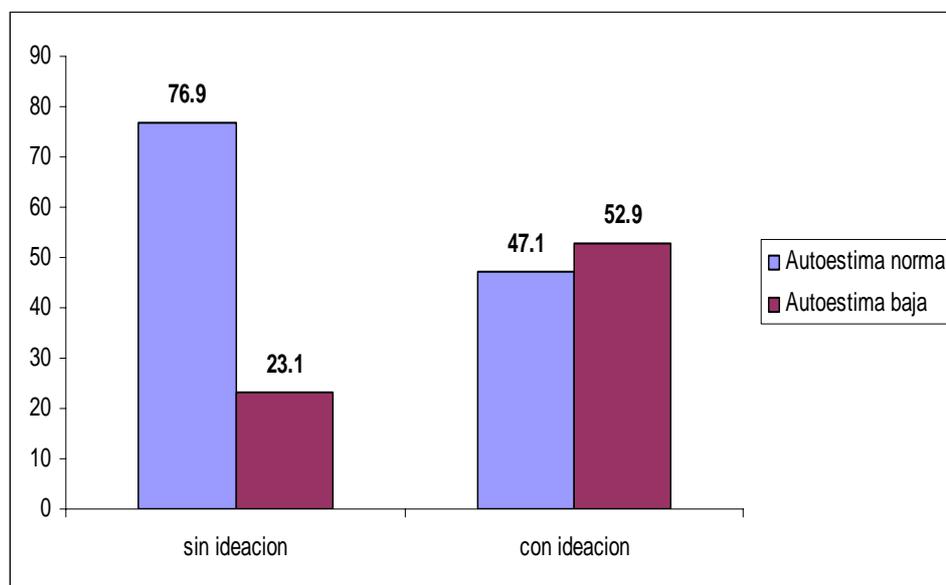
¹ P<.09

Fuente: elaboración propia

² P<.33

³ P<.00

Gráfica 2. La autoestima como factor de riesgo asociada a la presencia de ideación suicida



Fuente: elaboración propia

4.5.3 Ansiedad

En los resultados de los grupos con y sin ideación suicida en relación con la variable de ansiedad y las diferencias por sexo, se observa que el grupo con ideación presenta un nivel mayor de ansiedad alta y media que en comparación del grupo control con una diferencia significativamente estadística ($p < 0.00$). En cuanto a las diferencias por sexo del grupo con ideación suicida respecto a la ansiedad no se muestran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.13$),

al presentar en su mayoría ansiedad de moderada a alta, con una inclinación mayor de las niñas hacia la alta, y así mismo para el grupo control tampoco se observan diferencias en relación al sexo en el nivel de ansiedad estadísticamente significativas ($p < 0.15$) (Cuadro 8).

Los niños y niñas que presentan ansiedad tienen un riesgo 2.6 veces mayor en relación al grupo que no presenta ansiedad a presentar ideación suicida (I.C. 1.60 – 4.32) (Gráfica 3).

Cuadro 8. Niveles de ansiedad relacionados con la ideación suicida

Ansiedad	<i>Sin ideación</i> ¹				<i>Con ideación</i> ²				<i>Total</i> ³			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Sin	35	41.7	50	55.6	30	34.5	17	20.7	85	48.9	47	27.8
Moderada	30	35.7	27	30	28	32.2	31	37.8	57	32.8	59	34.9
Alta	19	22.6	13	14.4	29	33.3	34	41.5	32	18.4	63	37.3

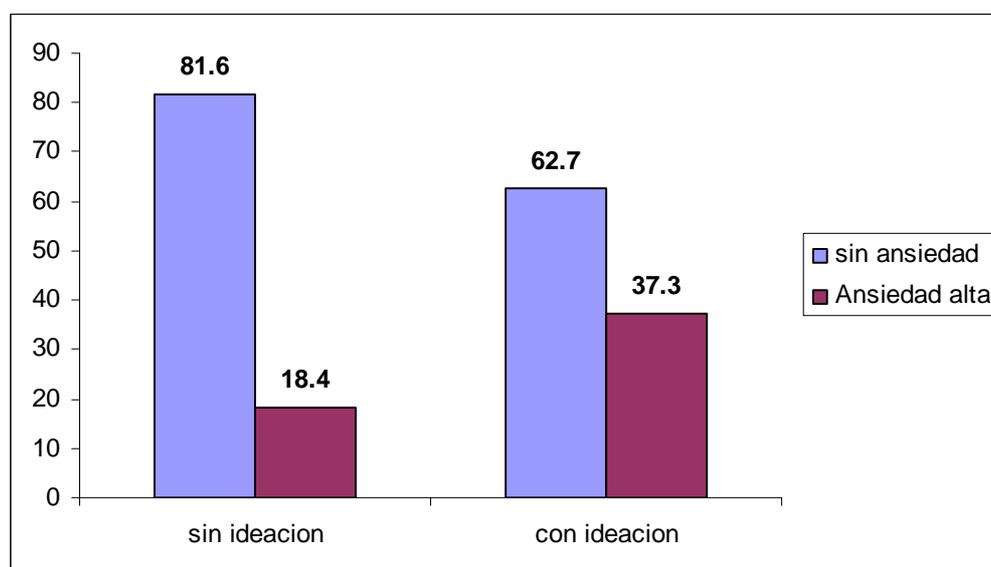
¹ $P < .15$

Fuente: elaboración propia

² $P < .13$

³ $P < .00$

Gráfica 3. La ansiedad como factor de riesgo asociada a la presencia de ideación suicida



Fuente: elaboración propia

4.6 Riesgo suicida

Para el cuestionario de riesgo suicida las diferencias encontradas entre el grupo control y el grupo con ideación suicida las respuestas para todos los reactivos fueron estadísticamente significativas ($P < .00$) (Cuadro 9).

Cuadro 9. Escala de riesgo suicida

	Sin ideación		Con ideación	
	n	%	N	%
<u>Has tratado de lastimarte a ti mismo?</u>				
No	164	89.6	106	57.9
Mas o menos	12	6.6	45	24.6
Si	7	3.8	32	17.5
<u>La semana pasada tu tuviste un pensamiento de lastimarte a ti mismo?</u>				
No	167	91.3	133	72.3
Mas o menos	10	5.5	24	13
Si	6	3.3	27	14.7
<u>En este momento tienes pensamientos de lastimarte?</u>				
No				
Mas o menos	170	92.9	146	79.3
Si	9	4.9	18	9.8
	4	2.2	20	10.9
<u>Piensas que necesitas ayuda para cuidarte?</u>				
No	128	69.9	88	47.8
Mas o menos	26	14.2	40	21.7
Si	29	15.8	56	30.4
<u>En el pasado tu consideraste seriamente en matarte a ti mismo?</u>				
No	171	93.4	126	68.5
Mas o menos	10	5.5	37	20.1
Si	2	1.1	21	11.4
<u>Conoces a alguien que se haya matado?</u>				
No	140	76.5	106	57.6
Mas o menos	3	1.6	10	5.4
Si	40	21.9	68	37

Fuente: elaboración propia

4.7 La familia y su relación con la ideación suicida

Para evaluar el test de la familia se utilizaron las diferentes categorías del libro de El test del dibujo de la familia en la práctica médico pedagógica de Luis Corman (1961) que el autor creador de la prueba, utilizó para la evaluación de los dibujos. Las categorías y sus características son las siguientes.

El tamaño de la familia en el dibujo.- considerando el tamaño que tiene el dibujo y su relación al espacio con el que contaba para dibujar, se proyecta la relación dinámica del niño y su ambiente, en particular con sus figuras parentales.

- Pequeño: inhibición de la expansión vital y tendencia a replegarse a sí mismo. Represión en relación con sus padres.
- Mediano: responde de manera cordial y seguro de si mismo al medio ambiente y sus presiones y sus padres (siendo éste el tamaño ideal a presentar).
- Grande: responde de manera agresiva ante las presiones del ambiente y sus padres.

Ubicación en la página.- dependiendo el sector donde ubica el dibujo

- Arriba: idealiza a la familia, tiene que ver con expansión imaginativa, soñador e idealista.
- Abajo: lo concreto y sólido, percibe a la familia objetivamente.
- Centro: fuerte lazo afectivo que le une a la familia, se le considera como la ubicación normal (siendo ésta la ubicación ideal a presentar).
- Disperso: percepción confusa acerca de su familia y su relación con ella.

Distancia entre los dibujos.- separaciones entre los miembros de la familia expresado en el dibujo.

- Si: distancia emocional entre los miembros de la familia, menor comunicación positiva.
- No.

Planos.- además de la distancia, se pueden encontrar en el dibujo separaciones en cuanto a la ubicación de los familiares, por ejemplo que alguno de los miembros esté en la cocina y otro en la sala.

- Si: falta de comunicación.
- No.

Personaje dibujado en primer lugar.- es un indicio de valorización, es al que considera más importante, admira, envidia o le teme.

- el mismo
- papá
- mamá
- hermano/a
- abuelo/a
- tío
- Otro

Aumento de tamaño de alguno de los miembros.- mayores detalles o perfección de alguna figura para valorizarlo, indica relaciones significativas entre el niño y el personaje elegido.

- el mismo
- papá
- mamá
- hermano/a
- abuelo/a
- tío
- Otro
- Ninguno

Personaje dibujado al final.- representa desvalorización, hostilidad o poca importancia del personaje, si se dibuja a sí mismo al final se considera a sí mismo como poco importante dentro de la familia.

- el mismo
- papá
- mamá
- hermano/a
- abuelo/a

- tío
- Otro
- Ninguno

Supresión de algún miembro de la familia indica defensa para negar una realidad que produce ansiedad o conflicto intrapsíquico, problemas importantes en la relación.

- Si
- No

Supresión de sí mismo.- puede indicar que no se encuentra a gusto dentro de su propia familia, ansiedad en las relaciones intrafamiliares.

- Si
- No

Omisión de rasgos faciales.- indica perturbaciones en las relaciones interpersonales.

- Si
- No

Omisión de manos.- se relaciona con culpabilidad, y dificultades de contacto con su medio ambiente.

- Si
- No

Bloque parental si aparece en primer lugar es lo normal o lo esperado.

- Si
- No

Borraduras.- indicación de de ansiedad y conflictos emocionales.

- Si
- No

Fortaleza del trazo.- se da por el grosor, la intensidad del color y la marca que deja en el papel.

- Débil: demuestra timidez, inhibición, restricción, represión
- Medio: se considera el trazo ideal, de equilibrio, denota seguridad y una buena relación
- Fuerte: representa agresión y tensión

De las categorías mencionadas anteriormente no se encontraron diferencias importantes en cuanto a la población con y sin ideación suicida, en lo que respecta a tamaño de familia ($P < .08$), a la ubicación del dibujo ($P < .97$), la distancia de los personajes dibujados ($P < .30$), la presencia o ausencia de planos ($P < .53$), el primer personaje dibujado ($P < .53$), aumento de tamaño ($P < .44$), personaje al final de dibujo ($P < .61$), supresión de algún miembro ($P < .34$), omisión de rasgos faciales, ($P < .06$), bloque parental ($P < .43$), borraduras ($P < .15$), supresión de sí mismo ($P < .49$). Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la omisión de las manos ($P < .005$).

Sin embargo al hacer la diferenciación de la prueba de familia por sexo relacionado con y sin ideación suicida se encontraron diferencias significativas estadísticamente en algunas de las categorías las cuales vamos a exponer a continuación a manera de tablas.

Para la categoría del tamaño de la familia dibujada relacionando sexo, el grupo control y el grupo de ideación suicida, se encontró diferencia estadística significativa ($P < .01$) para la población con ideación, al dibujar los niños en mayor porcentaje a la familia de manera pequeña, que se relaciona con la tendencia a replegarse en sí mismo, y manifiesta cierta represión en la relación con sus padres, en diferencia con las niñas que realizaron dibujos en su mayoría de tamaño mediano (Cuadro 10).

Cuadro 10 Tamaño de la familia dibujada

	<i>Sin ideación</i> ¹				<i>Con ideación</i> ²				<i>Total</i> ³			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pequeño	34	38.2	25	27.5	42	48.3	27	28.7	59	32.8	69	38.1
Mediano	48	53.9	55	60.4	34	39.1	50	53.2	103	57.2	84	46.4
Grande	7	7.9	11	12.1	11	12.6	17	18.1	18	10	28	15.5

1 $P < .92$

Fuente: elaboración propia

2 $P < .01$

3 $P < .08$

Para la categoría del primer personaje dibujado la diferencia estadística significativa se encuentra en el análisis de la población sin ideación diferenciada por sexo, en el que las niñas dibujan en su mayoría al papá, después a la hermana y posteriormente a la mamá, siendo en ése orden los miembros que tienen mayor valor para ellas, a diferencia de los niños que dibujan al papá en mayor porcentaje, a la madre y posteriormente a sí mismo (Cuadro 11).

Cuadro 11 Primer personaje dibujado

	<i>Sin ideación</i> ¹				<i>Con ideación</i> ²				<i>Total</i> ³			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Él mismo	20	22.5	10	11	11	12.6	16	17	30	16.7	27	14.9
Papá	30	33.7	33	36.3	34	39.1	29	30.9	63	35	63	34.8
Mamá	25	28.1	22	24.2	18	20.7	31	33	47	26.1	49	27.1
Hermano/a	10	11.2	24	26.4	18	20.7	17	18.1	34	18.9	35	19.3
Abuelo	1	1.1	0	.0	2	2.3	0	0	1	.6	2	1.1
Tío/a	0	.0	2	2.2	0	0	0	0	3	1.1	0	0
Otro	3	3.4	0	.0	4	4.6	1	1.1	3	1.7	5	2.8

1 P<.01

Fuente: elaboración propia

2 P<.13

3 P<.80

En cuanto a la ubicación del dibujo en relación con el espacio disponible, se encontró diferencia en cuanto al sexo y la presencia de ideación suicida, al dibujar las niñas en mayor porcentaje en el centro mostrando un lazo afectivo hacia la familia, y después en el espacio de arriba determinado por cierta fantasía e idealismo familiar, a diferencia de los niños que dibujaban en el centro en un menor porcentaje y después en el espacio de abajo, percibiendo su familia de forma más objetiva (Cuadro 12).

Cuadro 12 Ubicación del dibujo en relación al espacio

	<i>Sin ideación</i> ¹				<i>Con ideación</i> ²				<i>Total</i> ³			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Arriba	16	18	15	16.5	13	14.9	21	22.3	31	17.2	34	18.8
Abajo	15	16.9	13	14.3	21	24.1	8	8.5	28	15.6	29	16
Centro	44	49.4	46	50.5	38	43.7	51	54.3	90	50	89	49.2
Disperso	14	15.7	17	18.7	15	17.2	14	14.9	31	17.2	29	16

1 P<.92

Fuente: elaboración propia

2 P<.02

3 P<.97

Para la omisión de rasgos faciales la diferencia estadísticamente significativa se encontró nuevamente en la diferenciación por sexo y la presencia de ideación suicida al presentar mayor omisión los niños como manifestación de ciertas perturbaciones en las relaciones interpersonales, que las niñas. Así mismo se encontraron diferencias en la población sin ideación separada por sexo al encontrar también que los niños de éste grupo omiten más rasgos que las niñas (Cuadro 13)

Cuadro 13 Omisión de rasgos faciales

	<i>Sin ideación</i> ¹				<i>Con ideación</i> ²				<i>Total</i> ³			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	36	40.4	16	17.2	39	44.8	28	29.8	52	28.9	67	37
No	53	59.6	75	82.4	48	55.2	66	70.2	128	71.1	114	63

1 P<.00

Fuente: elaboración propia

2 P<.02

3 P<.06

En cuanto a la omisión de las manos en los dibujos se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los tres grupos, para el grupo separado por con y sin ideación suicida se omitieron más las manos, denotando ciertas dificultades con su medio ambiente para el grupo con ideación, mientras que

para las diferencias por sexo las niñas omitieron más las manos para ambos grupos mostrando dificultades con su medio ambiente (Cuadro 14).

Cuadro 14 Omisión de manos de los personajes del dibujo

	<i>Sin ideación¹</i>				<i>Con ideación²</i>				<i>Total³</i>			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	21	23.6	37	40.7	31	35.6	52	55.3	58	32.2	83	45.9
No	68	76.4	54	59.3	56	64.4	42	44.7	122	67.8	98	54.1

1 P<.01

Fuente: elaboración propia

2 P<.00

3 P<.00

En relación a si los niños dibujan a los padres juntos o separados, se encontraron diferencias estadísticas significativas, en el grupo diferenciado por sexo y la presencia de ideación suicida, en cuanto a que las niñas tendían a dibujar más a los padres juntos lo que se considera adecuado en comparación con los niños. (Cuadro 15)

Cuadro 15 Bloque parental

	<i>Sin ideación¹</i>				<i>Con ideación²</i>				<i>Total³</i>			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	48	53.9	47	51.6	39	44.8	59	62.8	95	52.8	98	54.1
No	41	46.1	44	48.4	48	55.2	35	37.2	85	54.1	83	4.9

1 P<.43

Fuente: elaboración propia

2 P<.01

3 P<.43

Para la presencia de borraduras en el dibujo se encontraron diferencias estadísticas significativas en los grupos diferenciados por sexo para la población con ideación y para la población sin ideación suicida, en el primer grupo las niñas tenían más borraduras que es muestra de ansiedad y conflictos emocionales, que los niños y así mismo para el segundo grupo.

Cuadro 16 Borraduras en el dibujo

	<i>Sin ideación</i> ¹				<i>Con ideación</i> ²				<i>Total</i> ³			
	Niños		Niñas		Niños		Niñas		Sin		Con	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	31	34.8	47	51.6	25	28.7	43	45.7	78	43.3	68	37.6
No	58	65.2	44	48.4	62	71.3	51	54.3	102	56.7	113	62.4

1 P<.01

Fuente: elaboración propia

2 P<.01

3 P<.15

Para las preguntas concernientes a la prueba del dibujo no se encontró diferencia estadística significativa para la pregunta de quién consideran que es el más bueno de la familia que dibujaron (P<.58).

Para las preguntas de quién es el menos bueno de la familia que dibujaron si se encontraron diferencias estadísticas significativas P<.02, considerando los niños como al menos bueno a los hermanos y posteriormente el grupo con ideación suicida a si mismo (Cuadro 17). Para casi la mitad de los niños sin ideación nadie es considerado como el menos bueno, evalúan de manera más positiva a su familia en comparación con los niños con ideación suicida.

Cuadro 17 ¿Cuál es el menos bueno de la familia que dibujaron?

	<i>Sin ideación</i>		<i>Con ideación</i>	
	N	%	n	%
Todos	0	0	3	1.7
Hermano/a	72	40.4	84	48.3
Yo	13	7.3	19	10.9
Papá	4	2.2	8	4.6
Mamá	7	3.9	5	3.9
Tíos	1	.6	2	1.1
Otro	6	3.4	4	2.3
Nadie	75	42.1	46	26.4
Ambos padres	0	0	3	1.7

P<.02

Fuente: elaboración propia

En cuanto a quién consideran el más feliz de la familia que dibujaron se encontró una diferencia estadística significativa de $P < 0.01$, siendo que el grupo con ideación se considera a sí mismo el más feliz a diferencia de los niños sin ideación y además colocan a los padres como la segunda persona mas feliz. (Cuadro 18)

Cuadro 18 ¿Cuál es el más feliz?

	<i>Sin ideación</i>		<i>Con ideación</i>	
	N	%	n	%
Ambos padres	0	0	8	4.7
Abuelos	1	.6	1	.6
Yo	46	26.3	48	28.1
Primos	1	.6	1	.6
Otro	5	2.9	2	1.2

$P < .01$

Fuente: elaboración propia

Para el menos feliz también da diferencias estadísticas significativas ($P < 0.03$) para ambos grupos al encontrarse que la mayoría de los niños sin ideación consideran que nadie es infeliz, y para los niños con ideación consideran en segundo lugar a los hermanos y después a sí mismos, en mayor porcentaje que los niños que no tienen ideación suicida (cuadro 19).

Cuadro 19 ¿Cuál es el menos feliz?

	<i>Sin ideación</i>		<i>Con ideación</i>	
	n	%	n	%
Ninguno	105	60.3	69	40.6
Mamá	9	5.2	9	5.3
Papá	3	1.7	10	5.9
Hermanos	35	20.1	49	28.8
Yo	12	6.9	25	14.7
Abuelos	0	0	1	.6
Otro	10	5.7	7	4.1

$P < .03$

Fuente: elaboración propia

5 DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se encontró una prevalencia alta de ideación suicida en niños escolarizados (29.2%), que supera a lo reportado por otros autores (Viñas y cols. 2000, Thompson y cols. 2005), en estudios realizados para niños con edades semejantes, en el que encontraron ideación suicida en el 15.57% y el 10% de la población estudiada, misma que, de por sí, ya difería de otros estudios por ser más elevado en el porcentaje. Tal resultado confirma que pese a considerar a los infantes como una población de bajo riesgo para este tipo de comportamientos se encuentra ya presente. El problema en Hermosillo existe, el reto para la investigación social y biomédica es la búsqueda de explicaciones a este fenómeno a fin de entender a la población en riesgo de suicidio.

En los análisis estadísticos con toda la población estudiada si se observaron diferencias en cuanto a los niños con y sin ideación que asisten a primaria pública o privada. Ahí se observó que diferencia de los estudios realizados con adolescentes en los que predominó la ideación suicida en el sexo femenino, no se encontraron diferencias entre niños o niñas con ideación. Aparentemente la diferenciación de género en las variables asociadas con la ideación suicida comienza a edades más tardías (González, y cols. 2003, Cubillas, y cols. 2007).

En los análisis estadísticos con la submuestra previamente seleccionada, se encontró que la ideación suicida no afecta directamente el desempeño escolar de los niños en cuanto a su calificación promedio obtenida, siendo semejante el resultado encontrado en los adolescentes. Las diferencias encontradas en relación al desempeño escolar autoinformado concuerdan con el estudio realizado por Monge (2007) en adolescentes, al parecer de la misma manera en los niños y los adolescentes se observó en cuanto a su percepción de desempeño y desagrado o agrado por ir a la escuela, se asocia con la presencia o no de ideación suicida, siendo en el primer grupo menor el agrado y el desempeño escolar.

La estructura de la familia no tiene impacto en el grupo sin ideación suicida y el grupo con ideación, ni tampoco la escolaridad de ambos padres o los trabajos que desempeñan los papás, en particular si la madre se encuentra en casa, de ama de casa o si trabaja. Dicha información ha sido encontrada en otros estudios con resultados similares en cuanto a la estructura familiar y su afectación directa al niño (Monge 2007).

La prevalencia de depresión en niños con ideación suicida en nuestro estudio tomando únicamente la severa de 27.3%, cifra que es ligeramente mayor a las encontradas en un estudio realizado en población similar (Vinaccia, 2006) en el que encontraron el 25.2% de incidencia. Los niños presentaron mayor depresión en comparación con las niñas, lo que en poblaciones de mayor edad sucede al revés, las niñas normalmente presentan mayor depresión. Sin embargo antes de los 12 años es probable que no se encuentran diferencias muy marcadas entre ambos sexos, probablemente debido a las cuestiones de género, características biológicas, hormonales y de la misma sociedad (Vinaccia, 2006).

El estudio corrobora también la relación entre ideación y depresión en niños, lo que se reafirma en diversos estudios previos (Ferrán 2002). Cabe resaltar que se encontraron algunos casos de niños sin depresión pero que sí presentaban ideación suicida 32% similar a lo afirmado en otros estudios. A pesar de ser la depresión un factor de riesgo importante, no es imprescindible su presencia para que esté manifiesta la ideación suicida (Opcit). Sin embargo se requiere un análisis más profundo de éste resultado.

Al hacer una relación de la ansiedad con la ideación se pudo observar que en el caso de los niños se mantiene estable la ideación con los niveles de ansiedad, sin embargo, parece existir una relación directa en el caso de las niñas entre los niveles de ansiedad y el porcentaje de ideación suicida, es decir, a mayor ansiedad mayor porcentaje de ideación suicida.

La autoestima correlaciona más alto que la ansiedad con la ideación suicida. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a sexo lo que concordó

con los trabajos de validación de la escala de Coopersmith de Verduzco y cols. (1989, 1994).

Toda la prueba de riesgo suicida dió respuestas significativas al relacionarlas con la ideación suicida, sin embargo hubo una que puede considerarse de gran importancia, donde se le pregunta directamente si en el pasado consideró matarse a sí mismo. El porcentaje en respuesta afirmativa fue alta en un 31.5%, lo que confirma la presencia de ideación con probable intento suicida. Las demás preguntas deben manejarse con reserva ya que hablan de daño autoinfligido y debe investigarse más a fondo si son prácticas con finalidades suicidas, solamente conductas autolesivas o experimentación del riesgo.

La prueba de familia tiene ciertas limitaciones en cuanto a su aplicación a nivel grupal, necesita entrevistas a mayor profundidad con los niños, además de que no es lo suficientemente sensible para medir la relación de la familia con la ideación suicida y sus implicaciones en dicha conducta. Sin embargo se pudieron rescatar elementos valiosos para comprender un poco de la dinámica familiar de los niños y sus relaciones intrafamiliares.

La hipótesis se confirma al haber encontrado que los niños que presentan ideación suicida puntúan más alto en la prueba de depresión, seguida por la de autoestima y en último lugar la de ansiedad, en comparación con los niños que no presentan ideación suicida.

Para la parte de los conflictos familiares se concluye que la prueba no fue lo suficientemente sensible para mostrar los conflictos existentes dentro de la familia con mayor precisión. No obstante los datos que se arrojan al comparar a los niños con las niñas nos muestra que es posible explorar elementos de la dinámica familiar que pudieran asociarse con la ideación suicida en etapas tempranas.

Se recomienda por lo mismo continuar buscando pruebas que estén o se puedan estandarizar o en su defecto crear, para la población escolar. A su vez

tratar de detectar a edades menores la raíz de las conductas suicidas y los factores que se le relacionan, para poder pasar de la parte cuantitativa a la cualitativa. De este modo se puede llegar de la investigación a la acción y con ello, crear programas adecuados que les den las herramientas necesarias a los niños en edades tempranas que los ayuden a afrontar de forma exitosa las problemáticas tanto psicológicas como familiares o sociales que se les vayan presentando a lo largo de su desarrollo. De esta manera se puede crear programas de prevención orientados a los niños y evitar que lleguen a la adolescencia a formar parte de la cifra de suicidios.

Referencias bibliográficas

1. Andrade Palos P., Betancourt Ocampo D., Camacho Valladares M. (2003) Ambiente familiar de adolescentes que han intentado suicidarse. Revista de Psicología Social y Personalidad, Vol. XIX, N. 1, 2003.
2. Asamblea General de las Naciones Unidas (1989) www.juridicas.unam.mx/publica/librer/rev/derhum/cont/10/pr/pr26.pdf
3. Asarnos, J.R. (1992) Suicidal ideation and attempts during middle childhood: Associations with perceived family stress and depression among child psychiatric inpatients. Journal of Clinical Child Psychology. 55, 361-366
4. Barnes HL and Olson DH. (1985) Parent-adolescent communication and the circumplex model. Child Development 56:438-447
5. Beck, A.T Rush, J., Shaw, B y Emery, G (1979) Terapia cognitiva de la depresión . Bilbao. DDB, 1983.
6. Borges G, Rosovsky H, Gómez Gutiérrez R. (1996) Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. Salud Pública Mex. Vol. 38, No. 3 .197-206.
7. Canino, I. A. (1999). Suicidio en la Adolescencia. Conferencia pronunciada en el II Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. Murcia.
8. Carlson, G.A. and Cantwell, D.P., (1982) Suicidal behavior and depression in children and adolescents. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21, 361, 142-145. España.
9. Conferencia Magistral de Amartya Sen pronunciada en el BID. Noviembre de 1999. <http://www.iadb.org/sds/doc/SOC-114S.pdf>
10. Coopersmith S. (1967). The Antecedents of self-esteem. University of California. Ed. WH Freeman and Co. San Francisco,
11. Coopersmith S. (1981) The antecedents of Self-esteem. Ed. Consulting Psychologists Press, Inc, Palo Alto CA, E.U.
12. Corman L. El Test del Dibujo de la Familia en la práctica médico – pedagógica. Buenos Aires: Editorial Kapelusz, S.A.; 1967.

13. Clemens, H Clark, A.; Bean, R. (1994). *Cómo desarrollar la autoestima en adolescentes*. Madrid: Debate.
14. Cubillas M.J, Román R, Abril E, Terrones G, Lechuga A, Martínez Y, Moysen S. Ideación suicida e intento de suicidio en adolescentes sonorenses de educación media superior y su relación con la dinámica social y familiar. Reporte Técnico entregado a la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salud del Estado de Sonora. Mayo de 2006.
15. Díaz-Guerrero, Rogelio. (1984). Tipos mexicanos. Capítulo 1 en *Psicología del mexicano*. México: Trillas
16. Díaz-Guerrero, Rogelio. (2007) *Psicología del mexicano. Descubrimientos de la etnopsicología*. Edit Trillas.
17. Domènech E, Canals J, Fernández-Ballart J. Suicidal ideation among Spanish schoolchildren: a three-year follow-up study of a pubertal population. *Personality and Individual Differences* 1992; 13:1055-1057.
18. Dulanto Gutiérrez E. (2000). *El adolescente*, México, Mc Graw Hill Interamericana.
19. Eguiluz L. Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. *Memorias del XV Colquio de Investigación*, Iztacala, UNAM; 1995:121-130.
20. *El Imparcial*. (2006) Conmueve suicidio de niña de 9 años. 20 de febrero.
21. Durkheim, Emili (1995) *El suicidio*. Coyoacán, México.
22. Engels F. *La familia, la propiedad privada y el Estado*. Moscú: Ed. Progreso; 1974.
23. Estarells, R. (1987) *Clima familiar y autoconcepto en la adolescencia*. Valencia. Universidad de Valencia.
24. Ferrán Viñas J, Canals J, Gras Ma. E. (2002) Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents. *The Spanish J. Psychol.* 1:20-28
25. Ferrán Viñas Poch, Ballabriga Jane Ma Claustre, Domenech-Llaberia Edelmira. (2000) Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*. Vol. 12, No 4, pp 594-598

26. Ferrán Viñas, Canals Josepa, Gras Ma.Eugenia, Ros Claudia, Domenech-Llaberia Edelmira. (2002) Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*. Vol.5, No. 1. 20-28
27. González Forteza Catalina, Ranos Lira Luciana, Caballero Gutiérrez Miguel Angel, Wagner Echeagarray Fernando A. (2003) Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*. Vol. 15, No 4, pp 524-532
28. González Forteza, C. y Rodriguez Ruiz, E. (1993) Autoestima y sintomatología progresiva en adolescentes mexicanos; un estudio correlacional por género. *Revista ABPAL*, 15, 2, 59-63
29. González-Forteza C, Mariño MC, Rojas E, Mondragón L, Medina-Mora ME. Intento de suicidio en Estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el Malestar Depresivo y el uso de Sustancias. *Revista Mexicana de Psicología*. Instituto Mexicano de Psiquiatría 1998; 15:2:165-175.
30. Gould M, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R: Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 155-62
31. Gutiérrez-García Ana G., Contreras Carlos M., Chantal Orozco Rosselli. (2006) El suicidio, conceptos actuales. *Salud mental*, Vol.29, No 5. 66-74
32. Green WH. *Child and Adolescent Clinical Psychopharmacology*. 2nd ed. Baltimore:Williams and Wilkins, 1995
33. INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. Serie de estadísticas continuas, demográficas y sociales. México: 2004.
34. Injury: a leading cause of the global burden of disease. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento WHO/HSC/PVI/99.11).
35. Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2002) Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. Cuaderno 8. pp 20-25. México

36. Kelly, G.A. (1961). Theory and therapy in suicide: the personal construct point of view. In M. Farberow and E. Shneidman (eds.), *The Cry for Help*. New York: McGraw-Hill
37. Kovacs M. *Children Depression Inventory CDI (Manual)*. Toronto: multihealth systems; 1992.
38. Madrigal de León, E., Fonseca León, J., Vázquez Hernández, J. L. (2004). *Boletín Latinoamericano Adolescencia*, Publicación semestral Nueva Época N. 10, Guadalajara, Jalisco. Enero-Junio, 2004.
39. Marrero Laceria Virginia. (2004) La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* 5(1):67-87
40. Minuchin S, Rosman B. *Psychosomatic families, anorexia nervosa in context*. Cambridge: Harvard University Press; 1978
41. Monge Holguín, J. (2006). La prevalencia de la ideación y el intento de suicidio asociados al entorno familiar y escolar en jóvenes del nivel medio superior del estado de Sonora. Tesis de Maestría en Desarrollo Regional. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C.
42. OPS (1998) Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
43. Organización Mundial de la Salud (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS, Ginebra
44. Organización Panamericana de la Salud (2001) Violencia autoinfligida. Informe mundial sobre violencia y la salud. Capítulo 7. Pp 201-205
45. Papalia, D. Wendkos Olds, S. (1998) *Psicología del desarrollo. Desarrollo cognoscitivo en la niñez intermedia*. Bogotá, Colombia. Séptima edición. Mc Graw Hill, Pág. 439 – 480
46. Pfeffer, C.R. Lipkins, R. Plutchik, R. y Mizruchi, M. (1988) Normal Children at Risk for Suicidal Behavior: A Two-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27,34-41.

47. Piaget, J. & Inhelder, B. (1969). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata. 108
48. Puentes-Rosas E., López-Nieto L., Martínez-Monroy T. (2004) Mortality from suicides, México. *Rev. Panam de Salud Pública*. 16(2): 102-109
49. Reynolds, C. B., Richmond, B. O. (1997) *Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada)*. México. Edit. Manual Moderno
50. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princenton: Princenton University Press.
51. Saucedo, García JM, Montoya, Cabrera MA, Higuera, Romero FH, Maldonado, Durán JM, Anaya, Segura A, Escalante, Galindo P. (1997) Intento suicida en la niñez y la adolescencia: ¿síntoma de depresión o de impulsividad agresiva? *Bol Med Hosp Infant Mex*. 54: 169–75
52. Scott, W, A. Scott, R. and McCabe, M (1991) Family relationships and Childrens personality: a cross-cultural, cross source comparison. *British Journal of Social Psychology* :30, 1-20
53. Sen, A. (2000) *Desarrollo y Libertad*. Editorial Planeta S. A. Barcelona
54. SEC. Secretaría de Educación y Cultura en Sonora. *Sistema de Información y Control Escolar de Sonora*; 2007.
55. Secretaría de Salud (2007). *Sistema Nacional de información en Salud* SINAIS. Tema Mortalidad. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/mortalidad.htm>
56. Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60:70-74.
57. Thompson, Richard., Briggs, Ernestine, English, Diana, J., Dubowitz, Howard, Lee, Li-Ching, Brody, Kate, Everson, Mark D., Hunter, Wanda M. (2005). Suicidal ideation among 8 years olds who are maltreated and at risk: findings from the Longscan studies. *Child maltreatment*, Vol. 10, No 1. 26-36.
58. UNICEF (2004). *El desarrollo del niño: una definición para la reflexión y la acción*. *Arch. Argent. Pediatr*. 2004; 102(3) www.sap.org.ar/staticlifes/archivos/2004/arch04_4%/20312-313.pdf

59. Van Heeringen K. (2003) The neurobiology of suicide and suicidality. *Can Journal Psychiatry*. 48(5): 292-300
60. Verduzco, M.A. Lara-Cantú, M.A., Acevedo, M., Cortés, J. (1994) Validación del inventario de autoestima de Coopersmith para niños mexicanos. *Revista Intercontinental de Psicología y educación*. Vol. 7, No. 2, 55-64
61. Verduzco, M.A. Lara-Cantú, M.A., Lancelotta, G. y Rubio, S. (1989) Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar: Datos normativos. *Salud Mental* 12, No. 3, 50-54
62. Vinaccia S, Gaviria AM, Atehortúa LF, Martínez PH, Trujillo C Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 Años del Oriente Antioqueño a partir del "Child Depression Inventory" - CDI *Diversitas: Perspectivas en Psicología* 2006; 2:2:217-227.
63. Watson, Robert I. Lindegren, Henry Clay. 1991. *Psicología del niño y del adolescente*. Edit. Limusa Noriega.



Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en varias escuelas de nuestra ciudad con niños como tú. Queremos conocerte mejor y saber de tu familia, amigos y como te sientes. Te pedimos por favor respondas con cuidado y sinceridad. Si tienes alguna duda, pregúntanos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Escuela: _____

Turno: Mañana _____ Tarde _____ Número de Lista: _____

1) **Eres:** Niña _____ Niño _____

2) **¿Qué grado de primaria estudias?** 5to. _____ 6to. _____

3) **En general ¿Cómo consideras que vas en la escuela?**

1. Muy bien _____ 3. Regular _____

2. Bien _____ 4. Mal _____

4) **En general ¿Qué tanto te gusta ir a la escuela?**

1. Me gusta mucho _____

2. Me gusta poco _____

3. No me gusta nada _____

5) **¿Qué calificación sacaste el año pasado?** _____

6) **¿Tienes papá?** 1. Sí _____ 2. No _____

7) **¿Tienes mamá?** 1. Sí _____ 2. No _____

8) **¿Con quiénes vives?** (subraya a todos los que viven contigo)

- | | | |
|--------------|---------------------|---------------------|
| 1. Papá | 4. Madrastra | 7. Tíos(as) |
| 2. Padrastro | 5. Hermanos(as) | 8. Abuelos(as) |
| 3. Mamá | 6. Hermanastros(as) | 9. Otros familiares |

9) **¿En qué trabajan tus papás?**

Papá _____

Mamá _____

10) **¿Hasta qué año estudió tu papá?** _____

11) **¿Hasta qué año estudió tu mamá?** _____

12) **Tienes hermanos:** Sí _____ no _____

13) **¿Cuándo llegas a casa quien te cuida?** _____

14) **¿Con quién y dónde comes?** _____

Dime cual de estas frases te describe mejor. Márcala con una X en el cuadro de al lado una de las tres frases. Recuerda escoger las oraciones que describen tus sentimientos e ideas de las dos ultimas semanas.

15)

De vez en cuando estás triste	
Muchas veces estás triste	
Estás triste todo el tiempo	

16)

Nada te sale bien	
No estás seguro de que las cosas te saldrán bien	
Las cosas te saldrán bien	

17)

Haces bien la mayoría de las cosas	
Haces mal muchas cosas	
Todo lo haces mal	

18)

Te diviertes con muchas cosas	
Te diviertes con algunas cosas	
Nada es divertido	

19)

Todo el tiempo te sientes triste	
Muchas veces te sientes mal	
De vez en cuando te sientes mal	

20)

De vez en cuando piensas acerca de cosas malas que te pasan	
Te preocupas por las cosas malas que te sucederán	
Estas seguro de que te sucederán cosas terribles	

21)

Odias como eres	
No te gusta como eres	
Te gusta como eres	

22)

Todas las cosas malas son tu culpa	
Muchas cosas malas son tu culpa	
Casi siempre las cosas malas no son tu culpa	

23)

No piensas en matarte	
Piensas en matarte pero no crees que lo harías	
Algunas veces has pensado seriamente en matarte	

24)

Las cosas te molestan todo el tiempo	
Las cosas te molestan muchas veces	
Las cosas te molestan de vez en cuando	

25)

Te gusta estar con las personas	
Muchas veces no te gusta estar con las personas	
No te gusta estar con las personas	

26)

Todos los días tienes ganas de llorar	
Muchos días tienes ganas de llorar	
De vez en cuando tienes ganas de llorar	

27)

No sabes lo que quieres hacer	
Te es difícil saber lo que quieres hacer	
Fácilmente sabes lo que quieres hacer	

28)

Te ves bien	
Hay algunas cosas de tu apariencia que no te gustan	
Eres feo	

29)

Todo el tiempo tienes que obligarte a hacer el trabajo de la escuela o el colegio	
Muchas veces tienes que obligarte a hacer el trabajo de la escuela o el colegio	
Hacer el trabajo de la escuela o el colegio no es un problema para ti	

30)

Todas las noches tienes problemas para dormir	
Muchas noches tienes problemas para dormir	
Duermes bien	

31)

De vez en cuando estas cansado/a	
Muchos días estas cansado/a	
Estas cansado/a todo el tiempo	

32)

La mayoría de los días no tienes ganas de comer	
Muchos días no te sientes con ganas de comer	
Comes muy bien	

33)

No te preocupas por los dolores de tu cuerpo	
Muchas veces te preocupas por los dolores de tu cuerpo	
Todo el tiempo te preocupas por los dolores de tu cuerpo	

34)

No te sientes solo/a	
Muchas veces te sientes solo/a	
Sientes solo/a todo el tiempo	

35)

Nunca te diviertes en la escuela o colegio	
De vez en cuando te diviertes en la escuela o colegio	
Muchas veces te diviertes en la escuela o colegio	

36)

Tienes muchos amigos/as	
Tienes algunos amigos/as pero quisieras tener mas	
No tienes ningún amigo	

37)

Tu trabajo de la escuela o colegio va bien	
En la escuela o colegio no te va tan bien como antes	
Te va muy mal en las materias en que casi siempre te iba bien	

38)

Nunca podrás hacer las cosas tan bien como otras personas de tu edad	
Puedes hacer las cosas tan bien como las hacen otras personas de tu edad si quieres	
Haces las cosas tan bien como lo hacen otras personas de tu edad	

39)

Casi siempre haces lo que te dicen	
La mayoría de las veces no haces lo que te dicen	
Nunca haces lo que te dicen	

40)

Realmente nadie te quiere	
No estas seguro/a si nadie te quiere	
Estas seguro/a de que alguien te quiere	

41)

Te llevas bien con las personas	
Muchas veces tienes peleas con otras personas	
Todo el tiempo tienes problemas con las otras personas	



Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando en varias escuelas de nuestra ciudad con niños como tú. Queremos conocerte mejor y saber de tu familia, amigos y como te sientes. Te pedimos por favor respondas con cuidado y sinceridad. Si tienes alguna duda, pregúntanos.

Nombre: _____ Fecha: _____

Escuela: _____

Turno: Mañana _____ Tarde _____ Número de Lista: _____

1) Eres: Niña _____ Niño _____

2) ¿Qué grado de primaria estudias? 5to. _____ 6to. _____

Por favor lee con cuidado cada pregunta y pónle una X donde consideres que se parece a tu persona

	SI	NO
42) Me cuesta trabajo tomar decisiones		
43) Me pongo nervioso/a cuando las cosas no salen como yo quiero		
44) Parece que todas las cosas son mas fáciles para los demás que para mi		
45) Todas las personas que conozco me caen bien		
46) Muchas veces siento que me falta el aire		
47) Casi todo el tiempo estoy preocupado		
48) Muchas cosas me dan miedo		
49) Siempre soy amable		
50) Me enoja con mucha facilidad		
51) Me preocupa lo que mis papas me vayan a decir		
52) Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas		
53) Siempre me porto bien		
54) En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormido		
55) Me preocupa lo que la gente piense de mi		
56) Me siento solo/a aunque esté acompañado/a		
57) Siempre soy bueno/a		
58) Muchas veces siento asco o nauseas		

	SI	No
59) Soy muy sentimental		
60) Me sudan las manos		
61) Siempre soy agradable con todos		
62) Me canso mucho		
63) Me preocupa el futuro		
64) Los demás son más felices que yo		
65) Siempre digo la verdad		
66) Tengo pesadillas		
67) Me siento muy mal cuando se enojan conmigo		
68) Siento que alguien me va a decir que hago mal las cosas		
69) Nunca me enojo		
70) Algunas veces despierto asustado/a		
71) Me siento preocupado/a cuando me voy a dormir		
72) Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares		
73) Nunca digo cosas que no debo decir		
74) Me muevo mucho en mi asiento		
75) Soy muy nervioso/a		
76) Muchas personas están en contra mía		
77) Nunca digo mentiras		
78) Muchas veces me preocupa que algo malo me pase		

Por favor lee con cuidado cada pregunta y pónle una X donde consideres que se parece a tu persona

	SI	NO
79) A veces me gustaría ser otra persona		
80) Me cuesta mucho hablar delante de los demás		
81) De mi cambiaría cosas si pudiera		
82) Me es difícil decidir por las cosas		
83) Mis amigos se divierten mucho conmigo		
84) En la casa me enojo seguido		
85) Se me hace difícil acostumbrarme a las cosas nuevas		
86) Soy muy conocido y querido por mis compañeros o cuates		

	SI	NO
87) Mi familia me exige mucho		
88) En casa toman en cuenta lo que yo siento		
89) Hago lo que me piden aunque no quiera hacer		
90) Es difícil ser como yo soy		
91) En mi vida todo esta muy enredado		
92) La gente casi siempre apoya mis ideas		
93) No tengo buena opinión de mi persona		
94) Hay muchas veces en que me gustaría irme de mi casa		
95) Muy seguido me siento hartado de las cosas que hago		
96) Soy mas feo/a que la demás gente		
97) Si tengo algo que decir, casi siempre lo digo		
98) Mi familia me entiende		
99) Casi toda la gente que conozco me cae mejor que yo		
100) Siento que mi familia me obliga mucho		
101) Cuando hago algo , me desanimo muy seguido		
102) No me preocupa mucho por las cosas que pasan		
103) Las demás personas no pueden confiar en mi		

Contesta cada una de las siguientes preguntas, marcando con una X el punto en la línea que corresponda a tu respuesta.

Por ejemplo:

¿En la semana pasada te has sentido más triste que de costumbre?						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No			Mas o menos			Si
Ésta sería tu respuesta si te sintieras más o menos más triste que de costumbre o si estuvieras más o menos de acuerdo con la pregunta						

104) ¿Has tratado de lastimarte a ti mismo?

<input type="radio"/>						
No			Mas o menos			Si

105) La semana pasada ¿tú tuviste un pensamiento acerca de lastimarte a ti mismo?

No

Mas o menos

Si

106) ¿En este momento tú tienes pensamientos de lastimarte a ti mismo?

No

Mas o menos

Si

107) ¿Tú piensas que necesitas ayuda para cuidarte a ti mismo?

No

Mas o menos

Si

108) En el pasado, ¿tú consideraste seriamente matarte a ti mismo?

No

Mas o menos

Si

109) ¿Tú conoces a alguien que se haya matado a sí mismo?

No

Mas o menos

Si

Por favor dibuja a tu familia haciendo algo en el espacio siguiente, pónles nombre y edad y responde las siguientes preguntas

110) ¿Dónde imaginas que están?

111) ¿Qué hacen allí?

112) ¿Cuál es el más bueno de todos en esta familia?, ¿por qué?

113) ¿Cuál es el menos bueno de todos en esta familia?, ¿por qué?

114) ¿Cuál es el más feliz?, ¿por qué?

115) ¿Cuál es el menos feliz?, ¿por qué?

116) ¿A quién prefieres tú en esta familia?
