



**Centro de Investigación en
Alimentación y Desarrollo, A.C.**

**Percepción del contexto familiar que poseen niños
sonorenses para explicar la sintomatología depresiva y
la ideación suicida**

por:

MDR. Ixchel Miranda de la Torre

TESIS APROBADA POR LA

COORDINACIÓN DE DESARROLLO REGIONAL

Como requisito para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS

Hermosillo, Sonora

Agosto, 2013

APROBACIÓN

Los miembros del comité designado para la revisión de la tesis de Ixchel Miranda de la Torre, la han encontrado satisfactoria y recomiendan sea promovida para obtener el grado de Doctorado en Ciencias

Dr. Jesús Francisco Laborín Álvarez
Director de Tesis

Dr. Sergio Alfonso Sandoval Godoy
Asesor

Dra. Ana María Chávez Hernández
Asesor

DECLARACIÓN INSTITUCIONAL

La información contenida en esta tesis es propiedad intelectual del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. (CIAD). Se permiten y agradecen las citas breves del material contenido en esta tesis sin permiso especial del autor, siempre y cuando se dé crédito correspondiente. Para la reproducción parcial o total de la tesis con fines académicos, se deberá contar con la autorización escrita del Director General del CIAD.

La publicación en comunicaciones científicas o de divulgación de los datos contenidos en esta tesis, deberá dar los créditos al CIAD, previa autorización del manuscrito en cuestión del director de tesis.

Dr. Pablo Wong González
Director General

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) por el apoyo prestado durante mi formación en el doctorado, sobre todo el apoyo económico brindado para llevar a cabo con éxito mi preparación académica.

Al Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C., CIAD, por permitirme realizar mis estudios y ser un segundo hogar a lo largo de mi formación.

Debo agradecer de manera especial al Dr. Jesús Laborín por permanecer constante en el proceso y al final del camino darme la oportunidad de concluir el proyecto como director de tesis de manera satisfactoria a pesar de las dificultades que se presentaron en el transcurso.

Al Dr. Sergio Sandoval por aceptar unirse al final del camino y ser un apoyo no sólo como miembro del comité, sino también como Coordinador de Desarrollo.

A la Dra. Ana María Chávez por haber creído siempre en mi trabajo y en mi persona, por haber sido un apoyo constante a pesar de la distancia, por darme cobijo físico, emocional y académico a lo largo de cuatro años.

Al personal de CIAD que siempre estuvo dispuesto a ayudar y apoyar, así como hacer más placentera mi estancia y formación durante muchos años: Dra. Gloria Yepiz Plascencia, Argelia Marín de León, Laura E. García Cruz, Verónica Araiza Sánchez, Héctor Galindo Murrieta, Héctor Cota. A las personas que han sido un apoyo constante en la biblioteca: Gerardo Reyna Cañez, Luis Francisco Conde Ortiz. A las señoras de la limpieza siempre prestas a matar cualquier araña que se atravesará en mi formación, además de compartir sus experiencias, sus alegrías y sus tristezas día a día.

A la Dra. Rosario Román que en un principio creyó en el proyecto y le fue dando vida y forma a un sueño llamado tesis de doctorado.

A mis compañeros del doctorado con quienes se creó un lazo de amistad a lo largo de nuestra estancia junta, en especial a Laura Rebeca, Lupita, Iliana, Hugo de la Torre, Edgar Iván, Edgar Rascón, Angel Valdez, José Carlos, y a todos los que de alguna manera fueron como una gran familia.

A los amigos que llegaron sin buscarlos, Carlos, Giovanna, Alejandra, Adolfo e hicieron el camino más ameno con su compañía. Así como a todos los que compartieron las caballerizas, las pláticas y las risas; Sheila, Carlos E., Nissa, Olaf y José Pablo.

A mi madre quién nunca dejó de confiar en mí y en mis capacidades, siempre me apoyó con su conocimiento y su sabiduría, así como a todo su laboratorio que se volvieron en mis hermanos putativos.

A Sergio que llegó justo al final de mi camino para ser la inspiración y el empujón que me faltaba, así como el refugio y la paciencia de mis locuras.

Finalmente a Rosi quién gracias a su contención y apoyo a lo largo del camino logró mantenerme estable, constante y llevarme a buen puerto.

DEDICATORIA

Dedico ésta tesis a mi hija Metzli quien fue compañera de mis estudios desde que nació creciendo a mi lado día a día. A ella por haber sobrellevado mis ausencias mentales, por haber sobrellevado mis largas tardes en la computadora, los fines de semana dedicados al estudio y con ello mis faltas como madre.

A ti princesa muchas gracias por ser mi hija.

CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABLAS

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES	1
1.1 Panorama Epidemiológico de Depresión.....	3
1.2 Planteamiento del Problema.....	6
1.3 Pregunta de Investigación	9
1.4 Justificación	9
1.5 Hipótesis	10
1.6 Objetivo General	11
1.6.1Objetivos Específicos	11
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. Modelos Teóricos de Familia	12
2.2 Modelo Teórico de Depresión.....	23
2.3 Modelos Teóricos del Suicidio	26
2.4 Epidemiología del Suicidio.....	35
2.5 Medición y Aportes al Conocimiento Acerca de la Conducta Suicida en Niños	41
2.6 La Familia Como Determinante de la Conducta Suicida.....	52
2.6.1.Modernidades de la Familia y Familia en Crisis	57
2.6.2 Funciones y dinámicas de la familia.....	61
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA	64
3.1. Ubicación geográfica del estudio	64

3.2. Participantes y tipo de muestreo.....	64
3.3. Selección y descripción de las medidas empleadas.....	65
3.3.1. Children Depression Inventory CDI	66
3.3.2 Clima Social Familiar FES.....	67
3.3.3. Evaluación del sistema familiar CESF	68
3.3.4. Escala de estilos comunicativos familiares ECF	69
3.4. Procedimiento.....	70
3.4.1. Prueba piloto de las escalas.....	70
3.4.2. Ajuste y aplicación final a la población	71
3.5. Secuencia de análisis estadístico	71
CAPÍTULO 4. RESULTADOS.....	73
4.1 Características generales de la población	73
4.2 Análisis factorial exploratorio de las medias	74
4.2.1. Validez por constructo y correlación de la escala de depresión	74
4.2.2. Depresión y diferencia por características atributivas y con ideación suicida	82
4.2.3 Validez por constructo y correlación de la escala de Clima Social Familiar.....	84
4.2.3.1 Dimensión Relaciones.....	84
4.2.3.2 Dimensión Desarrollo	88
4.2.3.3. Dimensión Estabilidad	91
4.2.3 Clima Social Familiar y su diferencia por características atributivas y por ideación suicida.....	96
4.2.4 Validez por constructo y correlación de la escala del Sistema Familiar	99
4.2.5. Sistema familiar y sus diferencias por características atributivas ...	103
4.2.6 Validez por constructo y correlación de la escala de estilos comunicativos madre.....	104
4.2.7 Estilos comunicativos y su diferencia por características atributivas e ideación suicida.....	109
4.2.8 Validez por constructo y correlación de la escala de estilos comunicativos del padre.....	110

4.2.10 Estilos comunicativos del padre y su diferencia por variables atributivas y con ideación suicida	114
4.3. Descripción de la submuestra de niños con ideación suicida en base a las variables del contexto familiar	115
4.4. Análisis factorial confirmatorio del modelo integrador explicativo familiar de la sintomatología depresiva e ideación suicida.....	118
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN	122
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	130
BIBLIOGRAFÍA.....	133
ANEXOS	144

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Estadística de suicidio a través de los años en México	39
Tabla 2. Estadística de suicidios a través de los años en Sonora.	40
Tabla 3. Variables atributivas de la población.....	73
Tabla 4. Conformación de las familias	74
Tabla 5. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la dimensión depresión del Children Depression Inventory	75
Tabla 6. Porcentaje de la varianza total explicada	75
Tabla 7. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión inefectividad	77
Tabla 8. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión ánimo negativo	78
Tabla 9. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión anhedonia	79
Tabla 10. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión integración factorial	80
Tabla 11. Correlaciones entre los factores depresivos de la escala CDI	81
Tabla 12. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala CDI.....	83
Tabla 13. Diferencias y valores de media por ideación suicida para la escala CDI.....	83
Tabla 14. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la dimensión relaciones del FES	84
Tabla 15. Porcentaje de la varianza total explicada	85
Tabla 16. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión cohesión.	86
Tabla 17. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión autonomía	86
Tabla 18. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión expresividad	87
Tabla 19. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la dimensión desarrollo del FES.....	88
Tabla 20. Porcentaje de la varianza total explicada	89
Tabla 21. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión apoyo	90
Tabla 22. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión moralidad/religiosidad	90

Tabla 23. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión organización	91
Tabla 24. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la dimensión estabilidad del FES	92
Tabla 25. Porcentaje de la varianza total explicada.....	92
Tabla 26, Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión organización	93
Tabla 27. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión intercultural/cultural.....	94
Tabla 28. Correlaciones entre los factores de la escala FES para el componente relaciones.....	95
Tabla 29 Correlaciones entre los factores de la escala FES para el componente desarrollo	95
Tabla 30. Correlaciones entre los factores de la escala FES para el componente estabilidad.....	95
Tabla 31. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala FES. Dimensión relaciones.....	96
Tabla 32. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala FES. Dimensión relaciones.....	97
Tabla 33. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala FES. Dimensión desarrollo	97
Tabla 34. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala FES. Dimensión desarrollo	98
Tabla 35. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala FES. Dimensión estabilidad.....	98
Tabla 36. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala FES. Dimensión estabilidad.....	99
Tabla 37. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la escala de sistema familiar CESF	99
Tabla 38. Porcentaje de la varianza total explicada.....	100
Tabla 39. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión cohesión afectiva.....	101
Tabla 40. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión flexibilidad	102
Tabla 41. Correlaciones entre los factores depresivos de la escala FES	103
Tabla 42. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala CESF	103
Tabla 43. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala.....	104
Tabla 44. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para los estilos comunicativos de la madre	105

Tabla 45. Porcentaje de la varianza total explicada	105
Tabla 46. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión afectiva.	106
Tabla 47. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión violenta.	107
Tabla 48. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión autoritaria	108
Tabla 49. Correlaciones entre los factores depresivos de la escala ECM para la madre.....	108
Tabla 50. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala ECM para la madre	109
Tabla 51. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala ECM para la madre	110
Tabla 52. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la escala estilos comunicativos del padre.....	111
Tabla 53. Porcentaje de la varianza total explicada	111
Tabla 54. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión violento/agresivo	112
Tabla 55. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión afectivo.	113
Tabla 56. Correlaciones entre los factores depresivos de la escala ECM para el padre.....	114
Tabla 57. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala	114
Tabla 58. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala ECM para el padre.....	115
Tabla 59. Frecuencia de ideación suicida en los niños	116
Tabla 60. Frecuencia de sintomatología depresiva en niños con ideación suicida	116
Tabla 61. Clima social familiar de los niños con ideación suicida	117
Tabla 62. Estilos comunicativos de la madre de los niños con ideación suicida	117
Tabla 63. Estilos comunicativos del padre de los niños con ideación suicida.	118

LISTA DE ILUSTRACIONES Y MAPAS

Ilustración 1. Modelo de la teoría ecológica del sistema familiar	16
Ilustración 2 Niveles de comunicación	21
Mapa 1. Tasa de suicidio a nivel mundial por 100, 000 habitantes del año 2010. .	36
Mapa 2. Cambios en la distribución de edad de los casos de suicidios ocurridos entre los años 1950 y 2000 a nivel mundial.	37

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Gráfico de sedimentación.....	76
Gráfica 2. Gráfico de componentes en espacio rotados	81
Gráfica 3. Gráfica de sedimentación.....	85
Gráfica 4. Gráfico de componentes en espacio rotados	87
Gráfica 5. Gráfico de sedimentación.....	89
Gráfica 6. Gráfica de componentes en espacio rotados	91
Gráfica 7. Gráfico de sedimentación.....	93
Gráfica 8. Gráfica de componentes en espacio rotados	94
Gráfica 9. Gráfico de sedimentación.....	100
Gráfica 10. Gráfica de componentes en espacio rotados	102
Gráfica 11. Gráfica de sedimentación.....	106
Gráfica 12. Gráfico de espacio rotado	108
Gráfica 13. Gráfico de sedimentación.....	112
Gráfica 14. Gráfica de componentes rotados.....	113

RESUMEN

El sistema, el clima social familiar y los estilos comunicativos de los padres se asocian con el desarrollo de rasgos depresivos e ideación suicida en los niños. En las últimas décadas se observa un agravamiento de dicho trastorno y se le ha asociado a la presencia de ideación suicida en poblaciones infantiles por lo que objetivo del trabajo siguiente fue determinar cómo se relacionan el sistema familiar, el clima social familiar y los estilos de comunicación parentales con la sintomatología depresiva y a su vez que esto derive a una probable ideación suicida en una muestra probabilística estratificada de niños de escuelas públicas. Se realizó un primer estudio para obtener las propiedades psicométricas de las medidas, valores de intercorrelación y prueba de hipótesis y posteriormente, se seleccionó una submuestra del total de la muestra (n=557), con los niños que manifestaron ideación suicida (n=151). Al respecto, se tiene que poseen un contexto familiar disfuncional caracterizado por un estilo comunicativo de inexpresividad entre los padres. A su vez un segundo estudio, tuvo el propósito de probar un modelo conceptual que permitió establecer teóricamente el papel de la familia y su influencia en los estilos comunicativos de ambos padres desde la perspectiva de los propios niños. Los resultados denotan que son los estilos comunicativos de la madre los que tienen una influencia directa en el desarrollo de los rasgos depresivos y de ideación suicida.

Palabras claves: familia, depresión, ideación suicida

ABSTRACT

The social climate and the system family with the parent's communication styles are associated with the development of suicidal ideation and depressive features in children. In recent decades there has been an increase of the depressive disorder and it has been associated with suicidal ideation in pediatric populations following work. The objective was to determine how they were related the family system, the social family climate and the parental communication styles to depressive symptomatology and in turn resulting in a probable suicide ideation in a stratified probability sample of public school children. First study was performed to obtain the psychometric properties of the measures, intercorrelation values and hypothesis testing. Next, was selected from the total sample ($n = 557$), a sub-sample of children with suicidal ideation ($n = 151$). In this regard, it was found that they possess a dysfunctional family context characterized by a expressionless communication style between parents. A second study aimed to test a conceptual model theoretically allowed us to establish the role of the family and its influence on communication styles of both parents from the perspective of children themselves. The results denote that it's the mother's communication styles which have a direct influence on the development of depressive and suicidal ideation.

Keywords: family, depression, suicide ideation.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES

Los trastornos mentales considerados como parte de las enfermedades crónicas y no transmisibles forman parte importante del panorama epidemiológico mundial al ser resultado del proceso de urbanización y el envejecimiento. Actualmente constituyen un reto y una prioridad para la salud pública moderna al representar el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe (Rodríguez, Kohn y Aguilar, 2009) aunado a la mortalidad en atención primaria, morbilidad y discapacidad en todas las etapas de la vida (Kastrup, y Ramos, 2007). Por definición son entidades clínicas de larga evolución de inicio generalmente en la adolescencia o adultez temprana (Kessler, Berglund, Demler, Merikangas, y Walters, 2005) aunque ya se observan latencias en infantes (Miranda, Cubillas, Román y Valdez, 2009), causando un gran impacto en el funcionamiento familiar, personal, social y laboral, además de representar un gran costo para los sistemas nacionales de salud (López, Mathera, Ezzati, Jamison y Murray, 2006).

Dentro de los trastornos mentales la depresión como una enfermedad, cobra gran importancia al ser la cuarta de los diez motivos principales de la carga de morbilidad en el ámbito mundial. La OMS afirma que la depresión es además la principal causa psiquiátrica de discapacidad (OMS, 2008) y para el año 2020, la depresión grave podría ocupar el segundo lugar en morbilidad (OMS, 2011).

Con respecto a su incidencia en la población, estudios recientes revelaron que la depresión en niños es más frecuente de lo que se cree, constituyéndose en

una de las condiciones de malestar psicológico frecuente, sin embargo, la depresión infantil dentro de la literatura científica es un fenómeno relativamente nuevo al tener serios problemas para ser aceptada como tal por la comunidad científica (Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón, 2002), su contradicción con la risa y la alegría que parecen absolutamente ligados al mundo de los niños es lo que lo hace contradictorio para coexistir (Del Barrio, 2000).

De ésta forma los estudios llevados a cabo en España indican prevalencias de depresión entre el 7 y el 15% (Del Barrio, 2007). En Colombia, el estudio nacional de salud mental del adolescente informó sobre una prevalencia de depresión mayor en los últimos 12 años de 5%. Este indicador fue más alto para mujeres con 6,5% en relación con los hombres con 3,5% (Torres, Posada, Bareño y Berbesí, 2010). Estudios en población general encontraron presencia de sintomatología depresiva con 17% en niños de 8 y 11 años (Herrera, Rojas y Losada, 2006); 25,2% en un estudio realizado con niños en el oriente antioqueño (Vinaccia, Gaviria, Atehortúa, Martínez, Trujillo y Quiceno, 2006) y 13,5% en el estudio de propiedades psicométricas del CDI en niños de 9 a 11 años en Medellín (Gómez, Alvis y Sepúlveda, 2003).

Ahora bien, existe evidencia de una estrecha relación entre depresión y conductas suicidas y los estudios concuerdan que en las últimas décadas se observa un importante incremento de las conductas suicidas infantojuveniles, y además, existe una disminución en la edad de presentación (Duarte, Bordin, Paula y Hoven 2002). Dentro de las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente en los niños y adolescentes de ambos géneros y se puede relacionar a trastornos mentales como la depresión y por otro lado, las dificultades en las relaciones familiares contribuyen significativamente a la depresión como factor de riesgo entre los niños y los adolescentes con conductas suicidas.

Finalmente hablar del suicidio, implica hacer referencia al entorno socio-cultural en su devenir histórico, al ser las configuraciones sociales las que determinan

las formas de actuar de los individuos en sociedad. Por ello planteando la cuestión de la muerte voluntaria en el plano histórico y social se puede comprobar que el suicidio, como fenómeno humano universal, ha estado presente en todas las culturas y épocas históricas, siendo variable la actitud frente a ella de las distintas sociedades de acuerdo a las condiciones religiosas, filosóficas e intelectuales de cada una (Bobes-García, González-Seijo y Sáiz-Martínez, 1997). Es un fenómeno social que ha acompañado a la humanidad, desde épocas tan antiguas como los griegos y ha estado presente prácticamente en todas las civilizaciones.

Históricamente el suicidio ha sido construido a partir de la retórica de la verdad encarnada por el saber filosófico, religioso y psicológico, estableciendo como motivos de suicidio la educación, las pasiones, el clima o las enfermedades llevándolo a ser uno de los actos que más prejuicios y opiniones de rechazo levanta dentro de la sociedad como objeto de discusión moral, religiosa, filosófica y científica. Se ha convertido en sinónimo de locura, de tabú que deriva en duras condenas y temores inciertos (Sarró; de la Cruz, 1991). Por lo anterior la sociedad ha estigmatizado al suicidio considerándolo algo malo o indeseable que interfiere con lo que se piensa es el carácter natural de ley de la vida: nacer-crecer y morir por enfermedad o alguna causa externa como accidente, más no por elección propia. Se le reconoce como una desviación social que rompe con una norma o regla, que transgrede a la muerte como un fenómeno natural (Manzo, 2005).

1.1 Panorama Epidemiológico de Depresión

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad afectando a personas en todas las comunidades del mundo. De acuerdo a la OMS, la prevalencia global de trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas y constituyen alrededor del

15% de la carga mundial de enfermedad. Se estima que para el 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo y actualmente se asocia con diversas problemáticas de salud como el incremento de la mortalidad, la tasa de suicidios y homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas (Pardo, Sandoval y Umbarita, 2004).

En el mundo, la carga de depresión como trastorno mental va en aumento y afecta a más de 350 millones de personas con depresión que les lleva a una alteración significativa de sus vidas. Las estimaciones de la OMS indican que la depresión es frecuente en todas las regiones del mundo, un estudio reciente reveló que alrededor del 5% de las personas que residen en una comunidad han padecido depresión en el último año. Su importancia y relevancia radica en ser la principal causa mundial de discapacidad, contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad afectando más a mujeres que a hombres y es un factor predisponente para las conductas suicidas o el suicidio consumado que es actualmente la causa de un 1 millón de muertes al año (OMS, 2012).

La depresión es una enfermedad frecuente que se diferencia de las variaciones habituales del estado de ánimo por manifestarse como una sensación persistente de tristeza durante dos o más semanas, que interfiere con las actividades laborales, escolares o domésticas. Es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, así como la presencia de circunstancias como presiones económicas, desempleo, desastres, conflictos, etc. Cuando su duración se da de forma prolongada y de intensidad moderada a grave puede causar gran sufrimiento a las personas y alterar sus actividades diarias, y finalmente puede convertirse en un problema serio de salud.

Las estadísticas de depresión varían entre los distintos países, la prevalencia por ejemplo en Japón va desde un 3% mientras que EUA tiene un 16.9%, llegando entre un 8 a 12% en la mayor parte de los países.

Al realizar un comparativo entre países la OMS encontró que las tasas de trastorno depresivo entre mujeres son dos veces mayores que la de los hombres y su asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo al ingreso. Las tasas más bajas se observaron en países considerados de ingreso bajo y medio en los que se incluyen México, India, China y Sudáfrica, mientras que las tasas más altas se encuentran en los países de ingresos altos como Francia, Holanda, Nueva Zelanda y E.U.A.

Sin embargo la falta de criterios diagnósticos de despistaje origina dificultades para comparar las tasas de depresión entre las naciones, aunado a las diferencias culturales y los diferentes factores de riesgo que afectan la expresión del trastorno.

En México, se estima que la depresión afecta por lo menos una vez en su vida a 40% de la población, es decir, a casi 3 millones de personas. El trastorno depresivo mayor se encuentra entre los cinco trastornos con mayor presencia en la población mexicana y entre los tres principales en la población femenina. Por otra parte la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica reporta que el 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida, y según Kessler, Angermeyer, Anthony y Degraf (2007) una de cada cinco personas llegará a padecer algún trastorno antes de cumplir 75 años. La frecuencia es 1.5 más alta en el sexo femenino que en el masculino, siendo particularmente críticos los períodos del embarazo y el post-parto (Programa Nacional de Salud 2007-2012).

Sin embargo la depresión no es un trastorno único de adultos, las crisis económicas, la inseguridad y las condiciones socioculturales actuales han hecho que las familias se fragmenten y dejen a los niños y adolescente en un estado vulnerable para problemas de autoestima y tristeza. INEGI reporta que 2 millones de niños y adolescentes padecen depresión. La Encuesta Mexicana de Salud Mental en adolescentes reporta que el 7.2% de los jóvenes de la ciudad de México padecieron un trastorno depresivo en el último año.

En estudios de poblaciones se ha determinado que la depresión infantil tiene la misma prevalencia en niños y en niñas y el 2.0% de la población Mexicana ha padecido depresión en ésta etapa de la vida, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (ENEP).

1.2 Planteamiento del Problema

La depresión como predisponente y factor de riesgo para la presencia de conductas suicidas, cobra fundamental importancia en su estudio y detección oportuna en la infancia dado que ambas conductas deben analizarse más allá de las estadísticas, puesto que cada suicidio supone la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos (Le Gales-Camus 2007) y pone bajo cuestionamiento el estatus quo de un grupo social que en el discurso asume privilegiar y defender el derecho a la vida pero en la práctica no establece lineamientos para documentar los casos de suicidio o de los intentos.

Desde las estadísticas de depresión, se observa que éstas van en incremento de forma sustancial en la población mundial general, lo mismo sucede para el estado de Sonora y si bien, las estadísticas de depresión y suicidio muestran un esbozo del panorama actual e histórico, no nos permite saber cómo se relacionan los factores que pertenecen a diferentes dimensiones que llevan al suicidio, en particular la depresión, agregado a ello, la falta de estandarización en el registro de los datos y la falta de una normatividad para el registro de defunciones por muertes autoinfligidas en la Ley General de Salud, podría originar que exista un subregistro de los casos de suicidio que pudiera ser más alto de lo presentado, a su vez, la falta de diagnósticos oportunos y detección de depresión en los niños deja un vacío de registro. Los datos proporcionados por las instituciones gubernamentales no son congruentes con la cantidad de suicidios que se presentan a nivel nacional y estatal. Otro problema derivado del manejo de la información es la multiplicidad de fuentes que lleva a una

incongruencia entre los datos y las tendencias, mismas que se encuentran reportadas por diversos trabajos de investigación, los cuales reportan que algunos de los registros estadísticos de la conducta suicida son poco confiables (Mondragón, Borges, y Gutiérrez, 2001). La información estadística presentada es limitada y se debe cuestionar por la medición numérica acerca de los suicidios consumados. Precisar su magnitud es complejo, y determinar la proporción de intentos e ideas suicidas es aún más difícil al no existir registros constantes de los intentos fallidos y la ideación suicida.

Desde una perspectiva social, la inconsistencia de los datos estadísticos de suicidio pudiera derivarse del estigma que generalmente lleva asociado esta conducta. Aún cuando no se cuenta con estudios empíricos sobre la percepción que la sociedad tiene del suicidio, el hecho es que no todos los casos de muertes autoinfligidas son reportados por las familias o el sector salud, y aunque las estadísticas no reflejan del todo la magnitud de la problemática suicida, si pueden mostrar un segmento de la realidad. Es comprensible que las cifras de las diferentes instituciones que reportan el dato no coincidan y por lo mismo no son del todo exactas. Sin embargo, sirven para denotar la importancia de identificar, interpretar y prevenir en un futuro el incremento de las mismas.

A pesar de las investigaciones y los programas de prevención creados a partir de las estadísticas y los resultados de constantes estudios enfocados a entender la conducta suicida, los suicidios continúan incrementándose y presentándose en edades cada vez más cortas, constituyéndose dentro de las principales causas de muertes violentas. Así en diversas regiones del mundo y durante los últimos años se ha observado un crecimiento paulatino y constatación del fenómeno suicida.

La conducta suicida se ha estudiado a partir de tres momentos considerados básicos para su consumación: la ideación suicida, el intento suicida y finalmente la muerte autoinfligida (González-Forteza 2005). Sin embargo, la acción

humana de quitarse la vida, no obstante de ser personal, es también resultante de la interacción con otras personas y no se puede comprender al individuo si se le aísla de su contexto familiar y social. La ideación y la conducta suicida en el niño no existen independientemente de un contexto familiar definido que puede estar creando y perpetuando el problema en cuestión. La familia es el medio social del que surge el niño, es la fuente de sus relaciones más duraderas, es la que tiene más recursos con los cuales producir cambios y éstos son los que más afectan al niño al ser sumamente vulnerable a los mismos.

Asumiendo que la depresión es un factor de riesgo importante para el desarrollo y la presencia de ideaciones suicidas, mismo que es un factor predictor importante para el suicidio consumado, se considera que la depresión y la ideación no aparece en el niño de manera espontánea, sino que deriva como parte del impacto de la familia en el desarrollo del mismo. El sistema familiar es un factor importante cuando se analizan los mecanismos que llevan al desarrollo de la conducta suicida, la tensión y la conflictiva familiar son identificados también como factores de riesgo y por ello surge el cuestionamiento de cómo se relaciona el sistema familiar y sus diversas conflictivas familiares, principalmente las relacionadas con los estilos parentales de comunicación, con la presencia o ausencia de la ideación suicida en los niños. Es decir, a partir de qué momento, diferentes situaciones de desencuentros familiares y comunicativos entre los miembros de una familia, convergen para que se presente sintomatología depresiva en los niños y a su vez la idea de acabar con su vida.

1.3 Pregunta de Investigación

¿De qué manera el sistema, el clima social familiar y los estilos comunicativos parentales se relacionan con la presencia de síntomas depresivos haciendo probable la ideación suicida en los niños?

1.4 Justificación

Cada vez más niños son afectados por la depresión, aunque con frecuencia a los síntomas se les considera como normales o como parte de lo cual ha de pasar el niño como un proceso natural de desarrollo, los estudios han demostrado una fuerte relación entre la depresión e ideación suicida. Por lo que abordar la problemática de la depresión y la ideación suicida en los niños buscando su origen a partir de sus realidades familiares busca aportar información para el desarrollo de políticas públicas de prevención que acompañen los procesos de transformación de las familias a través de la construcción de nuevos acuerdos y compromisos entre sus miembros. Pese a todos los avatares, la familia, cualquiera que sea su definición, estructura o integración, continúa siendo el espacio de socialización por excelencia en el que tiene lugar la formación de valores, actitudes y comportamientos ante la vida y la muerte. De ahí la relevancia de dar voz a los principales actores de un problema social que como la conducta suicida pone en entredicho la hegemonía de la idealización de la infancia y la familia misma.

A pesar de no observarse un crecimiento exponencial en los casos de suicidio en niños, y que representan una minoría si se les compara con la población en general que se suicida, el pequeño incremento de la mortalidad por suicidio, cobra especial importancia el estudiar la conducta suicida en niños por las repercusiones sociales, familiares, de salud, e individuales. Desde el punto de vista del conocimiento resulta relevante en tanto que el suicidio en niños rompe

con la idea de un metadestino para la persona humana: nacer, crecer y morir por causas “naturales” al igual que con la idealización de la infancia “feliz” como un período en el que se vive jugando (Gélis, 1994). Profundizar en el estudio de las conductas y los factores relacionados con este fenómeno desde la perspectiva de los propios actores, los niños, puede dar pistas sobre el proceso mediante el cual los niños llegan a pensar en la idea de aniquilar su existencia. Identificar los rasgos distintivos que lo caracterizan, los elementos significativos que inciden en su estructuración y las causas básicas que lo determinan, permitirá contar con mayores elementos de análisis para propuestas de prevención del suicidio en la población infantil.

Estudiar el clima social familiar, los sistemas familiares y sus estilos comunicativos, como precedentes de la ideación suicida y la depresión, que es un factor de riesgo clave, es indispensable en tanto que las primeras conceptualizaciones sobre la vida y la muerte que tienen los niños son a través del trato familiar. El entender cómo dichos elementos son predisponentes para la ideación suicida puede ayudar a planear y elaborar programas de prevención en instituciones escolares y familiares. A su vez con los resultados obtenidos se contribuirá a generar un modelo teórico predictivo que ayude a entender la importancia de los elementos presentados en la conducta suicida de los niños. Finalmente los resultados del estudio ayudarán a crear consciencia en las autoridades de salud de la frecuencia e incidencia de la conducta suicida en los niños y cómo la familia puede ser un actor fundamental en dicha conducta.

1.5 Hipótesis

El sistema familiar se construye a través de un clima social familiar positivo que promueve la autonomía y una flexibilidad para el cambio; donde se establecen relaciones afectivas y estilos comunicativos expresivos. Para el caso de un sistema familiar disfuncional, éste se caracteriza por existir un distanciamiento

afectivo/expresivo de los padres con los hijos con lo cual condiciona la aparición de síntomas depresivos y la ideación suicida en los niños.

1.6 Objetivo General

Determinar cómo se relacionan el sistema familiar, el clima social familiar y los estilos de comunicación parentales con la sintomatología depresiva y a su vez que derive a una probable ideación suicida en los niños de educación primaria.

1.6.1 Objetivos Específicos

1. Caracterizar una muestra de escolares de escuelas públicas
2. Diseñar y validar por constructo las escalas: Escala del clima social familiar FES, Cuestionario de Evaluación del sistema familiar CESF; Escala de estilos comunicativos ECF y Children Depression Inventory CDI. En una muestra de escolares de la ciudad de Hermosillo Sonora.
3. Establecer los valores de intra e intercorrelación de las escalas para mostrar las asociaciones entre los factores y las dimensiones.
4. Establecer comparaciones en base a algunas de las variables atributivas y los factores de las escalas
5. Describir una submuestra de niños con ideación suicida en base a las variables del contexto familiar
6. Establecer las relaciones predictivas que existen entre el sistema familiar, el clima social familiar, los estilos comunicativos de los padres, la depresión y finalmente la ideación suicida.

Lo anterior a través de realizar un análisis factorial confirmatorio para la obtención de un modelo.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Modelos Teóricos de Familia

Se define al clima familiar como el conjunto de factores ambientales que configuran el grado de confort emocional que propicia una situación (Lautey, 1985); es el fruto de la suma de las aportaciones personales de cada miembro de la familia, traducidas en algo que proporciona emoción y se enrarece o mejora en la medida que se establecen relaciones duales entre los diferentes componentes. El clima condiciona la conducta infantil al seleccionar los estímulos a los que va a estar sometido el niño, aunque la conducta del niño no sea la copia exacta del entorno sino fruto de una elaboración personal. El ambiente proporciona la materia prima, el niño interpreta y edifica.

El clima familiar ideal está definido por conductas de apoyo, afectividad y razonamiento, que fomenta la autonomía personal, en el caso del clima familiar adverso, es definido por conductas agresivas y autoritarias, y fomentador de trastornos de personalidad. Ambos dependen del estado colectivo de ánimo y del estado de ánimo individual. Un clima familiar estable le dará a sus miembros lazos de seguridad y afecto necesarios para un buen funcionamiento y desarrollo psicológico adecuado (Musitu, cols., 1988), a su vez se establece una relación positiva entre el nivel de autoestima del niño y el nivel de armonía

familiar, y una relación negativa con la ansiedad infantil (Scott, Scott y McCabe, 1991).

Un clima social familiar positivo es aquel que se caracteriza por afecto y apoyo parental, ausencia de conflictos, control parental y cohesión familiar entendida como la percepción de los hijos sobre la proximidad entre padres y hermanos a partir de las interacciones de la familia, En un clima de cohesión positivo, donde existe una percepción de tolerancia, respeto y aceptación materna, así como un control moderado se observa la incidencia en la adaptación del niño, su autoaceptación y su facilitación en las relaciones interpersonales. Cooper (1983) plantea categorías en base a los niveles de cohesión que perciben los hijos basados en los niveles de proximidad y de apoyo: familias con gran cohesión entre los padres con una mayor intimidad y apoyo; familias en las que se percibe cohesión respecto a un solo padre; familias en las que los hijos se sienten aislados del resto de los miembros; familias donde los niños perciben división entre sus padres y la familia de coalición.

La presencia de conflicto dentro de la familia representa una atmosfera de inseguridad que dificulta el desarrollo de la autonomía y la confianza en el niño. Los conflictos paternos, los castigos y el rechazo provocados por los conflictos dentro de la familia, se traducen en ansiedad, agresividad y baja autoestima al ser uno de los mayores causantes de patologías en los niños (Kaila y Tsambarli, 1997). El conflicto suele producirse entre los padres pero es el hijo el espectador involucrado que observa como se desintegra la relación de las dos personas que son su guía de su relación afectiva, si el conflicto se hace crónico y la atmósfera de tensión y discordia es constante, es cuando se afecta el desarrollo adecuado de su personalidad.

La familia posibilita el proceso de desarrollo de las habilidades sociales en sus hijos mediante diversos mecanismos y estrategias, donde juega un papel esencial el ambiente presente en el núcleo familiar. Este es un determinante definitivo del bienestar, actúa como estructurados del comportamiento humano y está inmerso en una compleja combinación de variables organizacionales,

sociales y físicas. El ambiente que ha sido estudiado como clima social familiar, considera las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar, desde su estructura, constitución y funcionalidad (Moos y Trickett, 1974, Guerra, 1993, Cortés y Cantón 2000, Kemper, 2000).

El concepto de clima está íntimamente ligado al trabajo desarrollado por Moss, basado en la observación de la conducta humana, a la que llama socioecológica. Su teoría parte de tres supuestos:

1. El clima social debe ser inferido de modo fiable desde las percepciones de la conducta.
2. El modo en que las personas perciben sus influencias ambientales es el modo en que la gente actualmente se comporta en estos ambientes.
3. Ciertos ambientes son más propicios que otros para promover el funcionamiento humano óptimo (Insel y Moos, 1974).

Finalmente el clima social dentro del cual funciona un individuo debe tener un impacto importante en sus actitudes y sentimientos, su conducta, su salud y el bienestar general así como su desarrollo social, personal e intelectual. Al clima social se le parece atribuir una posición de mediador entre las características y atributos del ambiente y la subsecuente conducta en el mismo.

Por otro lado la familia sistémica se basa en la idea de que la familia funciona como un sistema abierto, un sistema que intercambia de manera continua información con su entorno y que es modificada por éste, al mismo tiempo que lo modifica. Un sistema es un conjunto de elementos en interacción recíproca en el que el comportamiento de cada subsistema es determinado por la situación y la conducta de los demás que lo configuran. La familia es conceptualizada como una totalidad y no como una suma de sus miembros particulares, donde el cambio en un miembro del sistema afecta a los otros puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción (Feixas y Miró, 1993).

A raíz de la utilización de dicha teoría para la explicación del funcionamiento de la familia, dejó de ser vista como una suma de personas con personalidades individuales de cuya estabilidad y madurez dependía el funcionamiento efectivo de la misma. Desde la óptica individual sistémica se permitió considerar la influencia recíproca que se produce entre los distintos subgrupos que componen la familia (subsistemas) y otros grupos sociales como los centros escolares, los centros de trabajo, las comunidades y la cultura en general (mesosistemas y exosistemas).

En el enfoque sistémico se encuentran dos posturas, la primera representada por Minuchin, Watzlawick y Haley consideran que los cambios en el sistema familiar son posibles cuando se modifican las interacciones entre sus integrantes y los subsistemas que la componen, al margen del significado que sus integrantes atribuyen a sus pautas relacionales. La segunda postura presentada por Gergen, Dallos, Anderson y Goolishian, restablecen el significado que atribuyen las familias a sus comportamientos fundamentales para la comprensión de las interacciones y las comunicaciones que se desarrollan entre sus integrantes.

Por su parte, Bronfenbrenner (1987) plantea desde la teoría ecológica una postura sistémica de la familia como un microsistema interactivo que se encuentra en relación con otros microsistemas y a la vez está inmerso en sistemas más amplios. El microsistema incluye todas aquellas relaciones directas de la persona, las más importantes son la escuela, los amigos y la familia que es considerada el microsistema primario para el individuo. El mesosistema comprende las interacciones entre los diversos microsistemas, es decir, la relación entre familia y escuela, amigos y escuela, familia y amigos, etc. El exosistema describe las interacciones de la familia con otros sistemas sociales más amplios como la comunidad, las instituciones culturales y de asistencia social. Finalmente el macrosistema incluye las características de un sistema socio-cultural: estructura socioeconómica, creencias religiosas, circunstancias históricas del lugar y del momento.

El sistema familiar está compuesto por subsistemas que interactúan constantemente entre sí, en los que se encuentran el subsistema conyugal integrado por los miembros de la pareja, el subsistema parental que inicia con el nacimiento de los hijos y tienen una función ejecutoria dentro de la familia y el subsistema filial que es integrado por los hermanos. El sistema familiar no se encuentra aislado ya que interactúa con otros mesosistemas y exosistemas como los que derivan de las familias extensas y diversas instituciones sociales (Ilustración 1).

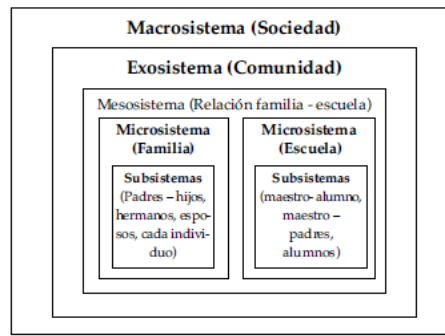


Ilustración 1. Modelo de la teoría ecológica del sistema familiar

La relación de la familia con los demás sistemas sociales se maneja bajo diferentes conceptos que se describen a continuación:

Permeabilidad: se puede clasificar en un sistema que tiende a ser permeable o no permeable por el grado de apertura de la familia a los contextos en que está insertada. La relación de la familia con los niveles sistémicos se da a diferentes grados de invasión en su dinámica y estructura, ya sea de total impermeabilidad en la relación mesosistémica con escuela, amigos, y con ello se limita la conformación de redes de apoyo útiles para la sobrevivencia de la familia, ya sea con las familias de origen que ofrecen el soporte en el cuidado de los hijos, el vínculo con la institución escolar que permite la colaboración maestros-padres para el crecimiento de los hijos o el vínculo familia-comunidad con el que todos los miembros de la familia obtienen oportunidades de integración,

compromiso o participación social, todo ello genera a su vez el crecimiento personal y profesional y la relación con el contexto histórico.

Cuando existe un exceso de permeabilidad que genera una interferencia no controlada de otros subsistemas en la vida familiar, no puede crecer con sus propios objetivos y recursos como grupo por la interferencia de otros sistemas en su mismo nivel y de niveles más complejos, se establecen subsistemas entre los miembros de la familia y miembros de otros sistemas que sabotean el funcionamiento familiar.

El estado ideal de permeabilidad es cuando se evitan ambos extremos, se mantiene el funcionamiento de un sistema que se ajuste al contexto y a las circunstancias de desarrollo de sus miembros, combinando el cambio con la estabilidad y sosteniendo una relación, sin perder la identidad, con otros sistemas. Con ello se permite el desarrollo del sistema familiar y de sus miembros.

Circularidad: Hoffman (1998) hace referencia a la interactividad de los miembros de la familia que permite explicar que los cambios en cualquier integrante de la familia provocan cambios en todos los otros.

Retroalimentación: existen dos tipos de retroalimentación, una negativa cuando se busca un equilibrio entre la necesidad de mantener ciertas pautas y estructuras, y una positiva cuando existe la necesidad de modificarse para darle respuestas a las demandas originadas por los cambios dentro del sistema mismo o por el ambiente. Ambos procesos deben de integrarse para que pueda mantenerse una sensación de continuidad, identidad y estabilidad mientras evolucionan las nuevas pautas de conducta.

Equifinidad: un mismo efecto puede deberse a diversas causas, los cambios que se originan en un sistema están determinados por las características de la relación entre sus diferentes componentes, más que por la naturaleza inicial de los mismos.

Estructura familiar: es el conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Caracteriza al sistema las transacciones repetidas que establecen regularidades acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Se originan las pautas en las expectativas de la familia que se originan en las creencias que predomina en una cultura. Toda familia debe tener alguna estructura y posibilidades para modificar la misma al enfrentar distintas situaciones, basado en esto se puede conocer la funcionalidad de una familia al poderse o no mover hacia el cambio o la permanencia dependiendo de lo que sea útil para su adaptación. Cuando la familia puede manejar las transacciones predecibles así como las impredecibles, posee pautas transaccionales habituales y alternativas movilizables de tal manera que pueda reestructurarlas ante una nueva demanda se hace más competente. A dichos cambios se les conoce como de primer orden cuando son fluctuaciones que son permitidas dentro de un sistema y que no ponen en crisis su estructura; de segundo orden cuando se aplican a cualquier situación en que la respuesta habitual ya no es utilizable.

Autoridad y poder en la familia: la funcionalidad de la autoridad en la familia es ayudar a los jóvenes en el proceso de elaboración de sus propias metas y en la elección de acciones por las que se llevarán a cabo. La autoridad es el derecho de procurar obediencia para que las cosas se hagan, el poder es la capacidad de demostrada de lograr obediencia (Kreitner, cols., 1998). La autoridad y el poder se originan de la legitimización social, los procesos de identificación, el conocimiento, las habilidades, la posibilidad de otorgar recompensas o castigos, así como las características de personalidad. La estructura de autoridad debe estar bien delimitada y ejercida sufriendo una transformación a medida que los hijos se van volviendo adultos. La edad de los hijos influye directamente en la manera de ejercer la autoridad, en los niños pequeños se manejan estrategias basadas en el control en normas claras y coherentes de las cuales se exige un cumplimiento firme, mismo control que no es eficaz en los adolescentes en el que es más apropiado la comunicación, argumentación y explicación de las normas. Así mismo el sexo de los hijos es una variable en cuanto al tipo de

autoridad al ser los padres menos autoritarios y usar menos castigos físicos con las hijas que con los hijos, que tienden a ejercer mayor supervisión y control con las hijas.

Reglas y límites: la familia es un sistema gobernado por reglas (Jackson, 1975), es una inferencia que explica la repetición de conductas que se sigue dentro de ella. Son acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos individuales en áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable. Se van construyendo como resultado de ajustes que facilitan el mantenimiento homeostático de la familia a base de ensayo y error. Las reglas se pueden clasificar en reglas conocidas establecidas de manera directa y abierta; implícitas establecidas por sobre entendimiento; y las reglas secretas que son modos de actuar con los que un miembro bloquea las acciones de otro miembro. Los límites son definidos por las reglas que establecen quienes participan y de qué manera en las diferentes interacciones y en la toma de decisiones; regulan las pautas de proximidad y la jerarquía entre miembros de la familia. No siempre son visibles y son la frontera psicológica que salvaguarda la identidad y pautan modelos de relación, comunicación y vínculo emocional. En una familia disfuncional, los límites son difíciles de determinar al no apreciarse de manera clara dentro del funcionamiento familiar, los miembros conforman estructuras aglutinadas, no se definen claramente los límites entre la familia nuclear y las familias de origen, entre padres e hijos, entre las funciones parentales o conyugales y ello lleva a que los subsistemas no operen de forma adecuada. Cuando los límites son muy rígidos los sistemas familiares funcionan en forma independiente y no se toman en cuenta a los otros integrantes, comparten emocionalmente pocas cosas y tienen poco en común, se caracterizan por un exagerado sentido de independencia, ausencia de sentimientos de fidelidad y pertenencia, falta de respuesta ante el estrés (Botella y Vilagerut, 2000).

Alianzas y coaliciones: a los nexos no patológicos que se forman entre sus integrantes como ayuda en la solución de problemas se les conoce como

alianzas y se caracterizan por ser flexibles, cambiar en base a la relación del contexto y las necesidades de sus integrantes, dándose en contextos comunicativos diádicos. En cuanto a las coaliciones se dan mínimo entre tres personas que forman parte de un sistema entre las que se establecen interacciones caracterizadas por la alianza de dos de ellos contra un tercero, son atemporales y de tiempo indefinido por el juego de lucha por gratificaciones y poder individual de los participantes en interacción, su inestabilidad se debe a los compromisos y las expectativas a los que están sujetos los miembros que las forman (Caplow, 1968). Los triángulos perversos se caracterizan por contener a dos personas del mismo nivel en una jerarquía y una de un nivel distinto; abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles de jerarquía contra uno que quede restante; mantener oculta una coalición contra la tercera persona (Hoffman, 1980).

Por otro lado la comunicación familiar no sólo constituye un vehículo de transmisión de la información entre los miembros de la familia sino que impregna completamente la naturaleza y la calidad de la vida familiar. Por ello puede entenderse como un índice del clima y la calidad del sistema familiar. En tanto que soporte de la vida familiar, es previsible una sólida relación entre los distintos tipos de comunicación familiar (diálogo y conflictos en la comunicación).

Watzlawick, Beavin y Jackson (1993) consideran, dentro de la teoría de la comunicación, que toda conducta emitida por un miembro de la familia hacia otro de sus integrantes implica una forma de relacionarse y comunicarse. Es imposible evitar la comunicación ya que se da hasta en los momentos de silencio. La comunicación no sólo es verbalizaciones o palabras, es en general todo el comportamiento, no es lineal en el sentido unidireccional ni bidireccional, sino tiene un carácter circular o de espiral dentro de la concepción sistémica, (Watzlawick, cols., 1993; Satir, 1991) al considerar que la transacción implica interdependencia, causalidad mutua y recíproca entre las partes del sistema

familiar al comunicarse. Se caracteriza por la simultaneidad de respuestas recíprocas.

Se determinan dos niveles de comunicación, el nivel del contenido en el que se refiere a las ideas expresadas en la comunicación y el otro el nivel relacional que apunta hacia la conducta que se espera del otro como respuesta a la comunicación. Es en el segundo nivel en el que se expresan la mayor parte de los conflictos encubiertos que afectan la funcionalidad familiar y la salud psicológica de los integrantes.

El nivel de contenido es aquel integrado por los significados a que se refieren los mensajes, se hacen aclaraciones desde el nivel relacional o metacomunicativo en el que se ofrece información acerca del mensaje dado, acerca de la intención de los interlocutores más allá del propio contenido y tiene funciones interpretativas y relacionales.

La función interpretativa permite descifrar el contenido o nivel de información a través de indicadores verbales y no verbales dentro de los que se encuentran los gestos, las expresiones faciales, el paralenguaje, el manejo de la distancia física y el tiempo, la organización y acentuación de palabras específicas entre otros indicadores que califican el mensaje especificando la interpretación que deben hacerse acerca del mismo (Ilustración 2).

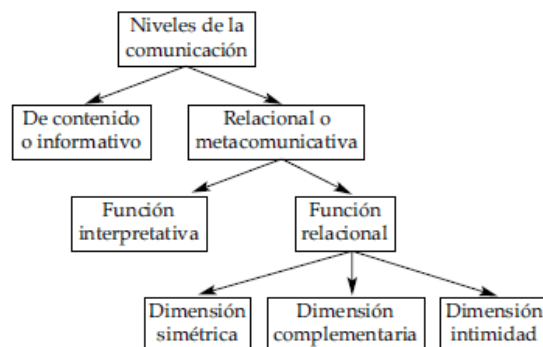


Ilustración 2 Niveles de comunicación

La función relacional sirve para decir a otros el cómo se ven a sí mismos, a los demás y como se ve la interacción con los otros, su importancia en el marco de la familia radica en que en ella la percepción de los demás determina el logro de funciones como las de otorgar un espacio para la pertenencia que es un factor decisivo en los procesos de individualización y socialización de los miembros. A medida que los miembros de la familia observan sus comportamientos construyen nuevos significados acerca de las relaciones posibles entre ellos. La función relacional de la comunicación es uno de los medios por los cuales se ofrece la información para estructurar y cambiar los roles auto asignados a los miembros del sistema familiar. En la medida que se da el intercambio comunicativo, los individuos decodifican la información y eligen qué rol van a asumir al respecto, qué rol esperan que asuman las otras personas y qué rol se ajusta al logro de sus expectativas.

Dentro de las relaciones complementarias se aprecian diferencias de las personas que intervienen en la relación expresadas en términos de sumisión-dominación o autoridad. En las relaciones simétricas se observa que las personas se perciben entre sí con similitudes que les permiten desarrollar un comportamiento mutuo, se consideran como iguales y asumen en diferentes situaciones funciones de sumisión y autoridad. En las relaciones íntimas se aprecia un grado de compromiso y confianza en la relación con una comunicación frecuente que se adopta en tono positivo.

Posteriormente el estilo comunicativo que las personas adoptan al conversar es un factor relevante en la configuración del conflicto. El estilo comunicativo es la estructuración de los mensajes que refleja en la conducta comunicativa el estado cognitivo y emocional de los miembros de la familia, dicho estilo responde a la percepción construida alrededor de su interlocutor y los antecedentes interactivos elaborados de forma cotidiana. Los estilos comunicativos positivos (afectivos y accesibles) facilitan la resolución de conflictos interpersonales a diferencia de los negativos (violento y dominante) (Sánchez y Díaz, 2003).

El efecto que una u otra forma familiar presenta en el desarrollo y evolución de la familia está estrechamente vinculada al tipo de comunicación familiar presente en el sistema. La comunicación positiva y eficaz entre sus miembros facilita la resolución de las transiciones familiares de una manera adaptativa, mientras que una comunicación negativa obstruye el desarrollo familiar. La comunicación familiar es más que un vehículo de transmisión de mensajes que presumiblemente están impregnados de un clima familiar determinado. En muchas ocasiones la comunicación familiar es tanto el origen como la consecuencia de la incapacidad del sistema familiar para evolucionar de una forma armoniosa. La presencia de problemas en la comunicación familiar se constituye en un indicador muy fiable de que el funcionamiento familiar dista de ser el adecuado para el bienestar de sus miembros.

2.2 Modelo Teórico de Depresión

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck (1987) es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o un sesgo sistemático en el procesamiento de la información. En las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida, dichas personas valoran de forma excesiva los sucesos negativos al considerarlos globales, frecuentes e irreversibles, a ésta percepción le denomina la triada cognitiva y esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de repliegue:

1. Consideración 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.

2. 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.
3. 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.

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan a la depresión. Sin embargo, ese tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores y estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, ese tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome emocional y funciona como factor de mantenimiento de los estados psicopatológicos. El procesamiento distorsionado de la información en la depresión se entiende como un factor próximo de desencadenamiento y mantenimiento de los restantes síntomas depresivos. La etiología tendría que ver con la interacción de factores como: la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

Para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información, planteó esquemas que son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior". Estas

estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Este procesamiento de "arriba-abajo" de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de "economía cognitiva", por lo que en el caso de esquemas disfuncionales, el resultado es un procesamiento desadaptativamente distorsionado de la información y una ulterior interpretación sesgada de la realidad.

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos se diferencian de los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan, contienen reglas, creencias tácitas o actitudes estables del individuo acerca de sí mismos y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas, y a menudo están conectadas con recuerdos relevantes al desarrollo y formación de tales creencias. En los trastornos emocionales tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales. Los esquemas se organizan a un nivel más superior en torno a un tema común (modo).

El procesamiento sesgado de la información resulta de la activación de los esquemas relevantes al contenido común específico del trastorno y de la desactivación de los esquemas inconsistentes con él, procesan información de carácter negativo y están más activos que aquellos que se usan para procesar información positiva, ya que está operando un modo constrictivo por medio del cual el individuo se retira de los acontecimientos y conserva energía en respuesta a una negatividad que lo invade todo.

La activación de los esquemas relevantes a los modos depresivo sería responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos y ansiosos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante análogo a aquellos sucesos que

proporcionaron la base para la formación original, durante el proceso de socialización, de los esquemas, es decir, para la formación de las reglas y actitudes en ellos almacenadas. La teoría de Beck hipotetiza que los depresogénicos son las diátesis cognitivas para la depresión, antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos ni tampoco, necesariamente, se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia.

Por otro lado, Beck (1987) sugiere que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresogénico también viene determinado por diferencias individuales en la estructura de personalidad. La teoría cognitiva ha identificado dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad o diátesis cognitiva a los trastornos emocionales, sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la privacidad y la autodeterminación.

2.3 Modelos Teóricos del Suicidio

“El suicidio no es una enfermedad (sin embargo hay muchos que piensan que lo es), no es una anomalía biológica (sin embargo factores biológicos pueden jugar un rol en algunos casos de suicidio), no es una inmoralidad (sin embargo este ha sido tratado como tal), y no es un crimen (sin embargo lo fue por algunos siglos y sigue siendo en algunos países del mundo)” (Leenaars, 2004).

Definir el suicidio como un paradigma teórico es complejo debido a que uno de los grandes problemas de dicho fenómeno es su propia definición y su aplicación a comportamientos diversos (Villardón, 1993). El concepto es amplio por lo cual alcanzar una definición precisa del suicidio es complicado ya que

algunas de sus definiciones son demasiadas amplias y dan lugar a que se considere casi cualquier acto de autodestrucción como una muerte, o por el contrario excesivamente estrictas que exigen demasiadas condiciones para calificar a un acto como suicidio con lo cual quedarían excluidos numerosos casos. Sin embargo se expondrán algunas de las definiciones más utilizadas y aquellas que se han considerado congruentes con el marco teórico propuesto que ayude a dar respuesta a nuestros planteamientos.

La OMS define al suicidio como un acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos. Parte de ahí para definir al suicidio como todo acto suicida que tiene como resultado la muerte del individuo.

Como antecedente una de las definiciones más utilizada desde la sociología para referirse al suicidio es la que propuso Durkheim, en su obra “El suicidio” (1994). Considera al suicidio como todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima, sabiendo ella que debería producir este resultado.

Actualmente el suicidio ha sido definido desde diferentes perspectivas; Shneidman (1985: 203) por su parte presenta un concepto específico:

“El suicidio es un acto humano consciente auto inflingido y auto intencionado de aniquilación, y más ampliamente definido desde una perspectiva psicológica como un suceso multidimensional de una necesidad individual que define un problema del cual el suicidio es percibido como la mejor solución”.

Cohen (2007) define la conducta suicida como el conjunto de acciones, actividades o comportamientos conscientes que tienen como propósito producir la muerte no accidental de sí mismo. Se les distinguen de las conductas de riesgo siendo las últimas aquellos comportamientos donde el sujeto ejecuta acciones riesgosas pero sin ser consciente de ellas ni tener voluntad de morir.

Dentro de la conducta suicida se identifican diferentes acciones que pudieran o no llevar un orden secuenciado hasta llegar al suicidio consumado.

Desde lo social Durkheim realiza críticas a las definiciones del suicidio en su época y busca una que englobe las características atributivas del mismo y finalmente define al suicidio como “todo acto de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima mismo sabiendo ella que debía producir este resultado”.

Logra ver al suicidio no sólo como un acto individualista, sino como un acto que sumado al de los demás se llega a una naturaleza social del suicidio y de ahí parte su análisis teórico basado en las estadísticas de suicidios consumados.

Las cifras se mantienen constantes a lo largo de los años ya que las circunstancias sociales no varían grandemente a menos que exista algún evento significativo brusco como por ejemplo una severa devaluación económica, ello lo explica el autor como que toda ruptura del equilibrio social tarda algún tiempo en producir sus consecuencias en las estadísticas de suicidio, su evolución se da como una onda de movimientos distintos y sucesivos. A la pregunta ¿qué denotan los números estadísticos? Se puede responder que cada sociedad está afectada de manera colectiva y es ahí donde la variabilidad estadística refleja la naturaleza individual y colectiva. Relacionando lo anterior con las estadísticas de suicidio presentados en particular para el proyecto en el estado de Sonora, se puede decir que el incremento ha sido constante y estable, no se observan cambios bruscos por lo que se puede deducir que a lo largo de más de 20 años no se ha presentado una crisis colectiva que impacte en los números de manera significativa, ello coincide con lo propuesto por el autor hasta este momento del libro.

Continuemos pues el análisis con la crítica que realiza a la teoría alienista o versánica en la que se podría insertar las ideas y los suicidios consumados derivados de una depresión en los suicidios melancólicos en los que se relacionan precisamente con un estado general de extrema depresión,

exagerada tristeza que no permite apreciar los vínculos con las demás personas y las cosas que le rodean. Sin embargo también entra un estado alucinante e ideas delirantes que son las que finalmente llevarían al suicidio a los niños, pero siguiendo la literatura y los resultados obtenidos, se puede afirmar que no existen tales estados alucinatorios en todas las personas suicidas que finalmente contradicen el modelo de suicidios por melancolía. Otra crítica aplicable hasta éste punto de la lectura es que el autor realiza sus estudios y análisis en poblaciones adultas y de igual manera los resultados obtenidos han arrojado que las cuestiones de género no presentan relevancia cuando se trata de poblaciones infantiles. En los adultos las mujeres tienen menor predisposición a los suicidas por locura al compararse con los hombres, desde el resultado estadístico, sin embargo eso no quiere decir que las mujeres padezcan menos estados de neurastenia que los hombres, muy al contrario.

Se debe tomar en cuenta a su vez que la psiquiatría y el estudio de las psicopatologías se ha ido transformando a lo largo de los años, por lo mismo los criterios para diagnosticar una locura como tal se han ido modificando y ya no coinciden del todo con las planteadas con el autor. El alcoholismo como detonante del estado psicopático podría decirse que si se mantiene constante, sin embargo son demostrativos ni el pasado ni en la actualidad.

Finalmente se coincide con las conclusiones del autor en que las psicopatologías no son correlaciones positivas con el suicidio, si bien es cierto que existen estados de “locura” que puedan conllevar a un suicidio y a las ideas suicidas, por sí solas no pueden explicar la estadística y su incremento constante.

Durkheim realiza un análisis acerca de la raza como factor determinante de los suicidios y planteado desde la hipótesis que están fundados en la constitución del individuo, sin depender de los estados anormales, es decir de estados psíquicos sin alteraciones de sistemas nerviosos. Dicha hipótesis la rechaza argumentado que incluso en las razas que provienen de la misma línea, hay

diferencias en las estadísticas de suicidio como por ejemplo el caso de los pueblos germanos que derivan de una misma línea sanguínea pero sus estadísticas difieren entre ellos. De ahí deriva a la discusión si el suicidio tiene una herencia genética, ya sea a lo largo de las generaciones o únicamente de padres a hijos, refutando dicha hipótesis argumentado que estadísticamente no se pueden concluir que sea de esa naturaleza. En la actualidad se puede relacionar éste tipo de suicidios en la familia con las teorías de la conducta, más que un factor hereditario se puede hablar de una conducta suicida que se transmite de padres e hijos, finalmente si los padres son los primeros determinantes del aprendizaje de los infantes basado en la teoría del aprendizaje significativo de Albert Bandura.

Cuando el autor realiza sus estudios, el suicidio en los niños era aún raro y escaso, sin embargo en la actualidad el incremento en dicha población es notable, por lo mismo el análisis desde su investigación va encaminado a que los niños se encuentran insertos de la misma manera bajo la acción de las causas sociales que pueden ser determinantes del suicidio mas allá de una cuestión hereditaria.

Desde los factores cósmicos que buscan explicar las causas del suicidio lo que más podría aceptarse es aquella que se relaciona con al cambio estacional con las tasas de suicidio, en la literatura actual aún existen ciertas discrepancias ante dicha hipótesis, por un lado algunas investigaciones reafirman la hipótesis de que el clima y las estaciones pueden ser un factor predisponente para las conductas suicidas y por el otro lado las hay que niegan dicha hipótesis. A su vez, el autor refuta también la teoría de los suicidios por imitación al argumentar que si bien el suicidio puede ser contagioso dentro de una población, su incidencia numérica en la estadística no influye en la cifra social de los mismos.

Las causas sociales y los tipos sociales del suicidio son las aportaciones teóricas más importantes del autor al suicidio:

Suicidio egoísta: todo parte del análisis de las diferencias entre la doctrina católicas y la protestante, y las tasas de suicidio correspondientes para ambas creencias, siendo las diferencias de ambas desde la enseñanza de su religiosidad, mientras en el catolicismo se aboga por la dominación y sumisión del pensamiento de los feligreses, en los protestantes se hace hincapié en la instrucción mental como parte de un desarrollo más científico para el análisis e interpretación de la biblia. Los números relacionan dicha capacidad de análisis con los suicidios por lo que son los protestantes los que presentan mayor índice de suicidio sobre los católicos. De lo anterior deriva como hipótesis que el hombre trata de instruirse y se mata porque la sociedad religiosa de la cual forma parte ha perdido su cohesión. ¿El matrimonio preserva la vida? Dicho cuestionamiento lo resuelve planteando que no es el estado civil de la persona lo que lo aleja del suicidio sino la constitución de la familia, cuanto más poderosa es está constituida preservará mejor la vida, y visto desde esta conclusión se reafirma el que una familia con problemas en sus sistemas y su funcionamiento puede propiciar los síntomas depresivos y las ideas suicidas de los más jóvenes. El suicidio varía en razón inversa al grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo, es necesario que el individuo se desprende de la idea social, mientras más debilitados son los grupos a los que pertenece, menos depende de ellos, más se exalta a sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundadas. A éste estado se denomina egoísmo, en el que el yo individual se afirma con exceso frente al Yo social.

Suicidio altruista: a través de la historia el hombre se ha auto aniquilado no porque se arrogue al derecho de hacerlo, sino porque cree que es su deber, si falla a ese deber. Si desde la infancia existe un desapego claro hacia la vida y a despreciar a los que tienen un excesivo apego a ella, es inevitable deshacerse de ella con el más ligero pretexto.

Suicidio anómico: toda rotura del equilibrio, a pesar de poder resultar en un beneficio mayor a la larga, puede empujar a una muerte voluntaria, dicha

afirmación se contesta de la manera siguiente: un ser vivo no puede ser feliz y vivir más si sus necesidades no son cubiertas en relación con sus medios, las tendencias que no están satisfechas se atrofian y la tendencia a vivir se debilita al ser resultante de todas las otras que tienden a aflojarse, considero que esto se puede relacionar con la pirámide de Maslow y su teoría de las necesidades.

Las tres tipologías ofrecidas por el autor pueden darse de formas aisladas o mixtas. Siguiendo los lineamientos teóricos propuestos, en particular para el suicidio en los jóvenes, se puede considerar que se categorizan como un suicidio de tipo mixto ego-altruista, en el que la familia juega un papel fundamental como su sociedad integradora o desintegradora y altruista desde el punto de vista que puede existir un desapego a la vida inculcado desde pequeños con una melancolía atemperado por una cierta firmeza moral.

Actualmente se sabe que el suicidio es multifactorial, no se puede limitar su explicación únicamente a casuales sociales a pesar de que sea en esa sociedad donde se gestan y se dan las conductas suicidas y se debe analizar más allá de sus estadísticas numéricas, mismas que pueden carecer de un significado real al ser fácilmente cambiables y manipulables. Desde su teoría la depresión no tiene cabida como un elemento predisponente de la ideación suicida, a menos que se refiera a ella como un estadio de locura. Ahora bien, si los suicidios en poblaciones jóvenes no tienen una repercusión importante en el conteo estadístico desde el planteamiento de dicho autor serían minimizados y no sería necesario su análisis al no tener mayor relevancia su estudio.

En la actualidad, Schneidman parte de una perspectiva fenomenológica en la que reconoce que el suicidio estaría determinado por cuatro elementos básicos: la hostilidad que está provocada por estados emocionales negativos y tiene una tendencia autodestructiva que deriva a la perturbación, la constricción como las distorsiones de en las percepciones la valoración de la realidad y el cese. Plantea que existe una visión de túnel por la que pasan las personas derivadas de un dolor psicológico emocional, más que el buscar acabar con su propia

vida, la persona busca terminar ese dolor emocional que se vuelve insoportable y agota todas las opciones viables para ello. El suicidio es una reacción más que una decisión y plantea 10 características comunes presentes en todo individuo en riesgo suicida:

1. Existen necesidades psicológicas insatisfechas
2. Dolor psicológico insoportable
3. Está presente una ambivalencia
4. Existe desesperanza y desesperación
5. Hay una visión de túnel
6. Hay una consistencia de los estilos de vida
7. Cesar la conciencia
8. La acción del suicidio es escapar
9. Se da una comunicación de la intención suicida.
10. El suicidio se da buscando una solución

Al hablar de la conducta suicida en la infancia, se reconoce que el principal factor de riesgo se encuentra asociado con los factores familiares. La inmadurez cognitiva de los niños está asociada con estilos de interacción social, en los cuales se perciben a sí mismos en términos egocéntricos en relación con sus cuidadores: es decir, que tienen dificultades para diferenciar sus propias acciones y sentimientos de aquellos presentes en sus cuidadores, a ello se le ha denominado el “niño desgastado” (Pfeffer, 2000).

Las conductas y afectos experimentados al interior de las circunstancias familiares son a veces asumidos por los niños como si fueran sus propias acciones o pensamientos. También pueden responder al conflicto familiar de manera impulsiva, con una pobre capacidad para evaluar la realidad de las circunstancias y pueden ser incapaces de pensar en conductas adaptativas bajo circunstancias de estrés familiar. En particular, los niños suicidas tienen a considerar sus familias como menos cohesionadas, menos expresivas y más conflictivas en comparación con los no suicidas (Pfeffer, 2000).

La evidencia empírica sugiere que los estresores vitales crónicos y tempranos particularmente en el contexto familiar, están asociados con las conductas suicidas en niños. Eventos que lleven a la inestabilidad familiar, tales como los cambios de residencia, la muerte, la pérdida de seres queridos, la enfermedad de alguno de los cuidadores; pueden incrementar la probabilidad de conductas suicidas. También se ha sugerido que las diferentes psicopatologías que implican a los seres queridos o a los padres de los niños, se asocian a sus conductas suicidas.

En el estudio del suicidio infantil Leenaars (2004) menciona que no hay una conducta definitiva en los niños –o gente de cualquier edad, que sea totalmente predictiva del suicidio- puesto que el suicidio es un evento multidimensional. Sin embargo para la evaluación del riesgo suicida deben considerarse la “letalidad” del acto y el grado de “perturbación emocional” del sujeto.

El surgimiento de las conductas suicidas y pensamientos relacionados a ella no es un hecho aleatorio o automático, es el resultado de un proceso que varía de menor a mayor gravedad, implicando: ideación suicida, gestos suicidas, estilos de vida riesgosos, planes suicidas, tentativas suicidas y suicidio (Maris, 2002). A su vez Petersen, et. al. (1993) sugiere que existe un gradiente de gravedad que está implicado desde el ánimo deprimido, a través de la ideación, el intento de suicidio, hasta el suicidio. Para Van Heeringen, Hawton y Williams (citados por Chopin, Kerkhof y Arensman, 2004) el acto suicida es precedido por un proceso que puede iniciar con fugaces pensamientos suicidas, progresa a planes más concretos y luego a intentos de suicidio recurrentes y cada vez más peligrosos con el tiempo y finalmente el suicidio. En cada vía hacia el suicidio hay un umbral antes del cual el proceso suicida es inobservable.

De Wilde, Kienhorts y Diekstra (2002) reportan evidencia de patrones de desarrollo que secuencial y jerárquicamente vinculan la ideación suicida con la tentativa de suicidio y el suicidio, ya que los pensamientos generalmente

proceden al acto suicida, aunque puede darse la posibilidad de que en algunas personas la conducta suicida surgiera de modo no jerárquico.

La ideación suicida es la forma más común de conducta suicida y es a menudo el precursor más importante de más graves conductas suicidas posteriores (Konick y Gutierrez, 2005). Se identifica cuando una persona persistentemente piensa, planea o desea cometer suicidio, durante por lo menos dos semanas y haciendo un plan e identificando los medios necesarios para conseguirlo (Mingote, cols., 2004).

Para Beck (1993), la ideación suicida puede comprender desde la idea fugaz de la dificultad de vivir, hasta la idea suicida transitoria o prolongada, permanente e impulsiva, o planeada. Aunque el hecho de pensar en el suicidio no predispone necesariamente a realizar un acto suicida pero puede llegar a ser un predictor importante.

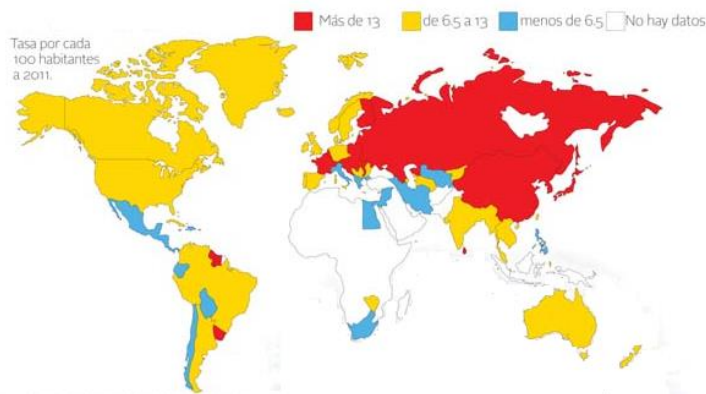
2.4 Epidemiología del Suicidio

El suicidio se considera un problema de salud pública a nivel mundial, en función de ello la Organización de las Naciones Unidas lo considera dentro de las muertes violentas con más de un millón de víctimas anuales. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas, en conjunto con la International Association for Suicide Prevention (IASP) , organización no gubernamental dedicada a la prevención del suicidio, señalaron que se ha dado un incremento de suicidios en los últimos 45 años del 60% a nivel mundial, con una tasa global de mortalidad de 16 suicidios por 100,000 habitantes, lo que se traduce en casi un millón de suicidios, o una muerte cada 40 segundos al año, esto ubica al suicidio como la tercera causa de muerte violenta, con una carga mundial de morbilidad del 1,4% a escala global. Por una persona que logra quitarse la vida, se registran alrededor de 10 a 20 intentos fallidos de suicidio, lo que representaría que alrededor de 20

personas por 100,000 habitantes presentan a su vez intentos de suicidio, lo que se traduce en lesiones, hospitalizaciones, traumas emocionales y mentales.

Actualmente la cifra se evalúa en 1 millón de suicidios pero las estimaciones de la OMS (2011) señalan que para el año 2020 las víctimas podrían duplicarse y ascender a 1.5 millones de suicidios. Los costos económicos de la conducta suicida para cualquier país en el mundo, son sustanciales, estimados en millones de dólares y se reflejan en la pérdida de capital humano potencial. Aunque no hay medida exacta de los costos económicos que pueden generar este tipo de muertes, algunos indicadores se traducen en gastos de inversión en asistencia sanitaria a nivel mundial, costo en tratamientos médicos de los intentos de suicidio, así como carga de cuidados y sufrimiento de las familias y amistades de los que quedan atrás de un suicidio (OMS, IASP 2007).

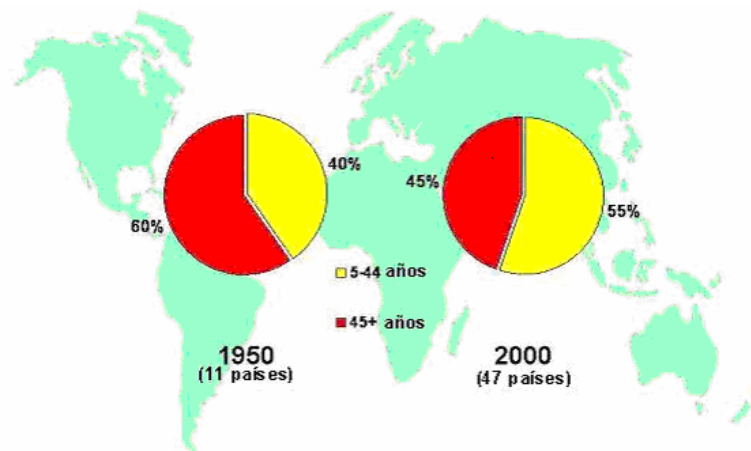
La OMS realiza un mapeo de los países con las tasas más altas de suicidio y como se muestra en el mapa siguiente, Europa del Este presenta las tasas más altas, mientras que las más bajas de suicidio se originan en América Latina, los países musulmanes y en pocos países asiáticos, por lo que respecta a los países africanos no se cuenta con mucha información (mapa 1).



Mapa 1. Tasa de suicidio a nivel mundial por 100,000 habitantes del año 2010.

Fuente: OMS 2010.

Aunque las tasas tienden a aumentar con la edad, los suicidios han ido presentándose a nivel mundial en edades cada vez más reducidas, llegando a encontrarse presente en poblaciones menores de 14 años. Anteriormente el mayor porcentaje de morbilidad por suicidio era del 60% y se encontraba en personas mayores de 45 años, mientras que el 40% restante representaba a los menores de 45 años, actualmente dichas cifras se han invertido (mapa 2).



Mapa 2. Cambios en la distribución de edad de los casos de suicidios ocurridos entre los años 1950 y 2000 a nivel mundial.

Fuente: OMS 2004.

A nivel nacional, los organismos encargados de censar los suicidios son el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Secretaría de Salud (SSA), seguidos por el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, la Procuraduría de Justicia y los Ministerios Públicos. Esto ha repercutido en cuanto a la estandarización y forma de recolecta de datos, al existir multiplicidad de fuentes de información se pudiera ocasionar cierta inconsistencia en los datos encontrados. El INEGI presenta estadísticas de suicidio dentro de las muertes violentas y los muestra en números totales o porcentajes dependiendo el año que se reporte. Mientras que la SSA incluye los suicidios dentro de las principales causas de mortalidad en general,

manejiéndolos bajo los parámetros de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como “lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidio)”, en los que se excluyen la ideación y la tentativa suicida (SSA, 2008).

México ocupó de 1998 a 2003 el séptimo lugar, entre los países latinoamericanos, en cuanto a suicidios consumados para población general (INEGI 2004). Para el lapso de tiempo de 1990 a 2010 el suicidio se duplicó al pasar de 2.3 a 4.5 por cada 100mil habitantes (INEGI 2011), mismo dato que es similar al reportado por el Instituto Nacional de Psiquiatría de 4 suicidios por cada 100mil habitantes en el 2008, aunque sigue siendo inferior a la tasa que la OMS reporta a nivel mundial. La estadística reportada INEGI y secretaría de Salud (2012) muestra que los suicidios se han ido incrementando paulatinamente desde 1970 hasta 2011 en población general que representa un incremento de 257% (tabla 1). El incremento acelerado en las estadísticas de suicidio se ha reportado en estudios de tendencias como por ejemplo el realizado por Levi, Lucchini, Nogri, Saxona, Maulik, cols., (2003), en el que refiere que para los períodos de 1980 a 1984 y 1995 a 1999 tuvo un descenso la mortalidad por suicidio en Japón, Canadá, Estados Unidos y varios países de Europa, en México para la población masculina se incrementó en 90.3% y 25% para la femenina.

Tabla 1. Estadística de suicidio a través de los años en México

Año	Suicidios consumados
1970	554
1994	2,603
2000	3, 475
2001	3, 811
2002	3, 871
2003	4, 089
2004	4, 117
2005	4, 306
2006	4, 267
2007	4,389
2008	4, 668
2009	5. 190
2010	5, 013
2011	5, 732

Fuente: Elaboración propia con datos de SSA e INEGI 2012

En el grupo de edades comprendidas de 5 a 14 años se considera como la cuarta causa de muerte violenta en las personas del sexo masculino, mientras que en el sexo femenino se considera la décima causa de muerte (INEGI, 2008).

En cuanto a la estadística por muertes autoinfligidas para el estado de Sonora, la SSA (2009) reporta que se ha presentado un ligero incremento de casos entre el año 2000 y el año 2008 para población en general (gráfica 3), misma que concuerda con el crecimiento presentado a nivel nacional. El año 2008, siendo el último año registrado en el INEGI, los suicidios para población de 10 a 14 años fueron 4 en el estado.

Tabla 2. Estadística de suicidios en Sonora.

Año	Suicidios
2000	131
2001	170
2002	160
2003	176
2004	151
2005	167
2006	139
2007	168
2008	190
2009	129
2010	170
2012	100

Fuente: Elaboración propia con datos INEGI

Las tasas de tentativas de suicidio superan a la tasa de mortalidad por suicidio en casi todos los países del mundo, siendo que no todos los que lo intentan lo logran. En números estimados el porcentaje de visitas a urgencias por un suicidio fallido varía del 0, 3% al 1% de todos los pacientes que se registran (Round D. y Hutzler, J. 1991). Las tasas de los intentos de suicidio se estiman 40 veces más de los suicidios consumados y se registran de 40, 000 a 60, 000 jóvenes menores de 24 años (Millet, B., Halfon O., Laget, J., Barrie M., 1994). En el caso del intento de suicidio no hay organismos en México que dispongan de información veraz ya que no es obligatorio reportarlo y mucho menos reportar ideación o planes de suicidio.

A nivel mundial y en México en particular, la mayoría de las personas que se suicidan son del sexo masculino, con una relación de 4.6 por cada mujer suicida para el 2008. Las edades con alta tasa de suicidios es entre los 15 y los 24 años para el sexo femenino y 25 a 34 años para el masculino. En edades superiores a los 65 años se estima una tasa de suicidios por 100mil habitantes

siendo el grupo de edad con mayor índice de suicidio, dicha incidencia pudiera derivarse de las características y la situación económica que vive gran parte de la población del país, al presentarse grandes desafíos en materia de salud y de calidad de vida en el proceso de envejecimiento de la población. En estas edades las diferencias de género son de 18 suicidios masculinos por 1 femenino (OMS 2007, WHO 2009, SSA 2010).

Las estadísticas presentadas anteriormente demuestran, por sí solas, la pertinencia e importancia de realizar estudios a fondo de los orígenes, causas y consecuencias de los suicidios en la población. Los números fríos no nos permiten conocer más allá de la complejidad del fenómeno y nos limita a conocer la causa-efecto del acto.

2.5 Medición y Aportes al Conocimiento Acerca de la Conducta Suicida en Niños

La mayoría de los estudios realizados para identificar las variables asociadas con la conducta suicida, se han realizado con población adolescente. En ellos se documentan como factores de riesgo: ansiedad, baja autoestima, depresión e impulsividad, para la presencia de la ideación, el intento y el suicidio consumado, así como el abuso de sustancias y conductas agresivas (González Forteza y Rodríguez, 1993, González- Forteza, C., Borges G, Gómez, C.C., Jimenez Ta., 1996, Jackson, et al., Weller, 2001, Campo, 2003, Huesca, 2006, Cubillas y et al., 2006, Carlson y Cantwell, 1982, Shaffer 1999, Miranda, I. Cubillas, M., Román, R. y valdez, E., 2009).

La delimitación de los factores capaces de determinar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas, ha sido una de las líneas de investigación que ha alcanzado mayor relieve en los últimos años. Dentro de los factores individuales se establece una relación entre los mediadores biológicos y la conducta suicida entre los que se encuentran los neurotransmisores,

encargados de la transmisión de señales de una neurona a otra a través de la sinapsis. Según Halayem S., Bouden, A., Othman S. (2009) y Tandt, H., Audenaert, K., y Van Heeringen, C. (2009) la función deficitaria de serotonina y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI), tiene como resultado trastornos mentales como la depresión que se relacionan con el suicidio.

Los medicamentos utilizados para estabilizar las alteraciones en la producción de serotonina, pudieran tener como efecto secundario la conducta suicida en los niños (Aichhorn, W., Fartacek, R. y Thun-Hohenstein, L., 2008). Dicha hipótesis fue evaluada por Smirth (2009), el cual concluye que el riesgo de conducta suicida es mayor en los antidepresivos de vida media, comparados con los antidepresivos de vida corta. Holtkamp, et al. (2008) también refiere el riesgo de conductas suicidas en niños y adolescentes, bajo tratamientos con SSRI y SNRI cuando se les trata para depresión, aunque es menor el riesgo cuando se manejan los mismos medicamentos para tratar desordenes obsesivos compulsivos o de ansiedad.

Se ha valorado si los medicamentos antidepresivos que regulan las alteraciones de los neurotransmisores, se asocian con conductas suicidas tanto en niños como en adolescentes, al existir controversias en cuanto a su uso actual. Bridge, y Axelson (2008), Drtílková, (2007) y Holtmann, M., Böttele, S., y Poustka, F. (2006), por ejemplo, evaluaron en particular la eficacia de la fluoxetina y el sertraline como tratamiento para la depresión, concluyendo que no existe riesgo de conductas suicidas bajo dichos medicamentos al ser usados en niños y adolescentes. Por otra parte Kaizar, E.E., Greenhouse, J., Seitman, H., y Kelleher, K., (2006) evaluaron, bajo el modelo jerárquico de Bayes, la asociación entre antidepresivos y el incremento de la conducta suicida, resumiendo que la evidencia causal de una relación entre antidepresivos y conducta suicida es baja.

Carpenter, et al. (2006) analizaron 1191 niños y adolescentes administrados con paroxetina (n=642) o con placebos(n=549), determinando que los incidentes de conductas suicidas eran mayores para el grupo con paroxetina que para el grupo de placebos. Dichos eventos ocurrieron en pacientes con depresiones mayores, sin embargo, a pesar de los resultados concluyen que es complejo identificar una sola causa para la presencia de conductas suicidas en pacientes infantiles. Goodman, W.K., Murphy T.K, y Lazoritz, M. (2006), Wohlfarth, T.D., Van Zwieten, B.J., Lekkerkerker, F.J., Gispen_De Wied, C.C., Ruis, J.R., y Elferink, A.J., (2006) realizan por separado estudios de revisión del uso de antidepresivos en niños y concluyen que se debe tener precaución en la administración de todos los SSRI y los NSRI, y monitorear a los pacientes de cerca para evitar cambios adversos en la conducta que puedan llevar a conductas suicidas.

Piana cols.(2009) evalúa el nivel sérico de colesterol en la sangre y su relación con la conducta suicida en 66 pacientes psiquiátricos con intento suicida y 54 pacientes sin intento suicida, con una edad de 8 a 18 años. Los autores determinan que los niños con conducta suicida, presentan niveles significativamente más bajos de colesterol en sangre en comparación del presentado en el grupo control. En otros estudios se han analizado diversas condiciones médicas que se puedan relacionar con la conducta suicida, como por ejemplo la hemofilia presentada en pacientes infantiles, que a su vez tienen depresión, ansiedad, con una muestra de 83 niños. Los resultados denotan que eran más los pacientes infantiles con ideación suicida que con intento suicida, por lo que concluyeron que se necesita dar apoyo psiquiátrico a los pacientes hemofílicos, que incida en la disminución de la conducta suicida (Ghanizadeh, y Baligh-Jahromi, 2009).

Los resultados de las investigaciones en las que se evalúa el uso de los antidepresivos como tratamiento primario para tratar la depresión y la conducta suicida, son ambivalentes al no poderse establecer una misma dirección. Las diversas investigaciones se contraponen al confirmar que existe una relación

directa entre el consumo de fármacos antidepresivos y la presencia de la conducta suicida. Pero por otro lado se descarta dicha relación al plantearse que se desconoce si la conducta suicida se encontraba ya presente en los niños antes de administrar el fármaco o si es consecuencia del cambio en la producción de serotonina. Sin embargo la mayoría de los estudios hacen énfasis en que los tratamientos para disminuir la depresión a base de fármacos son necesarios y consideran que los beneficios son mayores que el riesgo a presentar conductas suicidas en los niños.

Los estudios en los que se relacionan variables biomédicas con las conductas suicidas, en su mayoría van acompañados con otros trastornos de la personalidad, como depresión o ansiedad. Por lo mismo es difícil afirmar que la conducta suicida sea causada directamente por las complicaciones médicas o de salud que presentan los niños en momentos determinados. De hacerlo así, se estarían dejando de lado otros factores como la interacción del niño con su entorno.

La bipolaridad es uno de los trastornos psiquiátricos que se han asociado con el suicidio cuando se le aúna a otros trastornos de la personalidad como la psicosis o la depresión severa (Jolin, E.M., Weller, E.B., y Weller, R.A., 2007). Esposito-Smythers, C., Goldstein, T., Birmaher, B., Goldstein B., Hunt J., Tyan, N., y Axelson, D. (2010) aplicaron instrumentos de evaluación a 432 jóvenes con desorden bipolar y a sus padres, concluyendo que en pacientes bipolares es común que presenten conductas suicidas, depresiones severas, ansiedad de separación y conductas antisociales.

Al estudiar las conductas suicidas en niños y adolescentes con desórdenes psiquiátricos, se encontraron alteraciones psiquiátricas como la esquizofrenia, desórdenes afectivos, personalidad esquizoide, y personalidades psicopáticas, depresivas y neuróticas obsesivas (Kulikov, A.V. 2007). Conforme a lo investigado por Liu, X., Gentzler, A.L., Tepper, P., Kiss, E., Kothencné, V.O., y Tamás, Z. (2006), los sentimientos de “no servir para nada” en niños y en

adolescentes de una muestra de 553 sujetos, es uno de los factores más importante en el desarrollo de la conducta suicida, y a su vez se relaciona con un ánimo depresivo, agitación psicomotora, ansiedad mórbida de separación en niños con conducta suicida.

Los factores que se han estudiado en relación con la conducta suicida en niños desde un enfoque psicológico son: depresión, ansiedad, hiperactividad, desesperanza, y frustración de corta duración (Halayem, S., Bouden, A., Othman, S., y Halayem M.B., 2009, Ghanizadeh, and Baligh-Jahromi, 2009, Miranda cols. 2009, Resch, F., Parzer, P., y Brunner, R., 2008, Omigbodun, E. 2008, Gledhill, y Hodes, 2008, Petot, D., 2008, Apter, y King, 2006, Ialongo, N.S., Sourander, A., y Bergroth, L., 2004). Estos factores aunados a un clima hostil por parte de los padres se encontraron como un factor de riesgo para la conducta suicida en niños (Jackson, y Nuttal 2001).

Se han identificado además factores específicos como detonantes de la ideación suicida en niños. En una investigación realizada por Wyman P.A., Gaudieri, P.A., Schmeelk-Cone, K., Cross, W., Brown, C.H., y Sworts, L. (2009), en la que se determinó un 8.6% de ideación suicida en una muestra de 349 niños de 6 a 9 años de edad, mismos que describen el enojo, disforia, y conflictos interpersonales como detonantes y/o disparadores de los pensamientos suicidas. La agresión junto con la impulsividad y el abuso del alcohol, aunque tienen relación con el riesgo suicida, terminan puntuando como predictores menores si se les compara con la depresión en los niños (Renaud, J., Berlim, M.T., McGirr, A., Tousignant, M., y Turecki, G., 2008, Papolos, et al., 2005, Wu, P., Hoven, C.W., Liu, X., Cohen P., Fuller C.J., y Shaffer, D., 2004).

En diversos estudios se ha demostrado que al tratar la depresión en los niños, disminuye la desesperanza y la baja autoestima que coadyuvan a la presencia de la conducta suicida, disminuyéndola de manera significativa (Wagner, K.D., Rouleau, M., y Joiner, T., 2000). A su vez las experiencias traumáticas junto con

un alto síndrome de somatización, se relaciona directamente a la conducta suicida infantil (Hukkannen, 2003).

Tanto los estudios de mediadores psiquiátricos como los psicológicos aportan elementos importantes para el entendimiento de la conducta suicida, sin embargo son limitantes ya que aíslan al individuo de su entorno social, familiar, escolar, que a su vez, se les considera como factores de riesgo o de protección para las conductas autolesivas. Se analizan elementos por separados, sin identificar el origen de los trastornos mentales, o sus causas y sus repercusiones en el ámbito social del individuo, y se le estudia en su mayoría fuera de su contexto cotidiano.

Todo comportamiento humano se da en un contexto específico lo que significa considerar, no sólo el escenario donde se desarrolla, sino también el momento histórico y sus condicionantes sociales, políticos o económicos. Tal es el caso del comportamiento suicida en el que la relación con la escuela, la familia y los pares resulta relevante por su influencia particularmente durante la infancia.

En general se ha encontrado poca asociación entre los factores escolares y el suicidio. Por ejemplo, se ha analizado el fracaso escolar y su correlación con el suicidio, diferenciando que correlacionan de manera negativa, en un estudio realizado por Halayem (2009) con una muestra de 57 pacientes suicidas. Los factores que presentaron una alta correlación fueron aquellos relacionados con la familia.

En un estudio realizado en Sonora, se evidenció que el desempeño escolar no tiene impacto en cuanto a la presencia o ausencia de la conducta suicida en los niños. Al examinar una muestra representativa de niños de primaria, para la ciudad de Hermosillo, comparando niños con ideación suicida y sin ideación suicida, se consideró que el desempeño escolar, no era un factor importante en la presencia de dichos pensamientos suicidas al no reconocer una correlación significativa entre ambas variables (Miranda, cols.. 2008).

Farrel, M y Barnes, O. (1993) estudiaron el efecto de la relación entre el apoyo social, la cohesión familiar y la adaptabilidad, así como depresión, ansiedad, individualidad, autoestima, desadaptación y comunicación padres-hijo. Los autores concluyen que la familia con mayor cohesión presenta un mejor funcionamiento entre sus miembros, mayor comunicación padres-hijos, mayor consenso marital y mejores resultados conductuales en los niños. Además, cuando la cohesión familiar es evaluada a través de las percepciones del niño, se encuentran relaciones significativas con el desarrollo de la autoestima infantil. Así, cuando los niños perciben conflicto entre los padres o entre ellos y sus padres, se podría predecir una autoestima más baja que se establece como factor de riesgo para la conducta suicida (Cooper, 1983).

Otros factores de riesgo con un poder predictivo de que se presente un intento suicida del 84% identificados por Kjelsberger, E., Neegaard, E. y Dahl, A. (1994) son: la falta de apoyo familiar, el abuso verbal, las pérdidas considerables antes de los 2 años de edad en los niños, síntomas depresivos, actitud de rechazo a la ayuda, dificultades de aprendizaje y baja autoestima. Pelcovitz, cols.. (1999) a su vez, encontraron que al evaluar la relación entre el abuso físico y la conducta suicida en los jóvenes, la presencia del primero aumenta la probabilidad de que exista una exposición a más factores de riesgo ambientales que influyan en el acto suicida. Los autores destacan la falta de cohesión familiar, como factor de riesgo, predictivo de la ideación suicida y conductas relacionadas con el intento de suicidio.

Emerich (1988), durante años de investigación ha comprobado, a través de entrevistas familiares, la existencia de datos clínicos sobre el suicidio como un evento psicosocial y que la autodestrucción o el acto autodestructivo es necesario para que la familia mantenga sus patrones específicos de relación en la familia, como el presentar rigidez en sus roles. En un estudio realizado por Green (1995) con niños de 7 a 11 años, se reportó 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. En el mismo estudio también se encontró que el manejo familiar de los niños era caótico, al no existir control de la agresión debido a la poca relación entre los miembros de las familias.

La investigación de Kaila, M.y Tsambarli (1997) se basa en la afirmación de que el conflicto familiar es uno de los mayores causantes de patologías en los niños que conducen al comportamiento suicida. Una discordancia constante entre los progenitores trae para el niño, consecuencias peores que la ruptura total en la relación con uno de sus progenitores. El conflicto suele producirse entre los padres, pero es el niño el espectador involucrado que ve cómo se desintegra una relación entre dos personas que son, la guía de su relación afectiva.

Kazan (1998) realizó un estudio con niños y adolescentes en un rango de edad de 6 a 17 años, correlacionando las características familiares y el comportamiento de riesgo presente en esas edades al comparar una muestra de niños y adolescentes con conducta suicida con una muestra sin conductas no suicidas. El autor identificó que los niños con conductas suicidas perciben un menor orgullo familiar, mayor rigidez, y presentan fallas para adaptarse a los cambios de la vida. Manifiestan poca confianza hacia su familia y presentan un menor sentido de lealtad, al provenir de familias emocionalmente distantes. Las conflictivas familiares dificultan que el niño aprenda a enfrentar sus problemas, y por consiguiente tratar de terminar con su vida en un intento para salir de los problemas.

Estudios más recientes han encontrado que dentro de la familia, la gestación y la presencia de la conducta suicida tienen un peso significativo. El concepto de disfunción familiar está presente en un 96% de los 85 pacientes con intento suicida examinados, prevaleciendo en la población femenina, esto aunado a un 72% de depresión (Luna, P., Alfonso, T.C., Socarrás, N.C., y Arozarena, H.M., 2007). El apoyo social familiar y el tipo de comunicación intrafamiliar son factores determinantes para la presencia de la conducta suicida infantil. A su

vez la inestabilidad mental de algún familiar puede aumentar el riesgo (Nickel, P., Dalitz, E., Dalitz, E., Dermandt, C., Kless, W., Gühne, K., y Siekmeyes, W., 2003), así como una relación pobre con los cuidadores primarios (Pttinger, A.M. 2003).

Igualmente se ha analizado la relación de la violencia intrafamiliar con el suicidio, particularmente el maltrato infantil se ha correlacionado de manera positiva con la conducta suicida (Koutek, y cols., 2009, Páramo, D. and Chavez-Hernández 2007). Entre los maltratos encontrados de mayor frecuencia fueron los del tipo físico y el maltrato de tipo sexual fue el de menor frecuencia (Vajani, M., Annest, J.L., Corsby, A.E., Alexander, J.D., y Millet, L.M., 2007). El maltrato infantil puede producir depresión, estrés postraumático, baja autoestima, déficit de atención con hiperactividad y problemas de conducta como la delincuencia, la conducta sexual riesgosa y la drogodependencia (Shipman, K., y Taussing, H., 2009). La desesperanza resultante del maltrato infantil en mujeres se reporta como un factor de riesgo para la conducta suicida de acuerdo con la investigación de Meadow y Kaslow (2002), en la que se analizaron 176 mujeres con intentos suicidas y se compararon con 185 mujeres sin intentos.

González (2002 y 2007) en estudios con adolescentes encontró que la estructura de hogares fragmentados tiene impacto en la conducta suicida y el que sea el adolescente del sexo femenino puede aumentar la probabilidad de 1 a 3 de presentar ideación suicida. El autor concluye que la estructura familiar es un factor determinante de la conducta suicida. Otro estudio del mismo autor con estudiantes de secundaria reportó como perfiles de riesgo la presencia de conflictos cotidianos en la familia, prohibiciones para tener amigos o limitaciones para los novios, lo que conlleva a una baja autoestima del adolescente y a presentar conductas agresivas, de ahí que destaca la relevancia del apoyo social para éste grupo de población.

Leenaars (2004) refiere al suicidio como un evento multidimensional colocando a la familia como un sistema y el factor etiológico de mayor importancia. El autor

manifiesta que en ocasiones se presenta una pérdida de límites a través de las generaciones, originado por una separación insuficiente de los padres en cuanto a sus familias de origen. El sistema familiar se vuelve inflexible y cualquier cambio se ve como una amenaza a la sobrevivencia de la familia, entre ellos se encuentran los secretos, negaciones, pérdidas de comunicación que caracteriza la interacción familiar. Explica además que las relaciones simbióticas entre padres e hijos crea una situación perturbante que no provee soporte y protección emocional al hijo de manera normal durante su desarrollo.

Se ha evidenciado que la conducta previa al suicidio de una persona, está dentro de una normalidad, esta hipótesis se ha reforzado con el análisis de casos clínicos en pacientes con comportamientos suicidas. Los pacientes hablan de una realidad vinculada con un dolor psicológico como una experiencia primaria adquirida de una estructura familiar indiferente, insuficiente para la atención de las necesidades afectivas del infante (Chávez-Hernández y cols., 2003; Girdhar y cols., 2004; Ho et al., 1998; Darbonne, 1969; Shneidman, 1998; Leenaers, Lester 1997; Pfeffer, 1981).

Finalmente en el estado de Sonora en un trabajo pionero sobre el suicidio en estudiantes de educación media superior (Monge et al. 2006) se encontró, que los primeros intentos de suicidio fueron auto reportados a edades menores de los 12 años. Si bien en el mismo se aborda el tema de la familia, su objetivo principal era documentar la incidencia del problema en la población joven. Para documentar la conducta suicida en infantes reportada por esa investigación, se realizó un estudio descriptivo relacionando depresión, autoestima y ansiedad en población de 10 a 13 años en una muestra de 631 niños y niñas de la ciudad de Hermosillo Sonora. Los datos mostraron correlaciones positivas con la ideación suicida presente en un 29.6% de dicha población. En cuanto a la familia, la estructura familiar no se encontró que impactara de manera significativa para la presencia de ideación suicida pero sí para la dinámica familiar. Sin embargo el instrumento utilizado para profundizar en ese tema no fue lo suficientemente sensible para identificar elementos específicos de la dinámica familiar presente

o ausentes en las conductas suicidas de los niños y las niñas (Miranda y cols..2008).

En resumen, con respecto a la familia las diversas investigaciones no muestran cómo los factores identificados operan para dar lugar a la conducta suicida en los niños y las niñas. Mientras que en el caso del contexto escolar el rendimiento académico no parece tener impacto en los comportamientos suicidas, se ha puesto de manifiesto que el familiar sí juega un papel primordial. Particularmente se ha analizado la relación con los conflictos familiares, la cohesión de la familia, la disfunción familiar y todas éstas variables han correlacionado positivamente con conductas suicidas. Sin embargo, se desconoce cómo a partir de las diversas conflictivas familiares identificadas, se gesta la idea del suicidio. Esto es, asumiendo que este fuera un proceso, en qué momento diferentes situaciones de desencuentros entre los miembros de una familia, convergen para que en el niño o niña se construya la idea de acabar con su vida.

En la sociedad contemporánea los cambios de residencia son frecuentes, los estudios que documentan las consecuencias de dichos movimientos y su relación con las conductas suicidas en niños y adolescentes, establecen que los cambios frecuentes de hogar pudieran inducir estrés a los niños y por lo tanto, incrementar el riesgo de conductas suicidas en ellos (Qin, P., Mortensen, P.B., y Pedersen, C.C., 2009). La estigmatización, la exclusión social, y los desórdenes mentales incrementan el riesgo de intentos suicidas (Spirito, A., y Overholser, J., 2003). Igualmente se ha relacionado a los medios de comunicación masivas con la conducta suicida en tanto que proveen información acerca de los métodos suicidas utilizados por los niños entre los cuales destaca de manera particular el auto ahorcamiento. Los modelos ofrecidos por los medios, pueden tomarse como guías para nuevos casos de suicidios por imitación (Omigbodun, O.O., Adejumo, O.A., y Babalola O.O., 2008).

La revisión de las investigaciones previas hace destacar que la investigación en la conducta suicida en los niños si bien ha sido estudiada a nivel mundial, son pocos los estudios realizados en nuestro país y prácticamente nulos para el estado de Sonora. La mayoría de los trabajos se centran en estudios de tipo cuantitativo y relacionando factores médicos, psiquiátricos, ambientales contextuales y psicológicos, destacando los instrumentos de medición estandarizada, desafortunadamente la información obtenida continua aportando pocos elementos para el análisis integral del problema, particularmente el de la población infantil (Gunthard, 1999).

2.6 La Familia Como Determinante de la Conducta Suicida

La familia es uno de los pilares más relevantes en el desarrollo personal, cognitivo, emocional y socio-afectivo del niño. En este contexto el niño recibe retroalimentación acerca de sus conductas, actitudes, metas logros y fracasos, lo cual contribuye a la configuración de su autoconcepto y una valoración positiva y/o negativa de sí mismo (Mestre, 2001).

Investigaciones previas han dado mayor énfasis a los factores de riesgo asociados a la conducta suicida del niño. Ayyash-Abdo (2002) en su modelo ecológico propone diversos niveles de aproximación al estudio del suicidio en adolescentes, uno de ellos ha sido el nivel microsistema, que incluye, la escuela, los amigos y como mayor influencia la familia. Este autor refiere que entre los factores de riesgo que han sido identificados en los estudios de investigación en adolescentes con conductas suicidas ha sido la presencia de uno o más miembros suicidas en la familia, los cuales presentan un mayor riesgo para completar el suicidio que los adolescentes que no tienen esta historia familiar. Así mismo mantiene que situaciones de pérdida no solo son referidas a la pérdida por muerte sino también por alguien quien provee soporte emocional.

Para Bowen (1991) la familia es un sistema en la medida en que el cambio de una parte del sistema va seguido de un cambio compensatorio de otras partes del sistema. Este autor piensa a la familia como una variedad de sistemas y subsistemas. Bowen (1991: 24,29) dice que “la familia humana es un sistema que sigue las leyes de los sistemas naturales”. La familia es un sistema en la medida en que el cambio de una parte del sistema va seguido de un cambio compensatorio de otras partes de ese sistema. Se puede designar como un sistema social, cultural, de juego, de comunicación, biológico o de cualquier otro de distintas denominaciones”. Pero para el enfoque terapéutico, Bowen piensa a la familia como un sistema emocional y de relación. Se refiere al sistema emocional como: las fuerzas que motivan al sistema y como sistema relacional a las maneras como se expresan las emociones.

Una premisa básica de Bowen es que existen leyes que gobiernan el funcionamiento emocional del hombre y estas son tan ordenadas como las que gobiernan a otros sistemas naturales, y que la dificultad en comprender ese sistema, está dada más por razonamientos que niegan su existencia que por la complejidad del sistema.

Bowen describe varios conceptos en los cuales basa su teoría de la familia conceptualizada como sistema, los conceptos son:

1. Sistema relacional de la masa indiferenciada del yo de la familia, este es un concepto central en la teoría de Bowen (Haley, 1987:143-145) y lo define como “un conglomerado emocional singular que existe en todos los niveles de intensidad de la familia”. El acercamiento y alejamiento de los miembros del sistema familiar, es cíclico, en el que pueden observarse momentos de calma y de proximidad confortable y puede modificarse por momentos de ansiedad, agresividad e incomodidad por la incorporación del yo de uno por el yo del otro.

Las actitudes y las creencias de la gente sobre las relaciones, desempeñan un papel en los patrones, pero las fuerzas que los conducen son en gran parte del sistema emocional. Los problemas o síntomas clínicos se desarrollan

generalmente durante períodos de tensión aumentada y prolongada de la familia.

Este concepto engloba cuatro diferentes patrones básicos de la relación que gobiernan cuando los problemas se desarrollan en una familia. Para controlar la fusión del yo, los esposos pueden hacer uso de tres mecanismos:

a) *conflicto marital*; cuando la tensión aumenta y los esposos se encuentran más ansiosos, cada uno deposita su ansiedad en la relación marital. Cada uno se centra en ver lo que está mal en el otro, cada uno intenta controlar al otro y cada uno resiste los esfuerzos en el control.

b) *disfunción de un cónyuge*, ambos cónyuges se perciben como sí mismos capaces de ceder, pero sólo uno de ellos lo hace más a menudo, debido a que un esposo ejerce presión sobre el otro para pensar y para actuar de cierta manera.

c) *la transmisión de problema a uno o más de los hijos*; los cónyuges centran sus ansiedades en uno o más de sus hijos. Se preocupan excesivamente y tienen generalmente una opinión idealizada o negativa del niño. Este niño comúnmente es más reactivo que sus hermanos a las actitudes, a las necesidades y a las expectativas de los padres, el proceso socava la diferenciación del niño, de la familia y lo hace vulnerable, lo que aumenta la tensión y la ansiedad en él, esto puede deteriorar su funcionamiento en la escuela, relaciones sociales e incluso su salud.

d) *distancia emocional*: este patrón se asocia constantemente a los otros tres. Las personas que se distancian de las otras lo hacen para reducir la intensidad de la relación, pero corren el riesgo de aislarse.

2. El triángulo: “es el bloque básico de construcción de cualquier sistema emocional”, Bowen (Haley, 1987:144). Un triángulo es un sistema de relación de tres personas y se considera el sistema estable más pequeño de la relación, un triángulo es más estable que una díada y cualquier triángulo tiende a ser parte de una pauta sistémica mayor de triángulos entremezclados. Su principal

característica del triángulo es la conspiración de dos personas en contra de un tercero. la conducta de cualquier miembro de un triángulo es por lo tanto una función del comportamiento de los otros dos. En períodos de tranquilidad, dos componentes del triángulo forman una alianza emocional, mientras que el tercero , en su incómoda posición de “extraño” o “el otro” trata de conquistarse el favor de uno de ellos o de efectuar un rechazo que puede ser programado para conseguir el favor de alguno de los miembros que componen el triángulo. Un desarrollo saludable implica una diferenciación a tal grado que una persona pueda funcionar en forma independiente en cada relación y no verse involucrado en ciertas pautas de relación por la relación que mantenga una persona con otra.

Bowen incorpora los siguientes conceptos a su planteamiento teórico:

- a) Grado de diferenciación del yo de una persona: lo opuesto a diferenciación es el grado de indiferenciación o yo-fusión, establece una escala de diferenciación del yo, en la que, en un extremo ubica el yo familiar indiferenciado que denomina como el primer cuadrante, y las describe como: personas que dependen en gran medida de la aceptación y aprobación de otros de forma tal que ajustan su conducta, sentimientos y pensamientos para obtener aprobación, en el segundo cuadrante ubicaría a las personas con un yo pobremente definido, en el tercer cuadrante son aquellas con más altos niveles de diferenciación y en el cuarto cuadrante, las personas con principios claros y metas definidas, Esta escala de diferenciación del sí mismo va desde una madurez emocional completa o de mayor diferenciación que tiene valor de 100, a una escala de 0 que sería el nivel más bajo del “no sí mismo” o el grado más alto de “no diferenciación” o de “fusión del yo”. Las reacciones previsibles de la familia a la diferenciación son de tres tipos, según Bowen (1991:103). “Estás equivocado” o algo parecido; 2) “Vuelve atrás”, que puede ser comunicado de diversas formas; 3) “Si, no lo haces las consecuencias serán estas...”

- b) El proceso de la transmisión multigeneracional: describe cómo las diferencias pequeñas en los niveles de diferenciación del yo entre los padres y sus descendientes conduce sobre muchas generaciones a las diferencias marcadas en la diferenciación entre los miembros de una familia multigeneracional, es un modelo generacional que explica cómo se transmiten los distintos niveles de madurez o inmadurez de padres a hijos. Bowen afirma que en cada generación los padres proyectan en un único hijo su inmadurez, creando un mayor deterioro en un hijo de cada generación; por otro lado habrá u hijo que crece con relativa independencia del resto de la familia y alcanzar una mayor diferenciación.
- c) Proceso de proyección de la familia: describe la manera primaria que los padres transmiten sus problemas emocionales al niño. puede servir para disminuir el conflicto marital pero puede deteriorar el funcionamiento de uno o más niños y aumentar su vulnerabilidad a los síntomas clínicos. Las modalidades de este proceso están incluidas al concepto de transmisión multigeneracional, según el cual el conflicto entre los hijos se perpetuaría entre sus descendientes y la transmisión de distintos niveles de madurez de los padres a sus hijos. El proceso de la proyección sigue tres pasos:
- El padre centra fuera del niño el miedo que siente de que algo está mal o incorrecto con el niño.
 - El padre interpreta el comportamiento del niño como confirmación de su miedo.
 - El padre trata al niño como si algo estuviese mal en el niño.
- d) El nivel de la diferenciación del yo: puede afectar la duración de tiempo de vida, estabilidad conyugal, reproducción, salud, realizaciones educativas, éxito profesional u ocupacional. Este impacto de la diferenciación en el funcionamiento total de la vida explica la marcada variación que típicamente existe en la vida de los miembros de una familia multigeneracional. La gente altamente diferenciada tiene familias nucleares inusualmente estables.

e) Posición de los hermanos: la teoría de Bowen incorpora la investigación del psicólogo Walter Toman. Bowen (1987) (1991) como fundador del concepto de la posición de los hermanos, observando el impacto de la posición de los hermanos respecto al desarrollo y al comportamiento en su investigación de la familia. La idea básica es que la gente que crece en la misma posición de hermanos tiene características comunes importantes. La gente en la misma posición de hermano, exhibe diferencias marcadas en el funcionamiento. El concepto de la diferenciación familiar puede explicar algunas de las diferencias. Por ejemplo, más que ser una posición cómoda con responsabilidad y liderazgo, un hermano mayor que se enfoca ansiosamente puede crecer marcadamente indeciso y altamente reactivo a las expectativas. Por lo tanto, su hermano más joven puede hacer un "hermano mayor funcional," rellenando un vacío en el sistema de la familia. Él es el niño cronológicamente más joven, pero desarrolla más características de un niño más viejo que su hermano más grande. Un hermano menor que se enfoca ansiosamente puede hacer una persona inusualmente desamparada y exigente. En contraste, dos niños, hermanos menores maduros pueden cooperar extremadamente bien, con eficacia en una unión y estar en muy bajo riesgo para de divorcio.

Los niños medios exhiben las características funcionales de las dos posiciones de los hermano. Las posiciones de hermanos de los padres de una persona son también importantes de considerar. Un hijo mayor cuyos padres son ambos hijos menores, encuentran un diverso sistema de expectativas parentales, más que un hijo mayor cuyos padres sean a su vez hermanos mayores.

2.6.1. Modernidades de la Familia y Familia en Crisis

La familia ha ido evolucionando y transformándose con el paso de los años, en un primer momento la llamada familia tradicional sirve principalmente para asegurar la transmisión de un patrimonio, la célula familiar se apoya en un

orden del mundo inmutable y sometido a una autoridad patriarcal. En un segundo momento la nombrada familia moderna se vuelve el receptáculo de la lógica afectiva y se impone a finales del siglo XVIII y mediados del siglo XX, valoriza la división del trabajo entre los cónyuges y hace del hijo un sujeto cuya educación se encuentra sujeta al estado. Finalmente a partir de la década de 1960 se impone la familia contemporánea o posmoderna en la que se une por un período de extensión relativa a dos individuos en busca de relaciones íntimas (Roudinesco 2002).

Con los progresos ocurridos en las ciencias médicas y el aumento de la esperanza de vida junto con el tiempo reproductivo de las personas, trae de forma conjunta cambios en las familias mexicanas, entre ellos el aumento del tiempo de vida común de la pareja, el aumento de la posibilidad de que los hijos efectúen estudios más prolongados y el hecho de que las generaciones sucesivas se traslapen durante más tiempo, es decir, que nietos y abuelos pueden convivir durante más años. (Valdés). También ha disminuido la mortalidad infantil y quizá el descubrimiento médico que ha tenido consecuencias más profundas en la vida de la familia, lo constituye el surgimiento y perfeccionamiento de los métodos anticonceptivos que otorgan a la mujer la posibilidad de planificar el número de hijos y el momento de su nacimiento.

La transición demográfica hablando particularmente del descenso de la fecundidad que es mayor en las zonas urbanas que en las rurales, ha impactado en el tamaño de la familia, reduciendo el número de hijos, aumentando el esparcimiento entre ellos, lo que significa un descenso en el trabajo reproductivo, doméstico y de socialización por parte de las mujeres, dando un aumento de posibilidades laborales y autónomas. A su vez se aumenta la calidad de vida de los hijos desde un nivel nutricional, salud y socialización dando un nivel menor de pobreza en los hogares (Arriagada, 2002).

Los cambios en los papeles de género también han ocasionado que la familia tradicional mexicana haya dejado de ser considerada como funcional, en el modelo tradicional el elemento central (Ramirez 1994), era un exceso de madre y una ausencia del padre, caracterizada por una división estricta de los roles en los que se podían observar una madre abnegada y sufrida en estrecha relación con los hijos cuyo único propósito en la vida era la maternidad. La relación de los hijos con el padre ausente, cuyo mundo estaba situado en el trabajo, era casi inexistente. Durante muchos años esta estructura familiar fue considerada como natural, pero hoy ha ido desapareciendo ya que los cambios sociales y culturales acaecidos durante la segunda guerra mundial demandan una estructura familiar que descansa sobre la base de una flexible y adecuada distribución de roles y autoridad dentro de los matrimonios.

Hellinger (2001) plantea que en el entramado familiar se encuentran las explicaciones a síntomas, accidentes, muertes, suicidio. Apoyado en un enfoque sistémico de la familia, postula que la familia a través de diferentes generaciones sigue un destino que tiene que cumplir basado en un equilibrio entre dar y tomar.

“Enfermedades graves, accidentes o suicidios, en el seno de la familia o de la red familiar, son desencadenados por procesos que se entrelazan con imágenes del cielo de sufrimiento y expiación, en lugar de otras personas, de un reencuentro después de la muerte y de inmortalidad personal” (Hellinger, 2001).

En las familias existen leyes básicas, siendo una de ellas que quienes llegan primero en el tiempo mantienen un rango específico en relación con los que llegan después, por lo tanto es importante conceder los mismos derechos y la misma dignidad a cada uno de los miembros que integra esa comunidad. Hellinger plantea que el orden del amor queda preservado si cada uno conserva el lugar que le corresponde dentro del sistema. Y la tendencia del sistema es buscar un equilibrio. Por este vínculo los aventajados pretenden asemejarse a los que sufren las desventajas. Así los hijos sanos quieren parecerse a sus padres enfermos y los pequeños inocentes a los grandes culpables. Por este

vínculo los sanos se sienten responsables de los enfermos, los inocentes de los culpables, los felices de los desdichados y los vivos de los muertos.

Del vínculo y del amor, en la comunidad de la familia y de la red familiar, nace la necesidad imperiosa de llegar a un equilibrio. En el seno de esta comunidad tan estrechamente unida por el destino, el vínculo y la necesidad de compensación llevan a la participación y a la imitación de la culpa y la enfermedad de otros, de su destino y de su muerte. Así mismo, se intenta pagar la salvación de otros con la desgracia propia, la curación de otros con la propia enfermedad, la inocencia de otros con la culpa o la expiación propia, y la vida de otros con la propia muerte.

Si un padre desea evitar el sufrimiento a sus hijos o a uno de sus hijos, el o los hijos intentarán evitar ese deseo en el padre con la frase “mejor que sea yo que tú”. Por parte de los padres frecuentemente se haya otra frase que ellos pronuncian como hijos hacia sus propios padres o hermanos, cuando estos murieron pronto o estuvieron seriamente enfermos o disminuidos, la frase es “te sigo”, es, concretamente “te sigo a tu enfermedad” o “te sigo a tu muerte”.

Otra dinámica que conduce a enfermedad, al suicidio, a accidentes y/o la muerte, es el deseo de expiar una culpa. A veces se concibe como culpa lo que sobrevino de forma imprevista o lo que sustrajo a toda influencia humana por ejemplo, un aborto, o la enfermedad, la disminución o la muerte temprana de un hijo. Cuando el destino de una persona encierra incidentes que a otros les causaron daño, mientras que para él resultaron ser ventajosos o incluso les debe su salvación o su vida, estos hechos pueden vivirse como una culpa, si la madre de un niño muere en el parto, un hijo cuya madre murió al darle la vida a él, siempre se sentirá en deuda con ella, ya que ella pagó su vida con su propia muerte, si el hijo lo expía haciéndose sufrir a tomar su vida aunque sea el precio de la vida de su madre, o si en expiación incluso se suicida, la desgracia resulta doblemente grave para la madre.

Entre los movimientos relacionales para explicar las tendencias hacia la muerte o a ciertas enfermedades propuestas por Hellinger (2002), Chávez de Sánchez (2005) agrega otros entre los cuales se destacan en la conducta suicida de los niños:

- 1) Reunión: “yo te sigo”, la muerte de una persona con la que se tenía un vínculo significativo, se da el deseo de reunirse con ella, ello puede despertar en el niño el deseo de morir para unirse mágicamente con dicha persona.
- 2) Sustitución: “mejor yo que tú”, el niño lleva a cabo los deseos de muerte de uno de sus padres aunque se encuentre desplazado en el tiempo.
- 3) Reemplazo: “yo ocupo su lugar”, el hijo nuevo sustituye el lugar del hijo mortinato o muerto a temprana edad que causó mucho dolor dentro de la familia. Ello lo lleva a causarle confusión al no saber si está vivo o muerto, le provoca deseos de muerte, de culpa por vivir y ocupar su lugar.
- 4) Expiación: “yo lo pago”, cuando una falta considerada severa origina el deseo de pagar con su vida el daño ya sea figurado, o real, propio o de otro.
- 5) Sacrificio: “yo me ofrezco”, se ofrece en aras del bienestar de un ser querido o del grupo familiar, a pesar de poner en riesgo su propia vida, pensando que con ello pudiera depender la supervivencia o cohesión del grupo.

2.6.2 Funciones y Dinámicas de la Familia

Dentro del grupo familiar se produce una serie de interacciones sociales que van a ser interiorizadas y por lo tanto van a influir de manera decisiva en el curso de su desarrollo (Arranz y Olabarrieta, 1998). En este grupo es donde el individuo obtiene su mayor fuente de afectos y donde puede desarrollar relaciones verdaderamente íntimas. Dentro de su contexto se originan situaciones e interacciones que influyen en el desarrollo de la autoestima y la identidad personal de todos sus integrantes. Así como generar condiciones que

permiten al individuo aprender tanto a asumir responsabilidades como a solucionar problemas. La familia se constituye entonces en una importante red de apoyo social para las diversas transiciones vitales que han de realizar durante su vida, y para las crisis impredecibles que se presentan a lo largo de la vida.

Rodrigo y Palacios (1998) determinan que la familia cumple cuatro funciones esenciales con respecto a los hijos:

1. Asegurar su supervivencia y sano crecimiento físico
2. Brindarles un clima de afecto y apoyo sin los cuales el desarrollo psicológico sano no resulta posible ya que el clima de afecto implica el establecimiento de relaciones de apego que permiten un sentimiento de relación privilegiada y de compromiso emocional.
3. Facilitar a los hijos una estimulación que haga de ellos seres con capacidad para relacionarse de manera competente con su entorno físico y social, y de responder a las demandas y exigencias planteadas por los mismos.
4. Tomar decisiones respecto a la interacción con otros contextos educativos y sociales que van a compartir con la familia la tarea de educación de los hijos.

Todas las familias presentan cierta estructura familiar, definida como el conjunto de pautas funcionales conscientes o inconscientes que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Las transacciones repetidas establecen regularidades acerca de qué manera y con quién relacionarse. Todas las familias deben tener alguna estructura y posibilidades para modificar la misma como una forma de enfrentar las distintas situaciones vitales.

Se puede apreciar la funcionalidad de una familia cuando es capaz de moverse hacia la permanencia o el cambio dependiendo de lo que le sea útil para su adaptación. Se hace más competente para manejar transiciones predecibles o impredecibles cuando posee pautas alternativas que pueda movilizar de manera rápida y le permita una reestructuración que responda a las demandas.

Dichos cambios se conocen como de primer orden y comprenden todas las fluctuaciones de la conducta que son permitidas dentro de un sistema sin poner en crisis su estructura. De segundo orden se aplican a cualquier situación en la que el comportamiento habitual ya no es utilizable por acontecimientos ocurridos en el exterior o dentro del mismo sistema, se cambia la estructura al cambiar las pautas de poder entre sus integrantes volviéndose más simétrico.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1. Ubicación Geográfica del Estudio

El municipio de Hermosillo es capital del estado de Sonora ubicada en el centro geográfico de la entidad se extiende hasta el litoral. Colinda al norte a 270 kilómetros de la frontera con Estados Unidos.

3.2. Participantes y Tipo de Muestreo

Se tomó como población participante a estudiantes que cursaran el quinto y sexto grado de primarias públicas estatales y federales que pertenecieran a la ciudad de Hermosillo, Sonora. Para determinar la muestra se solicitó a la Secretaría de Educación y Cultura la información de la cantidad de alumnos inscritos en el ciclo escolar 2011-2012.

Con la información proporcionada se determinó la muestra calculando el tamaño de la población por la desviación estándar (0.5) y el criterio de confianza dividido entre el tamaño de la población menos 1 multiplicado por el límite de error muestral más la desviación estándar.

Utilizando únicamente la población total de 26950 alumnos de quinto y sexto grado de primaria, calculando un margen de error de 5% y un nivel de confianza

de 95%, mediante una muestra probabilística aleatoria simple, la población estimada a evaluar fue de 378 niños¹.

Al realizar la aplicación de los cuestionarios se manejaron grupos completos para no hacer distinciones, por lo que el número final de muestra manejada fue de 566. La estimación de las escuelas a evaluar fue por medio de un análisis de conglomerado relacionando las escuelas con los alumnos y el resultado fue de 20 escuelas elegidas de manera aleatoria.

Se consideraron como criterios de inclusión que fueran alumnos quinto y sexto grado de turno matutino y/o vespertino de escuela pública, con una edad de 10 a 13 años que es la edad que se considera para cursar dichos grados y que fueran tanto del sexo masculino como del femenino.

3.2. Selección y Descripción de las Medidas Empleadas

El instrumento se conformó con varias escalas de medición autoaplicables, con un total de 125 ítems, los primeros de ellos abarcaban los datos sociodemográficos, acerca de su edad, escolaridad actual, género y datos familiares. El resto de los ítems son cuatro escalas psicométricas que se describen a continuación.

¹ Basado en los artículos de la Ley General de Salud en México vigentes que aplican las consideraciones éticas para la investigación en seres humanos y en lo estipulado por el artículo 34 en el apartado menores de edad, se solicitó la autorización pertinente al Comité de Ética del Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A.C. para evaluar y autorizar el proyecto a llevarse a cabo. Véase anexo.

3.3.1. Children Depression Inventory CDI

El instrumento de medición surge a partir de la necesidad de crear un instrumento específico para medir la depresión infantil. Se confecciona de la escala de Beck Depression Inventory de Beck, Rush; Emery y Shaw (1983). La primera versión oficial fue creada por Kovacs y Beck en 1977 y desde entonces la prueba no sufre muchas variaciones, constituyéndose en el primer instrumento de depresión fundamentado en un marco teórico cognitivo.

El inventario CDI ha sido diseñado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. Es una prueba fácil de leer u comprender creada para un nivel muy básico de escolaridad por lo que se puede aplicar desde los 7 años.

La versión utilizada en español presenta 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran en distintas intensidades o frecuencias, la presencia de sintomatología depresiva en el niño o el adolescente. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener datos acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: disforia y autoestima negativa (Kovacs, 2004). La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad.

Su consistencia interna indica en su mayoría que es fiable tanto en muestras clínicas como normales, los resultados obtenidos en su mayoría presentan un Alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.94 lo que significa que entre el 70 y el 94% de los puntajes observados son atribuibles a un puntaje verdadero (Kovacs 2004).

En cuanto a validez de constructo evaluado a través de análisis factorial, las primeras versiones del CDI sólo contenían una única escala para población

normal. Los estudios factoriales iniciales sugieren que el instrumento actúa de dos maneras: en muestras grandes de niños normales se presenta como una escala unidimensional, mientras que en las muestras clínicas se presenta como una escala multidimensional. En la versión española el análisis factorial exploratorio encontró una $KMO=0.878$ y una Chi cuadrada = 27945.936; $gl=351$ $p= 0.001$, que demuestra la pertinencia del análisis factorial, se encontraron dos factores con una varianza explicada del 17.4% y 6.38% con 15 ítems el primero para disforia y 11 el segundo para baja autoestima e ineficacia.

3.3.2 Clima Social Familiar FES

La escala del Clima Familiar fue elaborada por Moos, y Trickett (1984). La escala enfatiza la medición y descripción de las relaciones interpersonales dentro de la familia y su organización estructural de la misma. Se compone de 90 reactivos de falso o verdadero, divididos en tres dimensiones principales y que a su vez se subdividen en diferentes áreas:

- Relaciones: mide el grado de comunicación y libre expresión al interior de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza, integrada por las siguientes áreas:
- Cohesión: Mide el grado en el que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.
- Expresividad : Explora el grado en el que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
- Conflictos: Grado en el que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Desarrollo: evalúa la importancia que tiene dentro de la familia, ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Esta dimensión está integrada por las siguientes áreas:

- Autonomía: Grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.
- Actuación: Grado en el que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la acción-competencia.
- Intelectual-cultural: Grado de interés en las actividades de tipo Político, Intelectual, Cultural y Social
- Moralidad-religiosidad: Importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

Estabilidad: proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros, integrada por las áreas:

- Organización: Importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- Control: Grado en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

3.3.3. Evaluación del Sistema Familiar CESF

La escala original fue elaborada por Olson y Wilson (1982) y traducida al español por Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001), mide el grado de vinculación afectiva y flexibilidad que existe en la familia. Consta de 20 reactivos en escala likert con opciones de casi nunca a casi siempre. Diez reactivos evalúan la vinculación afectiva intrafamiliar y los demás la flexibilidad.

En cuanto a sus propiedades psicométricas presenta una alpha para la escala global de .83 mientras que para la parte de vinculación de .81 y para flexibilidad .65. Discrimina entre sexo en el sentido de que los hombres perciben niveles más bajos de funcionamiento familiar comparado con las mujeres.

3.3.4. Escala de Estilos Comunicativos Familiares ECF

La escala está basada en el Inventario de Estilos Comunicativos de la Pareja de Sánchez y Díaz-Loving (2003). Consta de 20 adjetivos bipolares con cinco niveles de respuesta que van desde muy cariñoso a nada cariñoso, se divide en la comunicación dos partes en la que la primera evalúa la comunicación entre hijos y madre y la segunda la comunicación entre hijos y padre, desde el punto de vista de los hijos. La apertura en la comunicación tiene que ver con la presencia en la díada padre-hijo/a de una comunicación positiva, basada en la libertad, el libre flujo de información, la comprensión y la satisfacción experimentada en la interacción. Los problemas de comunicación, por su parte, tienen que ver con la comunicación poco eficaz, excesivamente crítica o negativa en la díada. Así, se centra en aspectos como la resistencia a compartir información y afecto o estilos negativos de interacción. Se tomó la escala modificada y adaptada por Pérez y Aguilar (2009) para población adolescente.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, las presentadas por Pérez y Aguilar (2009) presentan un adecuado coeficiente de consistencia interna con un alpha de .87 para padre y .86 para madre. Los hombres perciben una comunicación más fluida con el padre y tienen menos dificultades de comunicación con ambos padres. La comunicación con la madre no es diferente en ambos sexos.

3.4. Procedimiento

Previo a la aplicación de los instrumentos, se realizó un pilotaje con una escuela primaria de educación pública, se aplicaron los instrumentos anteriormente determinados a un grupo de quinto y uno de sexto de una escuela de nivel socioeconómico bajo, con la finalidad de depurar y comprobar el contenido de los mismos. Posteriormente se realizaron los análisis correspondientes para realizar correcciones y adecuaciones pertinentes al instrumento final y posteriormente aplicar ya a la población determinada.

Con la autorización previa de las autoridades escolares (SEC) se acudió a 20 escuelas seleccionadas de manera aleatoria, mismas que se distribuyeron por toda la ciudad de Hermosillo, se solicitó un salón de quinto o de sexto por primaria visitada y se les aplicó la evaluación. El tiempo de duración fue de 40 a 60 minutos dependiendo de los alumnos y su nivel de lectura y comprensión.

3.4.1. Prueba Piloto de las Escalas

Una vez construidas, adaptadas y presentadas en formato, cada una de las escalas se acudió a una escuela primaria pública con el objetivo de asegurar que el lenguaje utilizado, las instrucciones y el formato fueran claros y adecuados para su objetivo. Se aplicó a un grupo de 5to y uno de 6to en dos sesiones con una duración de 1hr 15 min en la primera y 1hr en la segunda tomando en cuenta hasta que concluyera el último alumno. La edad mínima de los participantes fue de 9 años y la máxima de 13 años con una media de 10.62 años. La población total fue de 53 niños para ambos grupos, 29 para 5to y 24 para 6to, de los cuales 22 fueron niñas y 31 niños.

3.4.2. Ajuste y Aplicación Final a la Población

Una vez realizada la prueba piloto de los instrumentos se procedió a su corrección y una nueva adaptación. Se modificó el vocabulario para adecuarlo al contexto de la población determinada, basado en los resultados estadísticos de los instrumentos y juicio de expertos, se acortó de 187 a 125 reactivos manteniendo las mismas escalas de medición.

3.5. Secuencia de Análisis Estadístico

Para estar en condiciones de realizar los análisis estadísticos planteados, se efectuaron inicialmente tareas de codificación, diseño de las estructuras de la base, pegado de bases, captura y sustitución de valores perdidos o missing value. Se siguieron los procedimientos estadísticos usuales y sugeridos por constructo (Nunnally y Bernstein, 1995). Para el análisis de datos se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS) en su versión 15.0 (por sus siglas en inglés):

1. Alfa de Cronbach con el propósito de obtener el índice de confiabilidad total para cada una de las escalas.
2. Análisis factorial de tipo exploratorio (AFE) por el método de componentes principales y rotación varimax, seleccionando solamente aquellos reactivos con una carga factorial ≥ 0.40 .
3. Alfa de Cronbach por factor, para obtener la confiabilidad total y por factor de cada una de las escalas.
4. Análisis de correlación producto-momento de Pearson (r) con el propósito de verificar la ortogonalidad de cada uno de los constructos.
5. Análisis de varianza de una vía (ONEWAY) con efectos fijos para identificar la variabilidad inter e intragrupos, según variables de selección.
6. Análisis factorial confirmatorio (AFC) para determinar las dimensiones estructurales, así como las propiedades de validez convergente y divergente

de los constructos (Kline, 2005), con lo cual se pone a prueba el modelo integrador explicativo familiar de la ideación suicida, verificándose la formación de los constructos y la relación entre ellos.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

4.1 Características Generales de la Población

La edad promedio de los niños que participaron fue de 10.65 años con una máxima de 13 años y una mínima de 9 años, 76.8% de ellos asistían a turno matutino y 23.3% a turno vespertino. En cuestiones de género los evaluados se dividieron en 52.1% niñas y 47.9% niños distribuidos en 50.6% para los que cursaban sexto grado y 49.4% para los que cursaban 5to grado (tabla 3).

Tabla 3. Variables atributivas de la población

	Frecuencia	Porcentaje	D.E.
Turno		%	.422
Matutino	428	76.8	
Vespertino	129	23.2	
Grado			.500
5to	282	50.6	
6to	275	49.2	
Sexo			.500
Femenino	290	52.1	
Masculino	267	47.9	
Total	557		

La constitución de la familia se distribuye en diferentes tipologías previamente clasificadas: nuclear en la que se consideraba padre y madre e hijos, mono parental cuando se encuentra ya sea sólo la madre o el padre presente, compuesta en la que viven más familiares, reconstruida formada por segundas

nupcias y extensa cuando viven abuelos, tíos y varios familiares con ellos (tabla 4).

Tabla 4. Conformación de las familias

	Frecuencia	Porcentaje %	D.E.
Familia			.750
Nuclear	340	61.0	
Mono parental	59	10.6	
Compuesta	35	6.3	
Reconstruida	29	5.2	
Extensa	94	16.9	
Total	557		

4.2 Análisis Factorial Exploratorio de las Medias

4.2.1. Validez por Constructo y Correlación de la Escala de Depresión

Basados en los resultados obtenidos para la escala de depresión (CDI) se observa el índice KMO con un valor de .856 (media de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin), cuyo criterio es mayor al .5 indicando un rango adecuado para llevar a cabo el análisis factorial. El índice de Esfericidad de Bartlett's resulta significativo con un valor de 2648.947 que comprueba su significancia. Una vez verificados los supuestos se admite la existencia de factores comunes (tabla 5).

Tabla 5. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la dimensión depresión del Children Depression Inventory

Medida de adecuación de muestreo (KMO)	.856	
Índice de Esfericidad de Bartlett	Chi ²	2648.947
	GI	351
	Sig.	.000

Varianza explicada: 35.962%

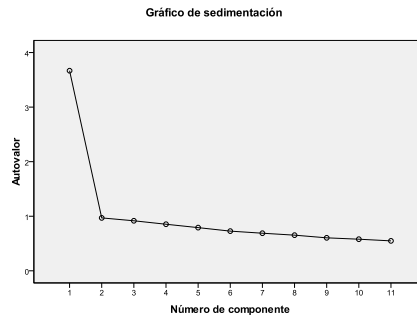
Alfa de Cronbach: .821

Por medio del análisis factorial se determinaron 4 componentes que tienen valores Eigen superiores a 1, y juntos explican el 31.325% de la varianza (tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje de la varianza total explicada

Componente	Varianza total explicada					
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	
1	5.452	20.194	20.194	5.452	20.194	
2	1.622	6.006	26.200	1.622	6.006	
3	1.384	5.124	31.325	1.384	5.124	
4	1.252	4.637	35.962			
5	1.172	4.343	40.304			
6	1.073	3.976	44.304			
7	1.043	3.863	48.143			

Por medio del gráfico de saturación se decidieron también los 4 factores a pesar de que el quiebre se presente en el segundo factor (gráfica 1).



Gráfica 1 Gráfico de sedimentación

Una vez obtenidos los componentes se evaluó su peso factorial de cada reactivo, la media y la desviación estándar. El primer componente o factor se denominó Inefectividad y se formó con 7 reactivos de los cuales se puede observar que la media más alta se encuentra en el reactivo 02 seguido del reactivo 13. Mientras que la más baja fue para el reactivo 03. Presentó un alpha de .655 y su varianza explicada fue de 20.194% (tabla 7).

Tabla 7. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión ineffectividad

Peso factorial. Inefectividad				
Componente 1				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>%</i> <i>Apoyo</i>
03. Haces bien la mayoría de las cosas Haces mal muchas cosas Todo lo haces mal	.576	.13	.367	
08. Todas las cosas malas son tu culpa Muchas cosas malas son tu culpa Casi siempre las cosas malas no son tu culpa	.545	.25	.559	
13. Todas las cosas malas son tu culpa No sabes lo que quieres hacer Fácilmente sabes lo que quieres hacer	.541	.58	.749	
23. 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	.530	.34	.570	
16. Todas las noches tienes problemas para dormir Muchas noches tienes problemas para dormir Duermes bien	.497	.37	.660	
15. 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	.490	.57	.794	
02. Nada te sale bien No estás seguro de que las cosas te saldrán bien Las cosas te salen bien	.474	.63	.543	
$\alpha = .655$ Varianza explicada= 20.194%				

El segundo componente se denominó Animo Negativo y se forma de 9 reactivos de los cuales el que presenta la media más alta es el reactivo 24 y la más baja el reactivo 07. Su varianza explicada es de 6.006% y presenta un alfa de .720 (tabla 8).

Tabla 8. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión ánimo negativo

Peso Factorial. Animo negativo

Componente 2

<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
22. Tienes muchos amigos/amigas Tienes algunos amigos/as pero quisieras tener más No tienes ningún amigo	.696	.29	.507	
21. 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	.638	.42	.622	
26. Realmente nadie te quiere No estás seguro/a si nadie te quiere Estas seguro/a de que alguien te quiere	.533	.23	.517	
07. Odias como eres No te gusta como eres Te gusta como eres	.456	.17	.465	
14. Te ves bien Hay algunas cosas de tu apariencia que no te gustan Eres feo/a	.455	.45	.560	
20. No te sientes solo/a Muchas veces te sientes solo/a Te sientes solo/a todo el tiempo	.432	.37	.660	
24. 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	.430	.82	.739	

04. Te diviertes con muchas cosas	.356	.41	.521
Te diviertes con algunas cosas			
Nada es divertido			
18. La mayoría de los días no tienes ganas de comer	.317	.37	.660
Muchos días no tienes ganas de comer			
Comes muy bien			
α= .720 Varianza explicada = 6.006			

Para el tercer componente nombrado Anhedonia se obtuvo una varianza explicada del 5.124% y un alpha de .653. Se formó con 4 reactivos de los cuales la media más alta se ve reflejada en el reactivo 10 y la más baja en el reactivo 01 (tabla 9).

Tabla 9. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión anhedonia

Peso Factorial. Anhedonia

Componente 3				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
05. Todo el tiempo te sientes mal	.662	.18	.480	
Muchas veces te sientes mal				
De vez en cuando te sientes mal				
12. Todos los días tienes ganas de llorar	.658	.15	.471	
Muchos días tienes ganas de llorar				
De vez en cuando tienes ganas de llorar				
01. De vez en cuando estás triste	.628	.07	.306	
Muchas veces estás triste				
Estás triste todo el tiempo				
10. Las cosas te molestan todo el tiempo	.580	.22	.533	
Las cosas te molestan muchas veces				
Las cosas te molestan de vez en cuando				
α= .653 Varianza explicada= 5.124				

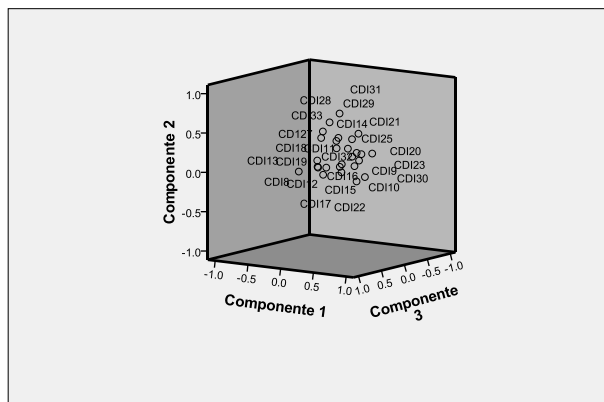
Finalmente para el cuarto componente nombrado Integración social se obtuvo una varianza explicada del 4.637% y un alpha de .478. Se conformó con 6

reactivos de los cuales el que maneja un puntaje de la media más alto es el reactivo 09 y el que maneja el puntaje más bajo es el reactivo 11 (tabla, 10).

Tabla 10. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión integración factorial

Peso Factorial. Integración social				
Componente 4				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
25. Casi siempre haces lo que te dicen La mayoría de las veces no haces lo que te dicen Nunca haces lo que te dicen	.627	.36	.572	
11. Te gusta estar con las personas Muchas veces no te gusta estar con las personas No te gusta estar con las personas	.516	.20	.451	
06. 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	.421	.48	.622	
17. De vez en cuando estas cansado/a Muchos días estas cansado/a Estas cansado todo el tiempo	.414	.21	.515	
27. Te llevas bien con las personas Muchas veces tienes peleas con otras personas Todo el tiempo tienes problemas con las otras personas	.387	.26	.490	
09. No piensas en matarte Piensas en matarte pero no crees que lo harías Algunas veces has pensado seriamente en matarte	.352	.55	.749	
$\alpha=.478$		Varianza explicada= 4.637		

Gráfico de componentes en espacio rotado



Gráfica 2. Gráfico de componentes en espacio rotados

En las correlaciones por factores para el instrumento de depresión se observa que en los valores más altos se encuentra una relación positiva entre la auto apreciación y el ánimo negativo ($r=.491$), así como con el factor Inefectividad (.469). Por su parte el factor ánimo negativa correlaciona más alto con el factor Integración social (.380) (tabla 11).

Tabla 11. Correlaciones entre los factores depresivos de la escala CDI

	Auto apreciación	Animo negativo	Inefectividad	Integración social
Auto apreciación	—			
Animo negativo	.491**	—		
Inefectividad	.469**	.376**	—	
Integración social	.378**	.380**	.272**	—

** .La correlación es significativa al nivel 0,01

Finalmente se realiza el análisis de la prevalencia de depresión en la población, la mayoría de los niños (66.1%) no presentan rasgos depresivos, mientras que 23.5% presentan rasgos moderados y 10.4 % rasgos severos (tabla 12).

Tabla 12. Prevalencia de rasgos depresivos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rasgos	Sin depresión	368	66.1	66.1
	Depresión moderada	131	23.5	89.6
	Depresión severa	58	10.4	100.0
	Total	557	100.0	100.0

4.2.2. Depresión y Diferencia por Características Atributivas y con Ideación Suicida

Posteriormente se realizó un análisis de Anova de una vía por sexo, e ideación suicida. Se observan diferencias estadísticas significativas en el factor de Autoapreciación y en el factor de Integración social entre los niños y las niñas (tabla 12).

Tabla 13. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala CDI

Dimensión	Sexo	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Autoapreciación	Femenino	290	.37	.33	5.79	.016
	Masculino	267	.44	.37		
	Total	557	.41	.35		
Animo negativo	Femenino	290	.17	.18	.23	.626
	Masculino	267	.16	.19		
	Total	557	.17	.19		
Inefectividad	Femenino	290	.11	.25	.447	.504
	Masculino	267	.13	.25		
	Total	557	.12	.25		
Integración social	Femenino	290	.31	30.	5.08	.024
	Masculino	267	.37	30		
	Total	557	.34	.30		

n= 557

En cuanto a los niños que presentan ideación suicida se observan diferencias estadísticas significativas en cada una de las dimensiones (tabla 13).

Tabla 14. Diferencias y valores de media por ideación suicida para la escala CDI

Dimensión	Ideación suicida	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Autoapreciación	Sin ideación	406	.28	.25	30	.000
	Con ideación	151	.75	.35		
	Total	557	.41	.35		
Animo negativo	Sin ideación	406	.13	.15	71	.000
	Con ideación	151	.28	.24		
	Total	557	.17	.19		
Inefectividad	Sin ideación	406	.07	.20	54	.000
	Con ideación	151	.24	.33		
	Total	557	.12	.25		
Integración social	Sin ideación	406	.27	.26	89	.000
	Con ideación	151	.52	.32		
	Total	557	.34	.30		

n= 557

4.2.3 Validez por Constructo y Correlación de la Escala de Clima Social Familiar

Los análisis para el instrumento de Clima Social Familiar se hicieron por cada una de las dimensiones que originalmente plantea el autor por lo que los resultados se presentan de la misma manera. La primera dimensión que se analizó fue de Relaciones.

4.2.3.1 Dimensión Relaciones

Basados en los resultados obtenidos para la escala de Clima Social Familiar se observa el índice KMO con un valor de .739 (media de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin), cuyo criterio es mayor al .5 indicando un rango adecuado para llevar a cabo el análisis factorial. El índice de Esfericidad de Bartlett's resulta significativo con un valor de 467.748 que comprueba su significancia. Una vez verificados los supuestos se admite la existencia de factores comunes (tabla 14).

Tabla 15. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la dimensión relaciones del FES

Medida de adecuación de muestreo (KMO)	.739		
Índice de Esfericidad de Bartlett	Chi ²	467.748	
	GI	66	
	Sig.	.000	

Varianza explicada: 39.027%

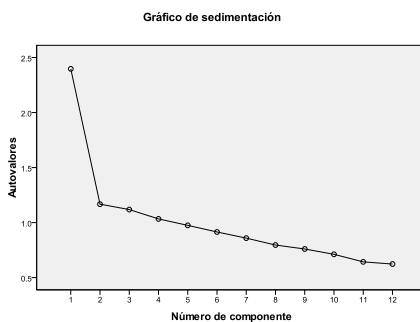
Alfa de Cronbach: .739

Por medio del análisis factorial se determinaron 3 componentes que tiene valores de Eigen superiores a 1 y juntos explican el 39.02% de la varianza.

Tabla 16. Porcentaje de la varianza total explicada

Componente	Varianza total explicada				
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza
1	2.397	19.977	19.977	2.397	19.977
2	1.167	9.729	29.706	1.167	29.729
3	1.118	9.321	39.027	1.118	39.027
4	1.034	8.613	47.640		
5	.975	8.124	55.764		

El gráfico de sedimentación muestra el punto de quiebre para los 3 factores que se determinaron (gráfica 3).



Gráfica 3. Gráfica de sedimentación

Una vez obtenidos los componentes se evaluó su peso factorial de cada reactivo, la media y la desviación estándar. El primer componente o factor se denominó Cohesión y se formó con 5 reactivos de los cuales se puede observar que la media más alta se encuentra en el reactivo 01 seguido del reactivo 08.

La media más baja fue para el reactivo 02. Presentó un alpha de .565 y su varianza explicada fue de 19.977% (tabla 16)

Tabla 17. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión cohesión

Peso factorial. Cohesión				
Componente 1				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
01. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente los unos a otros	.675	.90	.299	
02. En nuestra familia nos peleamos mucho	.746	.79	.410	
05. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado	.554	.82	.381	
08. En mi casa somos muy ordenados y limpias	.450	.85	.355	
09. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa	.309	.84	.368	
$\alpha = .565$ Varianza explicada= 19.977%				

El segundo componente se denominó Animo Negativo y se forma de 4 reactivos de los cuales el que presenta la media más elevada es el reactivo 04 y el que presenta la más baja el reactivo 06. La varianza explicada es de 9.72% y su alpha de .337.

Tabla 18. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión autonomía

Peso factorial. Autonomía				
Componente 2				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
04. Pasamos en casa la mayor parte del tiempo	.584	.90	.299	
06. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la libertad de cada uno	.578	.79	.410	
07. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida	.408	.82	.381	
10. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente	.430	.84	.368	
$\alpha = .337$ Varianza explicada=9.729%				

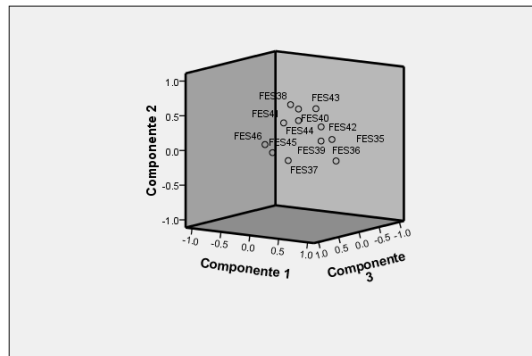
El tercer componente denominado expresividad se integró por tres reactivos en los cuales la media más alta se encontró en el 011 y la más baja en el 03. Su varianza explicada es de 9.31% y su alpha de .314 (tabla 18).

Tabla 19. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión expresividad

Peso factorial. Expresividad				
Componente 3				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
03. En mi familia hablamos siempre de temas políticos y sociales	.576	.33	.471	
11. Alguno de mi familia practica algún deporte	.559	.73	.441	
12. En mi familia siempre hablamos de la navidad, semana santa, fiestas religiosas y otras	.683	.69	.463	

$\alpha = .314$ Varianza explicada= 9.321%

Gráfico de componentes en espacio rotado



Gráfica 4. Gráfico de componentes en espacio rotados

4.2.3.2 Dimensión Desarrollo

Basados en los resultados obtenidos para la escala de Clima Social para la dimensión de Desarrollo se observa el índice KMO con un valor de .763 (media de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin), cuyo criterio es mayor al .5 indicando un rango adecuado para llevar a cabo el análisis factorial. El índice de Esfericidad de Bartlett's resulta significativo con un valor de 581.981 que comprueba su significancia. Una vez verificados los supuestos se admite la existencia de factores comunes (tabla 19).

Tabla 20. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la dimensión desarrollo del FES

Medida de adecuación de muestreo (KMO)		.763	
Índice de Esfericidad de Bartlett	Chi ²	581.981	
	Gl	55	
	Sig.	.000	

Varianza explicada: 43.378%

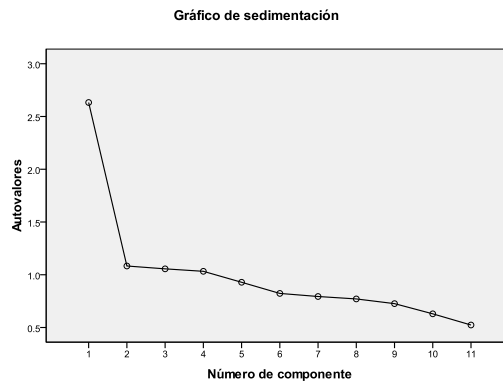
Alfa de Cronbach: .763

Por medio del análisis factorial se determinaron 3 componentes que tienen valores de Eigen mayores a 1 y que juntos explican una varianza de 43.37%.

Tabla 21. Porcentaje de la varianza total explicada

Componente	Varianza total explicada				
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza
1	2.633	23.933	23.933	2.633	23.933
2	1.083	9.846	33.779	1.083	9.846
3	1.056	9.599	43.378	1.056	9.599
4	1.033	9.387	52.765		
5	.929	8.443	61.208		

Por medio del gráfico de saturación se apoya la decisión de manejar los 3 factores.



Gráfica 5. Gráfico de sedimentación

Una vez obtenidos los componentes se evaluó su peso factorial de cada reactivo, la media y la desviación estándar. El primer componente denominado Apoyo se formó con 3 reactivos de los cuales el que presentó la media más alta fue el 17 y la más baja el 14. Su varianza explicada fue de 23.933% y su alpha de .465.

Tabla 22, Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión apoyo

Peso factorial. Apoyo				
Componente 1				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
14. En mi casa comentamos nuestros problemas personalmente	.526	.68	.468	
17. Los miembros de mi familia nos ayudamos unos a otros	.700	.89	.246	
20. Cuando hay desacuerdos en mi familia todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz	.477	.78	.384	
$\alpha = .465$		Varianza explicada=23.933%		

El segundo componente se formó también con 3 reactivos de y la media más alta se localiza en el reactivo 15 y la más baja en el 18. Su varianza explicada es de 9.846 y su alpha de .334 y se le denominó Moralidad/religiosidad (tabla 22).

Tabla 23. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión moralidad/religiosidad

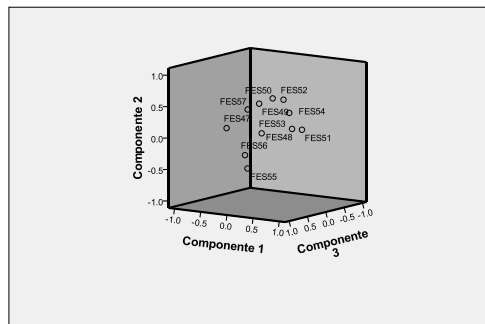
Peso factorial. Moralidad/religiosidad				
Componente 2				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
15. En mi familia nos esforzamos por hacer las cosas cada vez un poco mejor	.527	.94	.246	
16. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien y lo que está mal	.601	.82	.384	
18. En mi familia creemos en algunas cosas en las que hay que tener fe	.564	.86	.344	
$\alpha = .334$		Varianza explicada= 9.846%		

El último y tercer componente se denomina Organización y presenta una varianza explicada de 9.599% y un alpha de .216. se forma con 3 reactivos de la escala (tabla 23).

Tabla 24. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión organización

Peso factorial. Organización				
Componente 3				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
19. En mi casa nos aseguramos que nuestros cuartos queden limpios y ordenados	.605	.85	.355	
22. En mi familia apenas nos esforzamos para tener éxito	.608	.43	.496	
23. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona	.541	.80	.400	
$\alpha = .216$		Varianza explicada= 9.599%		

Gráfico de componentes en espacio rotado



Gráfica 6. Gráfica de componentes en espacio rotados

4.2.3.3. Dimensión Estabilidad

Basados en los resultados obtenidos para la escala FES se observa el índice KMO con un valor de .572 (media de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin), cuyo criterio es ligeramente mayor al .5 indicando que es viable para llevar a cabo el análisis factorial. El índice de Esfericidad de Bartlett's resulta

con un valor de 99.992 que comprueba su significancia. Una vez verificados los supuestos se admite la existencia de factores comunes (tabla 21).

Tabla 25. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la dimensión estabilidad del FES

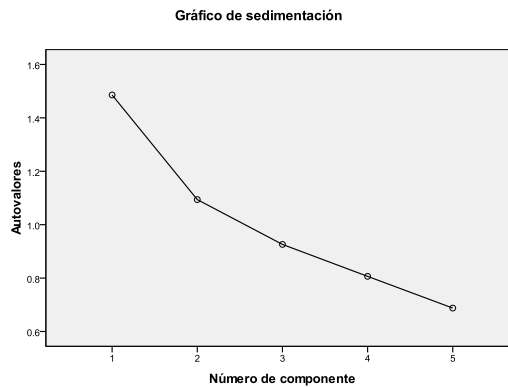
Medida de adecuación de muestreo (KMO)	.572	
Índice de Esfericidad de Bartlett	Chi ²	99.922
	Gl	10
	Sig.	.000
Varianza explicada: 51.549%		
Alfa de Cronbach: .332		

Por medio del análisis factorial se determinaron dos componentes que explican el 51.54% de la varianza total y que tienen valores Eigen superiores a 1.

Tabla 26. Porcentaje de la varianza total explicada

Componente	Varianza total explicada				
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza
1	1.486	29.715	29.715	1.486	29.715
2	1.094	21.879	51.549	1.094	21.879
3	.926	18.522	70.116		

El gráfico de sedimentación confirma la presencia de dos factores.



Gráfica 7. Gráfico de sedimentación

Posteriormente a la obtención de los factores se evaluó su peso factorial de cada reactivo, media y desviación estándar. Al primer componente se le denominó Organización y se conformó por 3 reactivos que explican el 29.71% de la varianza y su alpha es de .312.

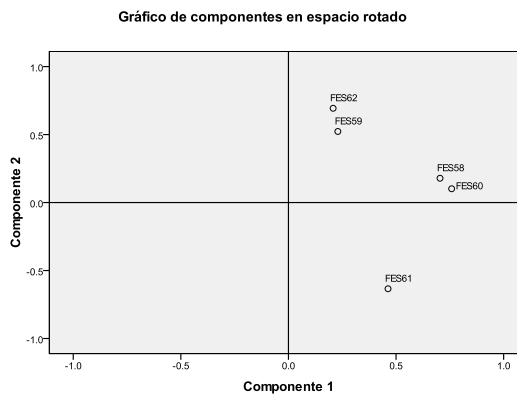
Tabla 27, Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión organización

Peso factorial. Organización				
Componente 1				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
24.En mi familia nos llevamos bien unos con otros	.704			
26. En mi familia se da mucha atención y tiempo a cada uno	.758			
27. En mi familia hay libertad para expresar claramente lo que uno piensa	.463			
$\alpha=.312$		Varianza explicada=29.715%		

El tercer y último factor se denominó Intelectual/cultural y se formó por 2 reactivos que explican el 21.879% de la varianza y su alpha fue de .275.

Tabla 28. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión intercultural/cultural

Peso factorial. Intelectual/cultural				
Componente 2				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
25. Primero es el trabajo luego la diversión, es una norma de mi familia	.523			
28. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la literatura, o la música	.693			
$\alpha = .275$		Varianza explicada=21.879%		



Gráfica 8. Gráfica de componentes en espacio rotados

Mediante un análisis no paramétrico con Rho de Spearman se determinaron las correlaciones para el componente Relaciones.

Tabla 29. Correlaciones entre los factores de la escala FES para el componente relaciones

	Cohesión	Autonomía	Expresividad
Cohesión	—		
Autonomía	.259**	—	
Expresividad	.211**	.152**	—

** .La correlación es significativa al nivel 0,00

Mediante un análisis no paramétrico con Rho de Spearman se determinaron las correlaciones para el componente Desarrollo.

Tabla 30 Correlaciones entre los factores de la escala FES para el componente desarrollo

	Apoyo	Moralidad/religiosidad	Organización
Apoyo	—		
Moral/Religiosidad	.358**	—	
Organización	.223**	.158**	—

** .La correlación es significativa al nivel 0,00

Mediante un análisis no paramétrico con Rho de Spearman se determinaron las correlaciones para el componente Estabilidad.

Tabla 31. Correlaciones entre los factores de la escala FES para el componente estabilidad

	Organización	Intelectual/Cultural
Organización	—	
Intelectual/Cultural	..087*	—

*. La correlación es significativa al nivel 0.05

4.2.3 Clima Social Familiar y su Diferencia por Características Atributivas y por Ideación Suicida

Se realizaron los análisis por cada dimensión del instrumento.

Dimensión Relaciones

En cuanto a los factores de dicha dimensión no se encontraron diferencias significativas en relación con el género.

Tabla 32. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala FES. Dimensión relaciones

Dimensión	Sexo	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Cohesión	Femenino	290	.84	.21	.395	.530
	Masculino	267	.83	.23		
	Total	557	.84	.22		
Autonomía	Femenino	290	.79	.22	.127	.722
	Masculino	267	.79	.23		
	Total	557	.79	.23		
Expresividad	Masculino	290	.57	.30	.924	.337
	Femenino	267	.59	.28		
	Total	557	.58	.29		

En cuanto a la relación con la ideación suicida se encontraron diferencias estadísticas significativas en el factor de relación y autonomía.

Tabla 33. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala FES.
Dimensión relaciones

Dimensión	Ideación suicida	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Cohesión	Sin ideación	406	.87	.18	34.21	.000
	Con ideación	151	.75	.28		
	Total	557	.84	.22		
Autonomía	Sin ideación	406	.81	.21	9.44	.002
	Con ideación	151	.74	.27		
	Total	557	.79	.23		
Expresividad	Sin ideación	406	.59	.30	3.5	.061
	Con ideación	151	.54	.27		
	Total	557	.58	.29		

Tabla 34. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala FES. Dimensión desarrollo

Dimensión Desarrollo

Dimensión	Sexo	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Apoyo	Femenino	290	.78	.27	.494	.482
	Masculino	267	.77	.28		
	Total	557	.78	.27		
Moral/Religiosidad	Femenino	290	.88	.20	.933	.335
	Masculino	267	.86	.22		
	Total	557	.87	.21		
Organización	Masculino	290	.70	.25	.494	.483
	Femenino	267	.68	.26		
	Total	557	.69	.26		

Para la variable ideación suicida se encontraron únicamente diferencias estadísticas significativas en el factor de apoyo.

Tabla 35. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala FES. Dimensión desarrollo

Dimensión	Ideación suicida	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Apoyo	Sin ideación	406	.81	.25	22.71	.000
	Con ideación	151	.69	.32		
	Total	557	.784	.27		
Moral/religiosidad	Sin ideación	406	.88	.20	2.40	.121
	Con ideación	151	.84	.24		
	Total	557	.87	.21		
Organización	Sin ideación	406	.70	.26	2.02	.156
	Con ideación	151	.66	.25		
	Total	557	.69	.26		

Dimensión Estabilidad

No se encontraron diferencias en la comparación de género y los factores.

Tabla 36. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala FES. Dimensión estabilidad

Dimensión	Sexo	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Organización	Femenino	290	.76	.27	3.42	.065
	Masculino	267	.72	.28		
	Total	557	.74	.27		
Intelectual/cultural	Femenino	290	.78	.31	.486	.486
	Masculino	267	.76	.32		
	Total	557	.77	.31		

Las comparaciones por ideación suicida presentan diferencia estadística significativa para el factor de apoyo.

Tabla 37. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala FES. Dimensión estabilidad.

Dimensión	Ideación suicida	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Organización	Sin ideación	406	.77	.26	16.62	.000
	Con ideación	151	.66	.31		
	Total	557	.74	.27		
Intelectualidad/Cultural	Sin ideación	406	.78	.31	1.14	.286
	Con ideación	151	.74	.34		
	Total	557	.77	.31		

4.2.4 Validez por Constructo y Correlación de la escala del Sistema Familiar

Basados en los resultados obtenidos para la escala del Sistema Familiar se observa el índice KMO con un valor de .885 (media de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin), cuyo criterio es mayor al .5 indicando un rango adecuado para llevar a cabo el análisis factorial. El índice de Esfericidad de Bartlett's resulta significativo con un valor de 1090.828 que comprueba su significancia. Una vez verificados los supuestos se admite la existencia de factores comunes (tabla38).

Tabla 38. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la escala de sistema familiar CESF

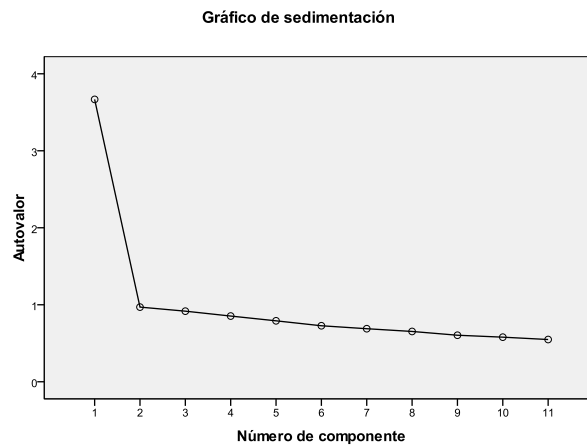
Medida de adecuación de muestreo (KMO)	.885		
Índice de Esfericidad de Bartlett	Chi ²	1090.828	
	gl	55	
	Sig.	.000	
Varianza explicada: 42.153%			
Alfa de Cronbach: .797			

Por medio del análisis factorial se determinaron 2 factores que juntos representan el 43.15% de la varianza total explicada.

Tabla 39. Porcentaje de la varianza total explicada

Componente	Varianza total explicada				
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza
1	3.667	33.340	33.340	3.667	33.340
2	.970	8.814	43.153	.970	8.814
3	.917	8.334	50.487		

El gráfico de sedimentación muestra los 2 factores que se determinaron por el análisis.



Gráfica 9. Gráfico de sedimentación

Una vez obtenidos los componentes se evaluó su peso factorial de cada reactivo, la media y la desviación estándar. El primer componente se denominó Cohesión afectiva y se formó a partir de 6 reactivos en los cuales la media más alta se presentó en el reactivo 13 y la más baja en el 10. Su varianza explicada es de 33.340% y su alpha de .710.

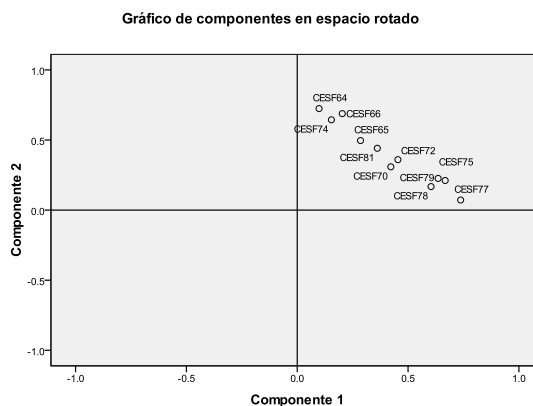
Tabla 40. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión cohesión afectiva

Peso factorial. Cohesión afectiva				
Componente 1				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
15. Se nos ocurra fácilmente hacer cosas juntos	.737	3.49	1.212	
13. Cuando en mi familia tenemos que realizar alguna actividad juntos, todos los miembros participamos	.667	3.55	1.249	
17. A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros	.636	3.46	1.268	
16. Nos repartimos las responsabilidades de la casa entre los distintos miembros de la familia	.604	3.32	1.297	
10. Padres e hijos acordamos juntos los castigos	.454	2.86	1.462	
08. En mi familia cambiamos la manera de realizar las diferentes tareas o quehaceres de acuerdo a las necesidades	.422	3.37	1.314	
$\alpha=.710$		Varianza explicada= 33.340		

Para el segundo componente se determinó un alpha de .664 y su varianza explicada fue de 8.814. Se le denominó al factor Flexibilidad y se formó con 4 reactivos,

Tabla 41. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión flexibilidad

Peso factorial. Flexibilidad					
Componente 2					
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>	
02. Se toma en cuenta la opinión de los hijos cuando surge un problema	.724	3.60	1.229		
04. Se toma en cuenta la opinión de los hijos al establecer normas de disciplina	.688	3.60	1.176		
12. En mi familia los hijos también toman decisiones	.644	3.21	1.331		
03. Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia	.496	3.97	1.035		
19. El sentimiento de unión familiar es muy importante para nosotros	.441	3.81	1.134		
$\alpha=.664$		Varianza explicada= 8.814			



Gráfica 10. Gráfica de componentes en espacio rotados

En las correlaciones por factores para el instrumento de Sistema Familiar se observa que el valor alto se encuentra una relación positiva entre la flexibilidad y la cohesión afectiva ($r=.585$).

Tabla 42. Correlaciones entre los factores depresivos de la escala FES

	Cohesión Afectiva	Flexibilidad
Cohesión afectiva	—	
Flexibilidad	.585**	—

** . La correlación es significativa al nivel 0.01

4.2.5. Sistema familiar y sus Diferencias por Características Atributivas

Posteriormente se realizó un análisis de Anova de una vía por sexo e ideación suicida. No se observan diferencias estadísticas significativas en ninguno de los factores con respecto al sexo.

Tabla 43. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala CESF

Dimensión	Sexo	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Cohesión Afectiva	Femenino	290	3.41	.81	1.03	.309
	Masculino	267	3.33	.85		
	Total	557	3.37	.83		
Flexibilidad	Femenino	290		.76	.010	.919
	Masculino	267		.78		
	Total	557		.77		

n=557

Se encontraron diferencias estadísticas significativas para el factor de Cohesión Afectiva al compararla con la ideación suicida.

Tabla 44. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala

Dimensión	Ideación suicida	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Cohesión Afectiva	Sin ideación	406	.77	.26	16.62	.000
	Con ideación	151	.66	.31		
	Total	557	.74	.27		
Flexibilidad	Sin ideación	406	.78	.31	1.14	.286
	Con ideación	151	.74	.34		
	Total	557	.77	.31		

4.2.6 Validez por Constructo y Correlación de la Escala de Estilos Comunicativos Madre.

Basados en los resultados obtenidos para la escala de estilos comunicativos de la madre se observa el índice KMO con un valor de .921 (media de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin), cuyo criterio es mayor al .5 indicando un rango adecuado para llevar a cabo el análisis factorial. El índice de Esfericidad de Bartlett's resulta significativo con un valor de 44.24.051 que comprueba su significancia. Una vez verificados los supuestos se admite la existencia de factores comunes (tabla 45).

Tabla 45. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para los estilos comunicativos de la madre

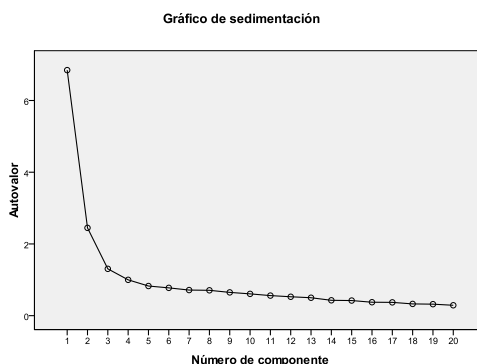
Medida de adecuación de muestreo (KMO)	.921	
Índice de Esfericidad de Bartlett	Chi ²	4424.051
	gl	190
	Sig.	.000
Varianza explicada: 53.006		
Alfa de Cronbach: .885		

Por medio del análisis factorial se determinaron 3 componentes que tienen valores de Eigen superiores a 1, y juntos explican el 53.006 % de la varianza (tabla 46).

Tabla 46. Porcentaje de la varianza total explicada

Componente	Varianza total explicada				
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza
1	6.847	34.235	34.235	6.847	34.235
2	2.448	12.242	46.477	2.448	12.242
3	1.306	6.529	53.006	1.306	6.529
4	.999	4.997	58.003		

En la gráfica de sedimentación el punto de quiebre muestra los 3 factores que se han determinado previamente (gráfica 11).



Gráfica 11. Gráfica de sedimentación

Una vez obtenidos los componentes se evaluó su peso factorial de cada reactivo, la media y la desviación estándar. El primer componente o factor se denominó Afectivo y se formó con 8 reactivos de los cuales se puede observar que la media más alta la tiene el reactivo 10 y la más baja la tiene el reactivo 19. La varianza explicada fue de 34.235% y su alpha de .870 (tabla 47).

Tabla 47. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión afectiva

Peso factorial. Afectivo				
Componente 1				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
10. Amable	.792	4.04	1.108	
08. Cariñosa	.788	4.03	1.167	
05. Tierna	.726	3.93	1.105	
19. Sincera	.714	3.79	1.275	
01. Agradable	.709	4.01	1.163	
03. Comprensiva	.654	3.77	1.234	
21. Confiable	.636	3.90	1.290	
12. Tranquila	.584	3.78	1.216	
$\alpha = .870$		Varianza explicada= 34.235%		

El segundo componente se denominó Violento y explica el 12.242% de la varianza y tiene un alpha de .880. Se formó con 8 reactivos de los cuales la media más alta fue para el reactivo 11 y la más baja fue para el reactivo 16 (tabla 48).

Tabla 48. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión violenta

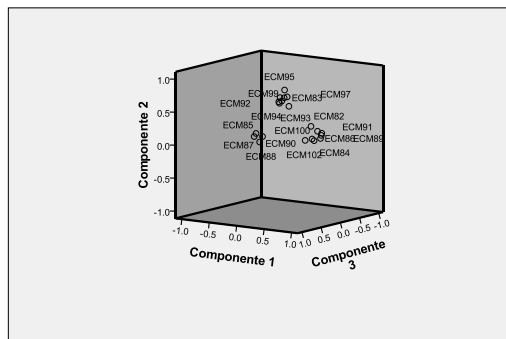
Peso factorial. Violento				
Componente 2				
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>
20. Enojona	.814	4.08	.976	
14. Grosera	.727	4.42	1.005	
22. Criticona	.710	4.39	.953	
16. Mandona	.693	3.93	1.043	
13. Agresiva	.681	4.50	.942	
18. Problemática	.654	4.48	.928	
11. Violenta	.651	4.60	.856	
02. Gritona	.589	4.14	.926	
$\alpha = .880$		Varianza explicada=12.242%		

El tercer y último componente se denominó Autoritario y se formó con 4 reactivos de los cuales el que presenta la media más alta es para el reactivo 07 y la más baja para el 06. Explica el 6.529% de la varianza y tiene un alpha de .607 (tabla 49)

Tabla 49. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión autoritaria

Peso factorial. Autoritario			
Componente 3			
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>
07. Indiferente	.741	4.95	1.272
06. Dominante	.682	3.56	1.320
09. Fría	.616	4.04	1.284
04. Intolerante	.515	3.69	1.383
$\alpha = .607$	Varianza explicada= 6.529%		

Gráfico de componentes en espacio rotado



Gráfica 12. Gráfico de espacio rotado

En la correlación de factores para el instrumento de Estilos comunicativos de la madre se observa que en los valores más altos se encuentra una relación positiva entre el factor afectivo violento y afectivo autoritario, así como para los factores violento y autoritario (tabla 50).

Tabla 50. Correlaciones entre los factores depresivos de la escala ECM para la madre

	Afectivo	Violento	Autoritario
Afectivo	—		
Violento	.491**	—	
Autoritario	.228**	.465**	—

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

4.2.7 Estilos Comunicativos y su Diferencia por Características Atributivas e Ideación Suicida

Posteriormente se realizó un análisis de Anova de una vía por sexo e ideación suicida. No se observan diferencias estadísticas significativas entre los factores de comunicación de la madre y el sexo.

Tabla 51 Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala ECM para la madre

Dimensión	Sexo	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Afectivo	Femenino	290	3.94	.90	1.06	.303
	Masculino	267	3.86	.82		
	Total	557	3.90	.86		
Violento	Femenino	290	4.33	.73	.50	.478
	Masculino	267	4.29	.67		
	Total	557	4.32	.70		
Autoritario	Femenino	290	3.85	.89	.47	.493
	Masculino	267	3.80	.86		
	Total	557	3.83	.88		

La comparación entre las dimensiones de comunicación de la madre e ideación suicida muestra que existen diferencias significativas cuando se trata de lo afectivo y lo violento.

Tabla 52. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala ECM para la madre

Dimensión	Ideación suicida	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Afectivo	Sin ideación	406	3.98	.84	12.61	.000
	Con ideación	151	3.69	.87		
	Total	557	3.90	.86		
Violento	Sin ideación	406	4.39	.68	15.84	.000
	Con ideación	151	4.12	.73		
	Total	557	4.31	.70		
Autoritario	Sin ideación	406	3.86	.91	1.36	.244
	Con ideación	151	3.76	.79		
	Total	557	3.83	.88		

4.2.8 Validez por Constructo y Correlación de la Escala de Estilos Comunicativos del Padre.

Basados en los resultados obtenidos para la escala estilos comunicativos del padre se observa el índice KMO con un valor de .978 (media de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin), cuyo criterio es mayor al .5 indicando un rango adecuado para llevar a cabo el análisis factorial. El índice de Esfericidad de Bartlett's resulta significativo con un valor de 14269.671 que comprueba su significancia. Una vez verificados los supuestos se admite la existencia de factores comunes (tabla 53).

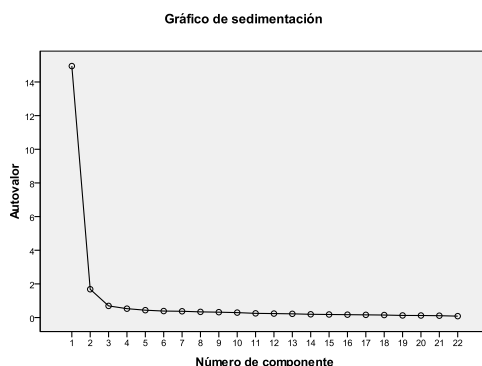
Tabla 53. Valores de índice de ajustes, porcentaje de varianza y alfa de Cronbach para la escala estilos comunicativos del padre

Medida de adecuación de muestreo (KMO)	.978		
Índice de Esfericidad de Bartlett	Chi ²	14269.671	
	gl	231	
	Sig.	.000	
Varianza explicada: 75-578			
Alfa de Cronbach: .977			

Por medio del análisis factorial se determinaron 2 componentes que tienen valores Eigen superiores a 1 y juntos explican el 75.678% de la varianza (tabla 54).

Tabla 54. Porcentaje de la varianza total explicada

Componente	Varianza total explicada				
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción	
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza
1	14.945	67.932	67.932	14.945	67.932
2	1.682	7.645	75.678	1.682	7.645
3	.693	3.149	78.727		



Gráfica 13. Gráfico de sedimentación

Una vez obtenidos los componentes se evaluó su peso factorial de cada reactivo, la media y la desviación estándar. El primer componente o factor se denominó Violento/agresivo y se formó con 12 reactivos de los cuales la media más alta pertenece al reactivo 11 y la más baja al 09. La varianza explicada fue de 67.932 y el alpha de .970 (tabla 55).

Tabla 55. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión violento/agresivo

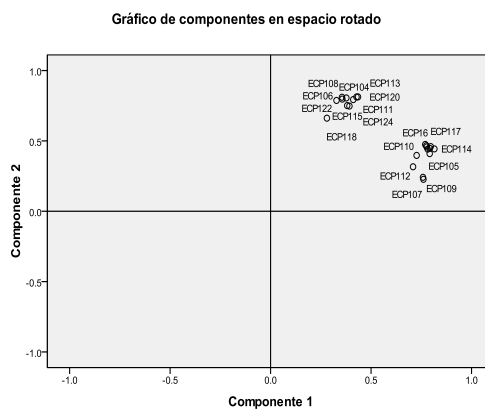
Peso factorial. Violento/agresivo					
Componente 1					
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>	
11. Violento	.815	4.13	1.589		
13. Agresivo	.797	4.11	1.581		
14. Grosero	.792	3.99	1.597		
16. Mandón	.792	3.69	1.581		
02. Gritón	.782	3.81	1.531		
22. Criticón	.777	3.97	1.588		
20. Enojón	.775	3.69	1.563		
18. Problemático	.770	4.06	1.589		
06. Dominante	.761	3.42	1.687		
04. Intolerante	.758	3.60	1.703		
07. Indiferente	.727	3.78	1.643		
09. Frío	.709	3.68	1.715		
$\alpha = .970$		Varianza explicada = 67.932			

EL segundo componente se denominó Afectivo y se formó con 10 reactivos que explican el 7.645% de la varianza con un alpha de .962. La media más alta fue para el reactivo 17 y la más baja para el 15 (tabla 56).

Tabla 56. Peso factorial y media para los reactivos de la dimensión afectivo

Peso factorial. Afectivo					
Componente 2					
<i>Reactivo</i>	<i>Peso factorial</i>	<i>X</i>	<i>DS</i>	<i>% Apoyo</i>	
10. Amable	.813	3.56	1.601		
17. Amigable	.812	3.57	1.607		
05. Tierno	.810	3.37	1.633		
01. Agradable	.805	3.45	1.662		
19. Sincero	.797	3.40	1.627		
08. Cariñoso	.794	3.41	1.238		
03. Comprensivo	.788	3.26	1.648		
21. Confiable	.751	3.38	1.671		
12. Tranquilo	.747	3.30	1.616		
15. Accesible	.661	2.85	1.673		

$\alpha = .962$ Varianza explicada = 7.645%



Gráfica 14. Gráfica de componentes rotados

En las correlaciones por factores para el instrumento de Estilos comunicativos del padre se observa que existe un valor alto y una relación positiva entre el estilo de comunicación violento autoritario y el afectivo ($r=.796$) (tabla 57).

Tabla 57 Correlaciones entre los factores depresivos de la escala ECM para el padre

	Violento autoritario	Afectivo
Violento autoritario	—	
Afectivo	.796**	—

** . La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

4.2.10 Estilos comunicativos del padre y su diferencia por variables atributivas y con ideación suicida

Posteriormente se realizó un análisis de Anova de una vía por sexo e ideación suicida. Se observan diferencias estadísticas significativas para los factores violento/autoritario por sexo y afectivo (tabla 58).

Tabla 58. Diferencias y valores de media por sexo de los niños para la escala

Dimensión	Sexo	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Violento/autoritario	Femenino	290	3.98	1.29	8.35	.004
	Masculino	267	3.64	1.47		
	Total	557	3.82	1.39		
Afectivo	Femenino	290	3.49	1.36	5.54	.019
	Masculino	267	3.20	1.45		
	Total	557	3.35	1.41		

La comparación entre las dimensiones de los estilos de comunicación del padre e ideación suicida muestra que sólo existen diferencias significativas en el factor afectivo (tabla 59).

Tabla 59. Diferencias y valores de media por ideación suicida de los niños para la escala ECM para el padre

Dimensión	Ideación suicida	Fr.	Media	DE	F	Sig.
Violento/autoritario	Sin ideación	406	3.86	1.32	1.04	.308
	Con ideación	151	3.72	1.30		
	Total	557	3.82	1.39		
Afectivo	Sin ideación	406	3.43	1.43	4.97	.026
	Con ideación	151	3.13	1.33		
	Total	557	3.35	1.41		

4.3. Descripción de la Submuestra de Niños con Ideación Suicida en Base a las Variables del Contexto Familiar

Se determinó una submuestra de niños con ideación suicida basado en la metodología propuesta por Viñas, Jané, Domenech, (2000) con la que se evaluó la ideación suicida a partir de las respuestas dadas en el ítem 9 del CDI. Dicho ítem tiene tres posibles respuestas, “no pienso en matarme” considerado como ausencia de ideación suicida; “pienso en matarme pero no lo haría”, considerado como ideación suicida; y “he pensado seriamente en matarme”, considerado ya como intención suicida por los autores. Las puntuaciones obtenidas de 0 a 2 permiten detectar y conocer la presencia de ideación suicida autoinformada en los niños (tabla 59). Se decidió juntar ambos reactivos obteniendo un total de 151 niños con ideación suicida, como no se determinaron diferencias por género, se trató el resto de los análisis con ambos sexos juntos (tabla 60).

Tabla 60 Frecuencia de ideación suicida en los niños

	Frecuencia	Porcentaje
Con ideación	151	27.2
Sin ideación	406	72.9
Total	557	100

En cuanto a los rasgos depresivos se determinaron tres niveles, una ausencia de depresión, depresión moderada y depresión severa. Se encontraron niños con ideación suicida y ausencia de depresión, el resto se distribuyeron entre depresión severa y moderada (tabla 61). El 81% de los niños manifestaron depresión entre severa y moderada.

Tabla 61. Frecuencia de sintomatología depresiva en niños con ideación suicida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia	28	18.5	18.5	18.5
Moderada	63	41.7	41.7	60.3
Severa	60	39.7	39.7	100.0
Total	151	100.0	100.0	

En cuanto al clima social familiar de los niños con ideación suicida se determinó que la mayoría de los niños perciben un clima familiar inadecuado (tabla 62).

Tabla 62. Sistema familiar de los niños con ideación suicida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Inadecuado	90	59.6	59.6	59.6
Adecuado	61	40.4	40.4	100.0
Total	151	100.0	100.0	

Los estilos comunicativos de la madre (afectivo, violento y autoritario), muestran que a pesar de manifestar ideación suicida, refieren a una madre más afectiva, no violenta y no autoritaria (tabla 63).

Tabla 63. Estilos comunicativos de la madre de los niños con ideación suicida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Afectivo	inafectiva	59	39.1	39.1	39.1
	afectiva	92	60.9	60.9	100.0
Violento	violenta	52	34.4	34.4	34.4
	no violenta	99	65.6	65.6	100.0
autoritario	autoritaria	48	31.8	31.8	31.8
	no autoritaria	103	68.2	68.2	100.0

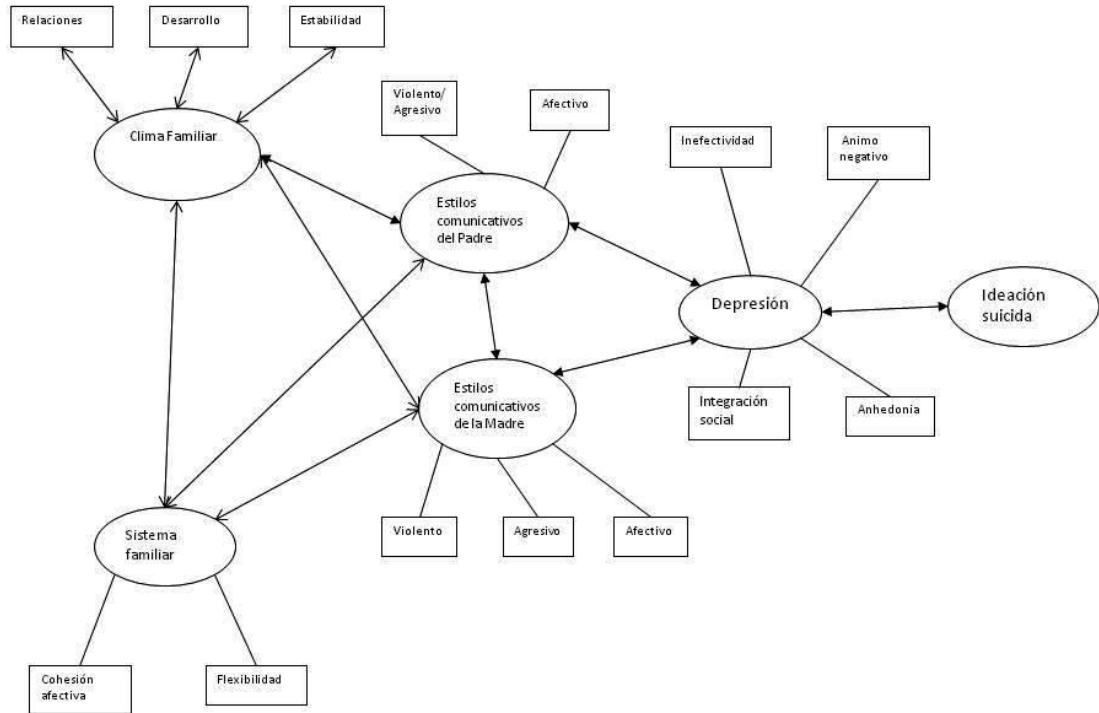
Los estilos comunicativos del padre difieren de los de la madre, los niños con ideación suicida manifiestan en su mayoría manifiestan una comunicación no violenta pero tampoco afectiva por parte del padre (tabla 64).

Tabla 64. Estilos comunicativos del padre de los niños con ideación suicida

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Violento	violento/autoritario	61	40.4	40.4	40.4
autoritario	no violento/autoritario	90	59.6	59.6	100.0
Afectivo	afectivo	57	37.7	37.7	37.7
	no afectivo	94	62.3	62.3	100.0

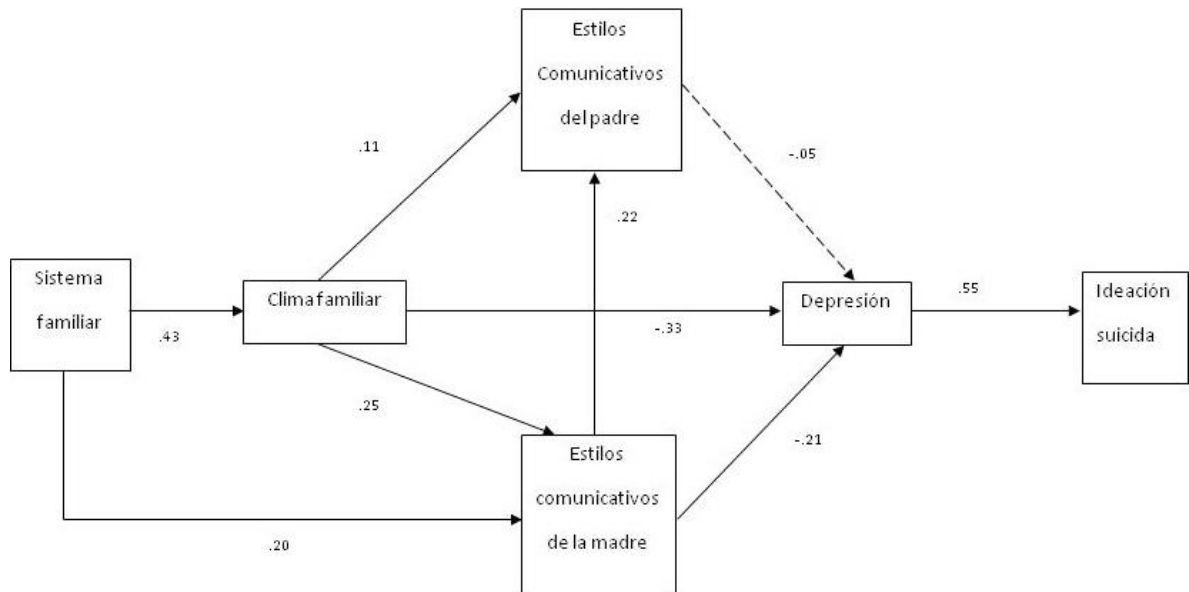
4.4. Análisis Factorial Confirmatorio del Modelo Integrador Explicativo Familiar de la Sintomatología Depresiva e Ideación Suicida.

A continuación se propone un modelo integrador explicativo familiar de la sintomatología depresiva orientada a la ideación suicida en el que se integran los diferentes valores obtenidos con los análisis de la estructura factorial exploratoria e índices de confiabilidad (Modelo 1). El modelo propuesto incluye los constructos del clima familiar, sistema familiar, estilos comunicativos tanto de la madre como del padre que perciben los niños y se procedió a probar la capacidad de predicción de la sintomatología depresiva y su relación con la ideación suicida (n=557).



El modelo estructural propuesto está dado por las ecuaciones en donde la sintomatología depresiva se predice por la percepción de los niños de su propio clima familiar y el sistema familiar donde se desarrollan, ello a su vez determina los estilos comunicativos de los padres con el hijo. A su vez la sintomatología depresiva se relaciona con la presencia de ideación suicida en los niños. Es decir, la depresión que puede orientar a la ideación suicida, será mayor si el sistema familiar y el clima familiar es inadecuado, y ambos se reflejan en las maneras de comunicarse de ambos padres con los hijos.

Finalmente el modelo propuesto se modificó con base a los resultados del análisis factorial confirmatorio y el resultante es el siguiente modelo (2).



$X^2=608.825$ 15G.L. $p=0.428$ BBNFI=0.990 BBNNFI=1.000
 CFI=1.000 RMSEA=0.000 $R^2=.312$

Se determinó que la variable sistema familiar se relaciona con un .43 de peso estructural con clima familiar, de manera positiva y significativa; a su vez, ésta misma variable se relaciona con un .20 de peso estructural con estilos comunicativos de la madre, de manera positiva y significativa. La variable clima familiar se relaciona con un .11 de peso estructural con estilos comunicativos del padre, de manera positiva y significativa, dicha variable también se relaciona con un .33 de peso estructural con depresión, de manera negativa y significativa. De igual manera, dicha variable se relaciona con un .25 de peso estructural con estilos comunicativos de la madre, de manera positiva y significativa.

La variable estilos comunicativos del padre se relaciona con un .05 de peso estructural con depresión, de manera negativa y no significativa. La variable estilos comunicativos de la madre se relaciona con un .22 de peso estructural con estilos comunicativos del padre, de manera positiva y significativa. Así mismo, dicha variable, se relaciona con un .21 de peso estructural con

depresión, de manera negativa y significativa. La variable depresión se relaciona con un .55 de peso estructural con ideación suicida, de manera positiva y significativa.

Se puede determinar que existe una relación con una X^2 de 608.825 y una p de .428 ya que en ecuaciones estructurales lo que se busca son valores altos y no significativos.

En el modelo se puede observar que los valores de BBNFI (Bentler Bonett Normed Fit Index) y BBNNFI (Bentler Bonet Non Normed Fit Index) se encuentran por arriba de .90, por lo tanto, se afirma que dicho modelo tiene grado de significatividad. Esto quiere decir que independientemente del número de participantes, éste no va a variar; dicho modelo se probó para que sea la misma prueba de exigencia aunque sean pocos, medianos o muchos sujetos.

Para el CFI (Comparative Fit Index) se puede observar que el valor se encuentra por arriba de .90, por lo tanto, se puede concluir que el modelo teórico se parece a los datos (modelo saturado) en un 100%. Mientras que para el RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) se puede observar que la distancia es muy baja entre los datos (puntajes reales) y la teoría se ajusta a los datos obtenidos. Finalmente para la R^2 se puede ver que el modelo explica el 31.2% de la ideación suicida. Ahora bien, habría que preguntarse ¿Qué otras variables pueden estar explicando el 68.8% del fenómeno?

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue determinar las relaciones entre el sistema familiar, el clima social familiar y los estilos de comunicación parentales con la sintomatología depresiva y a su vez éstos deriven a una probable ideación suicida en los niños de educación primaria, para lograr el objetivo se utilizaron y validaron diferentes instrumentos de medición; así como elaborar y probar un modelo teórico de las variables mencionadas.

En cuanto a la secuencia del presente capítulo, se establece un orden en base a los análisis realizados. En primer lugar, se discuten las propiedades psicométricas de las medidas, en segundo lugar, las diferencias en los factores con respecto algunas variables atributivas y en tercer lugar, se contrasta con la literatura las relaciones del modelo de evaluación familiar.

Depresión

Simultáneamente los resultados obtenidos para el instrumento de medición de depresión (CDI), su criterio de adecuación y el alfa obtenida son similares a las obtenidas en investigaciones internacionales por Barbosa, Dias, Gaiao y Di Lorenzo (1996), Golfeto, Veiga, Souza y Barbeira (2002). Por otra parte los cuatro factores obtenidos con el análisis factorial confirmatorio no coinciden con los 5 factores determinados por (Kovacs, 2003), pero se consideró que la varianza explicada era adecuada a la población, además de ser consistentes con los que se reportan otros estudios con estructuras multifactoriales, como los de Muris, Schmidt, Merkelbach y Schouten (2001). No se debe dejar de lado

que los mismos han variado en diferentes investigaciones que ofrecen diferentes números de factores: ocho (Monreal, 1988), siete (Saylor, y cols., 1984), seis (Craighead, Smucker, Craighead y Ilardi, 1998), cinco (Craighead, y cols., 1998; Kovacs 1992; Weiss y cols., 1992). Sin embargo García Aluja y del Barrio (2008) probaron un análisis factorial confirmatorio con una solución de tres, cinco y seis factores, determinando que el modelo de cinco y seis factores son más adecuados que los de modelos de uno o dos factores. En contraste Lieberknecht, Dalbosco y Ruschel, (2008) realizaron otro estudio en el cual se encontró una solución conceptualmente aceptable de tres factores, con esto se puede determinar que el instrumento elegido fue adecuado para la población determinada y sus resultados son válidos y consistentes comparados con otras investigaciones.

La prevalencia de rasgos depresivos varían según las poblaciones estudiadas, pero los resultados de rasgos depresivos severos encontrados de la población evaluada (10.4%) se pueden considerar altos si se comparan con los estudios en los que manifestaron un porcentaje de incidencia del 0.5 y 2 (Castello, Mustilo, Erkani, Keeler, Angold, 003). Por otra parte Mantilla, Sabalza, Díaz y Campos (2004) encontraron una prevalencia de 9.2% similar a la reportada, y, Gaviria, Martínez, Atehortúa y Trujillo (2006) establecieron una prevalencia de 12.5% que resulta ser más alta que la reportada por el estudio realizado, cabe destacar que los autores anteriores obtuvieron sus datos con el mismo instrumento de medición y se pudiera explicar la diferencia de resultados ya sea por una diferencia metodológica para cada uno de los casos, o la limitante de no contar con un instrumento adaptado para ésta población en particular. Si se analiza desde el punto de vista de la salud mental pudiera expresarse que es una población en riesgo a pesar de su corta edad y, aún más allá, si al considerarse la depresión como una enfermedad, puede llegar a promover una alta morbilidad a un futuro no muy lejano. A su vez, como parte del estudio, se le relaciona directamente como factor de riesgo importante para conductas suicidas, en particular la ideación suicida en los niños.

En cuanto a las diferencia por sexo se encuentran similitudes con otros estudios en los que se reporta que en las edades manejadas no hay diferencias en rasgos depresivos entre los niños y las niñas (Saylor y cols. 1984; Velez, Jonson, Cohen, 1989), debe notarse que algunos estudios reportan que existen diferencias por género en las que son los hombres los que puntúan más altos para la presencia de rasgos depresivos comparados con las mujeres (Domenech, Subirá y Cuxart, 1996) puede asumirse que dichas diferencias dependen de la población en la que se realizó el estudio, así en poblaciones españolas o alemanas las niñas son las que presentan puntuaciones más altas.

En cuanto a su relación con la ideación suicida en el factor autoapreciación por género es donde se observan diferencias significativas, es decir que en los niños que presentan una autoapreciación baja tienen más tendencia a presentar ideaciones suicidas al compararlo con las niñas, de la misma manera que cuando se revisa la integración social de los niños, difiere con las niñas al ser los que tienen conflictos en ésta área los que presentan un mayor índice de ideación suicida. Los datos obtenidos de la relación de depresión con ideación suicida son significativos tomando en cuenta que estudios relacionan la depresión temprana como un factor de probabilidad de 50% para tener conductas suicidas (Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004).

Clima social familiar

En relación con el análisis factorial del clima social familiar, se determinaron tres grandes dimensiones planteadas originalmente por el autor (Moos y Moss, 1986), sin embargo el uso del instrumento ha sido objeto de debate por presentar inconsistencias en cuanto confiabilidad y validez al encontrar alfas mucho menores para las dimensiones a las reportadas por su autor (Tabanichnick y Fiddel, 1989). Se debe tomar en cuenta que la validez y el contenido de las subescalas se basan en las definiciones conceptuales derivadas de constructos centrales y con ello se podría justificar la variación de las alfas por cada dimensión.

Al realizar los análisis por género se encontraron que no hay diferencias de género entre las diferentes dimensiones planteadas lo que probablemente pudiera ser por las inconsistencias mismas del instrumento o la percepción del clima familiar no difiere a edades tempranas.

En la relación con la ideación suicida se puede determinar que sí existen diferencias significativas en sus factores por dimensiones, pero únicamente en cuanto a la cohesión familiar y la autonomía que trata el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos; así como en el apoyo percibido por los niños de parte de su familia, dichos factores tienen gran importancia en el desarrollo, ya que se ha determinado que fallas en clima social pueden generar dificultades en el desarrollo cognitivo, afectivo y en el comportamiento de los niños (Montiel-Barbero y Peña, 2005), particularmente en el área de cohesión se guarda una relación positiva con todas las áreas, especialmente con el autoconcepto, mismo que dentro del análisis de los rasgos de depresión sale significativo para las cuestiones de género e ideación suicida. Con esto se puede reafirmar la importancia del clima social familiar en el desarrollo de sintomatología depresiva que pueda derivar posteriormente en conductas suicidas como la ideación, aunque no hay que perder de vista que existen más factores que pueden influir en el contexto familiar (Pana, 2001).

Sistema familiar

Respecto a la validez de constructo del instrumento de medición del sistema familiar, se utilizó el criterio manejado previamente por los autores del instrumento (Olson & Wilson, 1982) aunque el porcentaje de varianza explicada obtenido no puede ser considerado totalmente satisfactorio, si representa un importante avance en la validación de un instrumento de este tipo, tomando en cuenta que se ha aplicado a poblaciones de edades más avanzadas. Estudios similares como el de Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001), validaron la estructura interna del cuestionario mediante análisis factoriales de componentes principales con rotación ortogonal. El primer análisis factorial se efectuó con los datos de los adolescentes, todos los ítems de afectividad se agruparon en el

primer factor con cargas superiores a .40 con una varianza explicada del 37,85%; en el segundo se agruparon los reactivos de flexibilidad con cargas factoriales superiores a .35 y explicó el 24,35% de la varianza, lo que difiere de los resultados presentados, la varianza encontrada fue menor para los dos factores que se determinaron. A pesar de ello, la validez es adecuada para ser un primer acercamiento del instrumento a la población infantil.

Para la relación con el género no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la percepción del sistema familiar de los niños para el factor afectivo, ambos consideran que sus familias son igual de afectivas, sin embargo, al comparar la ideación suicida con el sistema familiar si se aprecian diferencias en la cohesión afectiva, teniendo en cuenta que es la liga emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, el grado de separación o conexión que tiene el niño con su familia (Olson y cols., 1989), reafirma que la conflictiva familiar y en particular la parte afectiva es fundamental para el desarrollo afectivo presente y futuro de los niños. Un bajo nivel de cohesión es la variable familiar que más contribuye al desarrollo de la depresión en los niños.

Estilos comunicativos

Para la escala de estilos comunicativos los resultados del análisis factorial son consistentes con los presentados por Pérez y cols. (2009), en población adolescente, lo que indica que se puede aplicar la escala a poblaciones más jóvenes con una alta confiabilidad y validez de constructo aceptable. Para las madres se determinaron tres tipos de estilos comunicativos: afectivo, violento que se refiere a un estilo de insultos e irritabilidad con un intercambio de ofensas y de afectividad negativa; y autoritario en el que a pesar de no ser violenta puede ser fría, intransigente e indiferente, buscando controlar y dominar al otro. Sin embargo, para la comunicación con el padre no se determinaron los tres factores, se englobaron dentro del factor violento y autoritario todos los estilos negativos.

Al realizar la comparación por género no se encontraron diferencias en los estilos comunicativos de la madre con ambos, pero si para la ideación suicida, los niños que manifestaban ideación suicida referían un estilo comunicativo menos afectivo y más violento con la madre comparados con los demás.

Para los estilos comunicativos con el padre se encontraron diferencias entre género, los niños perciben a los padres como más violentos y autoritarios y las niñas como más afectivo. Para la ideación suicida únicamente se encontraron diferencias en la comunicación afectiva.

Cuando se ha estudiado la comunicación de los padres con los hijos y su relación con violencia escolar, se ha determinado que la comunicación con la madre puede constituir un factor de riesgo y devenir una autopercepción negativa del hijo respecto a su contexto familiar (Estevez, y cols., 2006). Tomando en cuenta que en nuestros resultados es la comunicación de la madre la que parece ser fundamental en la relación con los síntomas depresivos y la ideación suicida, se puede decir que la figura del padre continúa siendo poco relevante dentro del contexto familiar. La existencia de diferencias en las comunicaciones de padres con hijos en cuanto el género podrían ser explicados en función de los posibles roles de género en la socialización familiar o en la asignación de roles paternos y maternos.

Submuestra de niños con ideación suicida y las variables del contexto familiar

La prevalencia de ideación suicida obtenida es significativa para la población evaluada, dicha prevalencia concuerda hasta el momento sólo con lo reportado por Miranda y cols. (2009), determinada bajo la misma metodología propuesta por Viñas y cols, (2000, 2002) quienes a su vez reportaban una frecuencia de 13.6% de ideación suicida. Los resultados obtenidos pudieran sugerir que la metodología empleada no es la adecuada para determinar ésta conducta suicida en particular, ya fuera por cuestiones de semántica del instrumento o por la falta de más ítems que corroboren dicha respuesta afirmativa.

Al relacionar los rasgos depresivos para el grupo con ideación suicida se encontraron resultados que concuerdan con los presentados por la mayoría de los autores (Gastaminza, Vacas, Ros, 1998; González Forteza y Rodríguez, 1993, González- Forteza, C., Borges G, Gómez, C.C., Jimenez Ta., 1996, Jackson, et al., Weller, 2001, Campo, 2003, Huesca, 2006, Cubillas y et al., 2006, Carlson y Cantwell, 1982, Shaffer 1999, Miranda, I. Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E., 2009).

Los niños que manifestaron ideación suicida en su mayoría concuerdan con lo citado en la literatura previamente: puede haber un porcentaje de niños sin rasgos depresivos pero con conductas suicidas en los que habría que hacer un análisis más a fondo sobre los factores familiares que pudieran incidir en dicha conducta. Relacionando el conflicto familiar como uno de los mayores causantes de las patologías en los niños (Kaila y Tsambarli, 1997), los resultados del clima social familiar como del sistema familiar denotan que las fallas dentro de las mismas llevan a que exista depresión e ideación suicida en los niños, aunque de igual manera se encontraron en menor grado sistemas familiares adecuados en los niños que manifestaron ideación. Con ello puede concluirse que hay otros factores de riesgo que no fueron analizados en la investigación y que deben tomarse en cuenta en futuros proyectos.

En cuanto a la comunicación familiar, los resultados concuerdan con que el estilo de comunicar puede reflejar el estado cognitivo y emocional de los miembros de la familia y como se ve en los resultados, los estilos comunicativos negativos, en particular de la madre, inciden en la presencia de conflictos interpersonales (Sánchez y Díaz, 2003).

Modelo

Finalmente, el modelo integrador explicativo familiar de la sintomatología depresiva y la ideación suicida obtenido por el análisis factorial confirmatorio valida que la depresión puede orientar hacia ideación suicida, y ésta será mayor si el sistema familiar y el clima social familiar son inadecuados desde la

percepción del niño, ambas conflictivas familiares se reflejan en los estilos de comunicación de los padres, sin embargo se debe resaltar que es el estilo comunicativo de la madre el que va a tener una influencia directa sobre el desarrollo de la sintomatología depresiva, el estilo comunicativo del padre no tiene impacto sobre el desarrollo de sintomatología depresiva en los niños. Los datos encontrados concuerdan con otros autores en los que determinan que las interacciones negativas con los padres ocasionan la sintomatología depresiva (Lansford y cols., 2006).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en su conjunto permiten corroborar la hipótesis planteada en cuanto a que el sistema familiar se construye a través de un clima social familiar positivo que promueve la autonomía y una flexibilidad para el cambio; donde se establecen relaciones afectivas y estilos comunicativos expresivos. Para el caso de un sistema familiar disfuncional, se caracteriza por existir un distanciamiento afectivo/expresivo de los padres con los hijos con lo cual condiciona la aparición de síntomas depresivos y la ideación suicida en los niños.

Por otro lado, la población de 9 a 12 años en el estado de Sonora presenta sintomatología depresiva de media a severa y desde su propia percepción el clima familiar así como el sistema familiar son determinantes para los estilos comunicativos de los padres con los hijos, se debe sin embargo realzar el hecho de que el estilo comunicativo del padre no tenga influencia en la presencia de rasgos depresivos de manera directa en los niños.

El estudio aporta un acercamiento a la propia percepción del niño de su sistema y su clima social familiar, y las variables que se encuentran dentro de ambos constructos, aunado a los estilos comunicativos de ambos padres para con ellos. Uno de los datos claves que se detectaron en los resultados del modelo es el que la madre es la que determina el desarrollo de la depresión del niño desde sus estilos comunicativos, a pesar de la incursión actual del padre en la vida familiar y la crianza de los hijos. El modelo desarrollado es en sí una

aportación por si sola al denotar cómo los factores familiares estudiados se relacionan de forma positiva o negativa para la sintomatología depresiva en los niños que es a su vez un factor de riesgo importante en la presencia de conductas suicidas. Dichos aportes pueden ayudar a la elaboración de programas de intervención familiar y destacar la importancia de la comunicación en la familia, así como la incursión de los padres en el desarrollo de los niños como parte esencial. Por otro lado, aporta datos importantes para el cuidado de la salud mental de la población infantil, denotando que los rasgos depresivos se encuentran en poblaciones menores de 12 años y son considerablemente altos. A su vez, el que exista la presencia de ideación suicida debe ser también un foco de alerta para las autoridades correspondientes de la salud mental.

Alcances y limitaciones

Para finalizar, no se debe dejar de lado las limitaciones del estudio, comenzando por enunciar las de tipo conceptual, metodológicas y operativas: en primer lugar el ubicar estudios específicos de las conductas suicidas en poblaciones menores a 12 años de la República Mexicana, desde una perspectiva psicosocial. En segundo lugar las dificultades de no contar con instrumentos o medidas específicas para el grupo de población elegido, lo que queda reflejado en los resultados del instrumento y el método elegido para determinar la población con ideación suicida, así como los elegidos para medir el sistema, clima y comunicación familiar. Siendo ésta limitación la que llevó a replantear la hipótesis y el camino de la tesis completa. En tercer lugar la complejidad de abordar temas como el pretendido primeramente con las autoridades pertinentes y posteriormente con la población infantil.

Se sugiere continuar con el estudio de los rasgos depresivos en los niños y su relación con múltiples variables sociopsicológicas, con herramientas de medición más adecuadas y estandarizadas para su edad, a su vez llevar a cabo investigaciones con enfoques cualitativos. En cuanto a las conductas suicidas se sugiere la elaboración de instrumentos de medición pertinentes para la edad, elaborados y estandarizados para población.

Como alcances se debe resaltar que los resultados son un gran avance en el acercamiento de conocer y entender desde la propia visión del niño, cómo ve e interpreta sus conflictivas familiares, así como vive la comunicación de sus padres hacia ellos. El modelo teórico planteado da luz y ayuda a esclarecer la influencia de los padres en el desarrollo de conflictivas emocionales y conductuales en los niños como generadores de un estado de bienestar o malestar que derive en cuestiones consideradas de gran importancia para la salud social, pública y mental.

BIBLIOGRAFÍA

- Aichhorn W., Fartacek R., Thun-Hohenstein, L. Does antidepressant therapy increase suicide risk in children and adolescents?- A comment. *Neuropsychiatrie* 2008;22(1):16-22
- Aluja, A., Barrio, V. García, L (2006). Comparison of several shortened versions of the EMBU: Exploratory and confirmatory factor analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 23-31.
- Apter A., King R.A. Management of the depressed, suicidal child or adolescent. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2006;15(4): 999-1013.
- Arranz, E. y Olabarrieta, F. (1998). Las relaciones entre hermanos. En Rodrigo, M.J. y Palacios. *Familia y desarrollo humano*. (pp. 245-260). Madrid: Alianza.
- Benjet, Corina, Borges, Guilherme, Medina-Mora, Ma Elena, Fleiz-Bautista, Clara, & Zambrano-Ruiz, Joaquín. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.
- Bobes García J.; González Seijo J.; Saiz Martínez Pa. (1997). *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Psiquiatría Médica. Barcelona. Editorial Masson.

- Botella L. y Vilaregut A. (2000). La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución. [Artículo de internet]. Facultat de Psicologia i Ciències de l' Educació Blanquerna. Universitat Ramon Llull. (<http://www.infomed.es/constructivism/documsweb/tfs/html>).
- Bridge, J.A., Axelson D.A. The contribution of pharmacoepidemiology to the antidepressant-suicidality debate in children and adolescents. *International Review of Psychiatry* 2008; 105(9):149-155.
- Cooper, J. E. et al (1983). Self esteem and family cohesion: The child's perspective and adjustment. *Journal of Marriage and Use Family*, febrero, 153-158
- CORTÉS, M. R. y CANTÓN, J.: "El abuso sexual infantil: un grave problema. Abuso sexual infantil, Pirámide, Madrid, 2000,13-52
- Del Barrio, V. (2000). El conocimiento de las emociones en los niños de 4 a 8 años. *Ansiedad y Estrés*, 6, 191-202. A del Barrio, V. (2000). Problemas Psicológicos en las familias de reproducción asistida. *Revista de Psicología de la Salud*, 12, 51-73.
- Del Barrio, V. (2000). La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones. Málaga: Aljibe
- Del Barrio, V. (2007). El niño deprimido. Barcelona: Ariel.
- Del Barrio, V., Roa, M.L., Olmedo, M. y Colodrón, F. (2002). Primera adaptación del CDI-S a población española. *Revista Acción Psicológica*, 3,1, 263-272.
- Doménech, E., Subirà, S. y Cuxart, F. (1996). Trastornos del estado del ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En: Buendía, J. (Dir.), *Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide.

- Drtílková, I. Current view on the suicide risk during treatment of antidepressants in children. *Ceska a Slovenska Psychiatrie* 2007;103(1):22-27.
- Duarte C, Bordin I, De Paula C, Hoven C. Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. *Psiquiatria y Salud integral*; 2002; 2 (4): 2-5.
- Duarte CS, Bordin I, Paula C, Hoven W. Conductas suicidas en adolescentes brasileños: análisis exploratorio de prevalencia y factores de riesgo. *Rev Psiquiatr y Salud Int* 2002;2(4):32-37
- Emerich, J. A. (1988). "El Suicidio, la Familia y la Crisis". *Psicoterapia y Familia*. Vol. 1. No. 2: 7-17.
- Esposito-Smythers C, Goldstein T., Birmaher B., Goldstein B., Hunt J., Ryan N., Axelson D., et al.. Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 2010.
- Estévez, E., Herrero, J., Martínez, B., y Musitu, G. (2006). Aggressive and nonaggressive rejected students: An analysis of their differences. *Psychology in the Schools*, 43, 387-400.
- Farrel, M. P. & Barnes, O. M. (1993). Family System and Social Support: A test of the Effects of Cohesion and Adaptability on the Functioning Parents and Adolescents. *Journal of Marriage and Use Family*, 55, 1, 133-145
- Feixas,G Y Miro,M.T(1993):Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona. Paidós.
- Gastaminza X, Vacas R, Ros SM. La Conducta Suicida en la Infancia y en la Adolescencia. En: Ros SM (Ed.) *La Conducta Suicida*. Madrid: Arán ediciones S.A. 1998. P 179-195.
- Gaviria, A., Martínez, P., Atehortúa, F. y Trujillo, C. (2006). Prevalencia de la depresión en niños escolarizados entre los 8 y 12 años del municipio de

La Ceja Antioquia. Ponencia en el XII Congreso Colombiano de Psicología, Medellín 3-6 de mayo.

Ghanizadeh A., Baligh-Jahromi P. Depression, anxiety and suicidal behavior in children and adolescents with Haemophilia. *Haemophilia* 2009; 15(2):528-532.

Gómez, Y., Alvis, A., & Sepúlveda M. (2003). Baremación del CDI para niños entre 8 y 12 años. En: Investigaciones de psicología clínica cognitiva-comportamental en la ciudad de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia.

Gómez, I., Alvis, A., Sepúlveda, M. F. (2003). Características psicométricas del instrumento. Children Depression Inventory (CDI) para detectar sintomatología depresiva en niños de 8 a 12 años de la ciudad de Medellín. En: PSICOG (editores). Investigaciones de psicología clínica-cognitiva comportamental en la ciudad de Medellín: U. DE A.

González Forteza, C. y Rodríguez Ruiz, E. (1993) Autoestima y sintomatología progresiva en adolescentes mexicanos; un estudio correlacional por género. *Revista ABPAL*, 15, 2, 59-63

Goodman W.K., Murphy T.K., Lazoritz M. Risk of suicidality during antidepressant treatment of children and adolescents. *Primary Psychiatry* 2006;13(1): 43-50

Halayem S., Bouden A., Othman S., Halayem M.B. Suicide attempts in children and adolescents in a Tunisian clinical sample: Clinical implications and risk factors. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2009.

Herrera, E., Losada, Y. L. y Rojas, L. A. (2006, Mayo). Prevalencia de la sintomatología de la depresión en los niños y niñas escolarizados en básica primaria, entre los 8 y 11 años de edad, de la ciudad de Neiva, 2005-2006.

<http://www.iasp.info/index.php>

<http://www.sinais.salud.gob.mx/estadisticasportema.html>

Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática. (2002) Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. Cuaderno 8. pp. 20-25. México

J. J. Rodríguez, R. Kohn & S. AguilarGaxiola (eds.) Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, (pp. ix-xv). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Jackson, H. and Nuttall, R.L. (2001). A relationship between childhood sexual abuse and professional sexual misconduct. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(2):200-204

Jolin E.M., Weller E.B., Weller R.A. Suicide risk factors in children and adolescents with bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports* 2007;9(2):122-128.

Kaila, M. & Tsambarli, L. (1997). Family Conflict and Child Development. A Case Study. Paper presented to 7th European Conference on the Quality in Early Childhood Education. "Childhood in a Changing Society". Munich

Kaizar E.E., Greenhouse J., Seitman H., Kelleher K. Do antidepressants cause suicidality in children? A Bayesian meta-analysis. 2006; 3(2):73-90.

Kastrup M. & Ramos, A. (2007). Global mental health. *Dan Med Bull.*54 (1) 42-3.

Kastrup MC, Ramos AB. (2007). Global mental health. *Danish Medical Bulletin* 54(1):42-43.

Kessler R.; Berglund P.; Demler, O.; Jin, R.; Merikangas K & Walters E. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 62(6), 593-602.

- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WorldHealth Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007;6(3):168-176.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kjelsberg, E., Neegaard. E., Dahl, A. (1994) "Suicide in adolescent psychiatric inpatients: Incidence and predictive factors". *Acta Psychiatr. Scand.*89: 235-241.
- Kulikov A.V. Suicidal behavior in children and adolescents with endogenous psychiatric disorders. *Zhurnal Nevrologii I Psihiatrii imeni S.S. Korsakova* 2007; 107(8):15-23
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Crozier, J., & Kaplow, J. (2002). A 12 year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 156, 824-83
- Liu X., Gentzler A.L., Tepper P., Kiss E., Kothencné V.O., Tamás Z., et al. Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. *Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 67(9):1442-1450
- López A.; Mathers C.; Ezzati M.; Jamison, D. & Murray, C. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*. 367 (9524), 1747-57.
- López AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, eds. *Global burden of disease and risk factors*. New York: Oxford University Press, 2006.

- Mantilla, L.F., Sabalza, L., Díaz, L.A. y Campos, A. (2004). Prevalencia de la sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (2), 163-171.
- Manzo, Guerrero, Guadalupe. (2005) El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuicuilco* vol. 12 núm. 33. Escuela Nacional de Antropología e Historia. Pp.153-171
- Miranda de la Torre, I., Cubillas, M.J., Román, R. y Váldez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502
- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6), 4-15.
- Montiel-Nava, C., Montiel-Barberol. I. & Peña, J. (2005). Clima familiar en el trastorno por déficit de atención- hiperactividad. *Psicología conductual: revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 13(2), 297-310.
- Moos, R. y Trickett, E. (1974). *Classroom Environment Scale Manual*. Palo Alto, California: Ed. Consulting Psychologist Press.
- Muris P, Merckelbach H, Ollendick T, King N, Bogie N. Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: Their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*. 2002;40:753–772.
- Nickel P., Dalitz E., Dermandt C., Kless W., Gühne K., Siekmeyes W. Socio-emotional and psychic factors in suicidal behavior in children and adolescents. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 2003;151(2): 202-208
- Olson, D.H. y Wilson, M. (1982). Family satisfaction. En D.H. Olson, H.I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen y M. Wilson (Eds.), *Family*

inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle (pp. 43-49). St. Paul, MN University of Minnesota.

Omigbodun O.O, Adejumo O.A., Babalola O.O. Suicide attempt by hanging in preadolescent children. A case series. Westa African Journal of Medicine 2008; 2784):259-262.

Organización Mundial de la Salud (2002) Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS, Ginebra

Organización Mundial de la Salud, OMS, (2011). The Global Burden of Disease: 2004 update. Switzerland: World Health Organization. Organización Mundial de la Salud, Depression. Mental Health. Consultado en línea: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html el 11 de enero de 2012.

Organización Mundial de la Salud. OMS, (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Ediciones de la OMS.

Pana, N. (2001). Relación entre clima social familiar e inteligencia en los alumnos del 5to grado de educación secundaria de los centros educativos públicos del distrito del porvenir-Trujillo Universidad cesar Vallejo. Recuperado Abril 23 de 2008, de ucvvirtual.edu.pe

Pardo, G.; Sandoval, A. y Umbarita, D. (2004). "Adolescencia y depresión", Revista Colombiana de Psicología, 13, 13-28.

Prieto-Cuellar M, López-Sánchez JM. Las penalidades del joven Goethe ("Werther"). Seminario No 794 (26-I-1994). In: Lopez-Sanchez JM, editor. Seminarios de la Unidad de Docencia y Psicoterapia (1993-1994). Granada: H. Virgen de las Nieves, Junta de Andalucía, 1995: 396-417.

- Qin P., Mortensen P.B., Pedersen C.C. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Archives of General Psychiatry* 2009; 66(6):628-632.
- Renaud J., Berlim M.T., McGirr A., Tousignant M., Turecki G. Current psychiatric morbidity, aggression, impulsivity, and personality dimensions in child and adolescents suicide. A case control study. *Journal of Affective Disorders* 2008;105(1-3): 221-228
- Resch F., Parzer, P., Brunner R. Self mutilation and suicidal behavior in children and adolescents: Prevalence and psychosocial correlates; Results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2008;17(SUPPL 1):22-33
- Rodrigo, M.J. y Palacios. *Familia y desarrollo humano*. (pp. 245-260). Madrid: Alianza.
- Rodriguez, J.; Kohn, R. & Aguilar, S. (2009) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Pan American Health Org.
- Sarró, Blanca. de la Cruz, Cristina. (1991). *Los Suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- Saylor, C.F., Finch, A.J., Furey, W., Hass, C. y Kelly, M.M. (1984). Construct validity for measures of childhood depression: Application of multitrait-multimethod methodology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 977-985.
- Schneidman ES. *Suicidology, contemporary developments*. Nueva York: Grune-Stratton, 1976
- Shipman K., Taussing H. Mental health treatment of child abuse and neglect: the promise of evidence-based practice. *Pediatric clinics of North America* 2009; 56(2): 417-428.
- Shneidman E. *The suicidal mind*. Oxford: University Press, 1998:26-63.

- Spirito A., Overholser J., The suicidal child: Assesment and management of adolescents after a suicide attempt. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 2003;12(4):649-665.
- Tabachnick,B.G. and Fidell,L.S., (1989) *Using multivariate statistics* (2nd ed.). New York: Harper Collins.
- Tandt H., Audenaert k., Van Heeringen C. SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors) and suicidality in adults, adolescents and children. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2009; 6:387-393
- Torres, Y.; Posada, J.; Bareño, J. & Berbesí, D. (2010). Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en los Adolescentes en Colombia (p. 105– 136). En Y. Torres (Ed). *Situación de Salud Mental del Adolescente, Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Medellín: Universidad CES
- Vajani M., Annet J.L., Corsby A.E., Alexander J.D., Millet L.M. Nonfatal and fatal self-harm injuries among children aged 10-14 years-United States and Oregon, 2001-2003. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007;37(5):493-506.
- Vélez, C.N., Jonhson, J., Cohen, P. (1989). Alongitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 861-864.
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universid De Duesto.
- Vinaccia, S., Gaviria, A., Atehortua, L., Martinez, P., Trujillo, C., Quiceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del Child depression inventory CD. *Revista perspectiva en psicología*. Vol.2, No. 1. 217-227
- Vinaccia, S.; Gaviria, A.; Atehortúa, L.; Martínez, P.; Trujillo, C. & Quiceno, J. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12

años en el Municipio de la Ceja Antioquia. *Revista Diversitas – Perspectivas en psicología*, 2(1), 217-227.

Wagner K.D., Rouleau M., Joiner T. Cognitive factors related to suicidal ideation and resolution in psychiatrically hospitalized children and adolescents. 2000; 157(12): 2017-2021.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York: Norton. Translations: German, Dutch, Spanish, Italian, French, Portuguese, Japanese, Greek.

Wohlfarth T.D., Van Zwieten B.J. Lekkerkerker F.J., Gispen-De Wied C.C., Ruis J.R., Elferink A.J.A., et al. Antidepressants use in children and adolescents and the risk of suicide. *European Neuropsychopharmacology* 2006;16(2): 79-83.

Wu P., Hoven C.W., Liu X., Cohen P., Fuller C.J., Shaffer D. Substance use, suicidal ideation and attempts in children and adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004;31(4): 408-420

Wyman P.A., Gaudieri P.A., Schmeelk-Cone K., Cross W., Brown C.H., Sworts L., et al.. Emotional triggers and psychopathology associated with suicidal ideation in urban children with elevated aggressive-disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology* 2009; 37:917-928

ANEXOS

Cuestionario piloto

Este cuestionario es parte de un estudio que estamos realizando en varias escuelas de nuestra ciudad con niños como tú. Queremos conocerte mejor y saber de ti y de tu familia. Te pedimos que respondas con cuidado y sinceridad. Si tienes alguna duda por favor levanta la mano y pregúntanos.

Nombre: _____

Fecha: _____

Nombre _____ de _____ la
Escuela _____

Turno: Mañana _____ Tarde: _____ Niña: _____

Niño: _____

5to: _____ 6to: _____

1) ¿Vive tu papá? 1. Si _____ 2.No _____

2) ¿Vive tu mamá? 1. Si _____ 2.No _____

3) ¿Tienes hermanos? 1. Si _____ 3.No _____

4) ¿Cuántos hermanos tienes? _____

5) Lugar que ocupas en la familia: primero ___ último ___ en medio ___

6) ¿Con quién vives? (marca con una X todos los que viven contigo)

1. Papá 3.Padrastro 5.Tíos 7.Abuelo/abuela

9.Otros familiares

2. Mamá 4.Madrastra 6.hermanos(as) 8.Hermanastros(as)

Dime cuál de estas frases te describe mejor, **marca** con una **X** en el cuadro de al lado de una de las tres frases. Recuerda escoger la frase que **describe** mejor tus **sentimientos o ideas de las últimas dos semanas**

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

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

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

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

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

12	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	

13	Odías como eres	
	No te gusta como eres	

	Te gusta como eres	
--	--------------------	--

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

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

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

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

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

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

20	Te ves bien	
	Hay algunas cosas de tu apariencia que no te gustan	
	Eres feo (o fea)	

21	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	

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

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

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

25	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	

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

27	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	
--	---	--

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

29	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	

30	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	

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

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

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

Por favor **lee con cuidado** y en cada frase **tacha** con una **X**. contesta con toda la sinceridad posible sin dejar en blanco ninguna pregunta. Recuerda que **V es para verdadero** y **F es para falso**.

34	En mi familia, nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.	V	F
35	En mi familia, guardamos siempre nuestros sentimientos sin comentar a otros.	V	F
36	En nuestra familia, peleamos mucho	V	F
37	En mi familia por lo general, ningún miembro decide por su cuenta.	V	F
38	Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.	V	F
39	En mi familia, hablamos siempre de temas políticos y sociales.	V	F
40	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	V	F
41	Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las actividades de la iglesia.	V	F
42	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.	V	F
43	En mi familia, tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces	V	F
44	En mi familia, muchas veces da la impresión que solo estamos “pasando el rato”	V	F
45	En mi casa, hablamos abiertamente de lo que queremos o nos parece.	V	F
46	En mi familia, casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.	V	F
47	En mi familia, nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.	V	F
48	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	V	F
49	En mi familia, casi nunca asistimos a reuniones culturales y deportivas.	V	F
50	Frecuentemente vienen mis amistades a visitarnos a casa.	V	F
51	En mi casa, no rezamos en familia.	V	F
52	En mi casa, somos muy ordenados y limpios.	V	F
53	En mi familia, hay muy pocas normas de convivencia que cumplir	V	F
54	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	V	F
55	En mi familia es difícil “solucionar los problemas” sin molestar a todos.	V	F
56	En mi familia a veces nos molestamos de lo que algunas veces golpeamos o rompemos algo	V	F

57	En mi familia, cada uno decide por sus propias cosas.	V	F
58	Para nosotros, no es muy importante el dinero que gana cada uno de la familia.	V	F
59	En mi familia, es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	V	F
60	Alguno de mi familia práctica siempre algún deporte.	V	F
61	En mi familia, siempre hablamos de la navidad, Semana Santa, fiestas patronales y otras.	V	F
62	En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.	V	F
63	En mi familia, una sola persona toma la mayoría de las decisiones.	V	F
64	En mi familia, estamos fuertemente unidos.	V	F
65	En mi casa, comentamos nuestros problemas personalmente.	V	F
66	Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.	V	F
67	Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.	V	F
68	En mi familia, nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”	V	F
69	En mi familia, nos interesan poco las actividades culturales.	V	F
70	En mi familia, siempre vamos a excursiones y paseos.	V	F
71	No creemos en el cielo o en el infierno.	V	F
72	En mi familia, la puntualidad es muy importante.	V	F
73	En mi casa, las cosas se hacen de una forma establecida.	V	F
74	Cuando hay algo que hacer en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario de la familia.	V	F
75	En mi casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.	V	F
76	Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.	V	F
77	En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.	V	F
78	Nos esforzamos por hacer las cosas cada vez un poco mejor.	V	F
79	En mi casa, casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.	V	F
80	En mi casa, casi todos tenemos una o dos aficiones.	V	F
81	Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.	V	F
82	En mi familia, cambiamos de opinión frecuentemente.	V	F
83	En mi casa, se da mucha importancia al cumplimiento de las	V	F

	normas.		
84	Los miembros de mi familia nos ayudamos unos a otros.	V	F
85	En mi familia cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado	V	F
86	En mi familia, cuando nos peleamos nos vamos a las manos	V	F
87	Generalmente en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema	V	F
88	En mi casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.	V	F
89	Alguno de nosotros toca algún instrumento musical.	V	F
90	Ninguno de mi familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o del colegio.	V	F
91	En mi familia, creemos en algunas cosas en las que hay que tener Fe.	V	F
92	En mi casa, nos aseguramos que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.	V	F
93	En las decisiones familiares de mi casa, todas las opiniones tienen el mismo valor.	V	F
94	En mi familia, hay poco espíritu de trabajo en grupo.	V	F
95	En mi familia, los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.	V	F
96	Cuando hay desacuerdos en mi familia, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.	V	F
97	Los miembros de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, para defender sus derechos	V	F
98	En mi familia, apenas nos esforzamos para tener éxito.	V	F
99	Los miembros de mi familia, practicamos siempre la lectura.	V	F
100	En mi familia, asistimos a veces a cursos de capacitación por afición o por interés.	V	F
101	En mi familia, cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.	V	F
102	En mi familia, están claramente definidas las tareas de cada persona.	V	F
103	En mi familia, cada uno tiene libertad para lo que quiere.	V	F
104	En mi familia, realmente nos llevamos bien unos a otros.	V	F
105	En mi familia, generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.	V	F
106	Los miembros de mi familia, estamos enfrentados unos con otros.	V	F
107	En mi casa, es difícil ser independientes sin herir los sentimientos	V	F

	de los demás.		
108	“Primero es el trabajo, luego es la diversión “es una norma en mi familia.	V	F
109	En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.	V	F
110	Los miembros de mi familia, salimos mucho a divertirnos.	V	F
111	En mi familia, leer la Biblia es algo importante.	V	F
112	En mi familia, el dinero no se administra con mucho cuidado.	V	F
113	En mi casa, las normas son muy rígidas y “tienen” que cumplirse.	V	F
114	En mi familia, se da mucha atención y tiempo a cada uno.	V	F
115	En mi familia, expresamos nuestras opiniones en cualquier momento.	V	F
116	En mi familia, creemos que no se consigue mucho elevando la voz.	V	F
117	En mi familia, no hay libertad para expresar claramente lo que uno piensa.	V	F
118	En mi familia, hacemos comparaciones sobre nuestro rendimiento en el trabajo o el estudio.	V	F
119	A los miembros de mi familia, nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.	V	F
120	Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar la radio.	V	F
121	En mi familia, creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.	V	F
122	En mi casa, generalmente después de comer se recoge inmediatamente los servicios de cocina y otros.	V	F
123	En mi familia, uno no puede salirse con su capricho.	V	F

Nombre: _____

Por favor contesta todas las preguntas con toda la sinceridad posible. Recuerda sólo dar una respuesta por pregunta y no dejes de contestar ninguna. Contesta las preguntas **tachando** con una (X) la frecuencia con la que ocurre lo que se te pregunta.

Por ejemplo:

Veo la televisión:

Casi Nunca	Pocas Veces	Algunas Veces	Muchas
Veces	Casi Siempre		
1	2	3	4
5			

*Según esta respuesta, ves la televisión **Muchas Veces**

Responde a la siguiente sección de preguntas respondiendo **¿Cómo es tu familia?**

	En mi familia:	CASI NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	Nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos	1	2	3	4	5
1	Se toma en cuenta la opinión de los hijos cuando surge un problema	1	2	3	4	5
1	Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
1	Se toma en cuenta la opinión de los hijos al establecer normas de disciplina	1	2	3	4	5
1	Preferimos relacionarnos con los familiares más cercanos (abuelos, tíos,	1	2	3	4	5

	primos)					
1	Diferentes personas de mi familia mandan en ella	1	2	3	4	5
1	La cercanía entre los miembros de nuestra familia es mayor que entre personas que no pertenecen a ella	1	2	3	4	5
1	En mi familia cambiamos la manera de realizar las diferentes tareas o quehaceres de acuerdo a las necesidades	1	2	3	4	5
1	Nos gusta pasar el tiempo libre juntos	1	2	3	4	5
1	Padres e hijos acordamos juntos los castigos	1	2	3	4	5
1	Nos sentimos muy unidos entre nosotros	1	2	3	4	5
1	En mi familia los hijos también toman decisiones	1	2	3	4	5
1	Cuando en mi familia tenemos que realizar alguna actividad juntos, todos los miembros participamos	1	2	3	4	5
1	En mi familia las normas o reglas pueden cambiar	1	2	3	4	5
1	Se nos ocurre fácilmente hacer cosas juntos	1	2	3	4	5
1	Nos repartimos las responsabilidades de la	1	2	3	4	5

	casa entre los distintos miembros de la familia					
1	A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros	1	2	3	4	5
1	Es difícil saber quién manda en nuestra familia	1	2	3	4	5
1	El sentimiento de unión familiar es muy importante para nosotros	1	2	3	4	5
1	Es difícil saber qué tarea realiza cada miembro de la familia	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES:

Se te presentan una lista de 20 características que comúnmente presentan los padres al comunicarse. Deberás calificar a tu mamá en CADA UNA de las características enlistadas (agradable, gritona, comprensiva, dominante, etcétera).

** Marca tu respuesta con (X) tu respuesta considerando lo siguiente:

1. Marca el **1**, cuando pienses que tu mamá tiene **NADA** de esa característica.
2. Marca el **2**, cuando posee **UN POCO** de esa característica.
3. Marca el **3** cuando tiene **ALGO** de esa característica
4. Marca el **4** cuando tiene **BASTANTE** de esa característica
5. Marca el **5** cuando posee **MUCHO** de esa característica

CUANDO MI MAMÁ PLÁTICA CONMIGO ES:

	1	2	3	4	5
14	Nada Agradable	Un Poco Agradable	Algo Agradable	Bastante Agradable	Muy Agradable
14	Nada Gritona	Un Poco Gritona	Algo Gritona	Bastante Gritona	Muy Gritona

14	Nada Comprensiva	Un Poco Comprensiva	Algo Comprensiva	Bastante Comprensiva	Muy Comprensiva
14	Nada Intolerante	Un Poco Intolerante	Algo Intolerante	Bastante Intolerante	Muy Intolerante
14	Nada Tierna	Un Poco Tierna	Algo Tierna	Bastante Tierna	Muy Tierna
14	Nada Dominante	Un Poco Dominante	Algo Dominante	Bastante Dominante	Muy Dominante
15	Nada Indiferente	Un Poco Indiferente	Algo Indiferente	Bastante Indiferente	Muy Indiferente
15	Nada Cariñosa	Un Poco Cariñosa	Algo Cariñosa	Bastante Cariñosa	Muy Cariñosa
15	Nada Fría	Un Poco Fría	Algo Fría	Bastante Fría	Muy Fría
15	Nada Amable	Un Poco Amable	Algo Amable	Bastante Amable	Muy Amable
15	Nada Violenta	Un Poco Violenta	Algo Violenta	Bastante Violenta	Muy Violenta
15	Nada Tranquila	Un Poco Tranquila	Algo Tranquila	Bastante Tranquila	Muy Tranquila
15	Nada Agresiva	Un Poco Agresiva	Algo Agresiva	Bastante Agresiva	Muy Agresiva
15	Nada Grosera	Un Poco Grosera	Algo Grosera	Bastante Grosera	Muy Grosera
15	Nada Accesible	Un Poco Accesible	Algo Accesible	Bastante Accesible	Muy Accesible
15	Nada Mandona	Un Poco Mandona	Algo Mandona	Bastante Mandona	Muy Mandona
16	Nada Amigable	Un Poco Amigable	Algo Amigable	Bastante Amigable	Muy Amigable
16	Nada Problemática	Un Poco Problemática	Algo Problemática	Bastante Problemática	Muy Problemática
16	Nada Sincera	Un Poco Sincera	Algo Sincera	Bastante Sincera	Muy Sincera
16	Nada Enojona	Un Poco Enojona	Algo Enojona	Bastante Enojona	Muy Enojona
16	Nada Confiable	Un Poco Confiable	Algo Confiable	Bastante Confiable	Muy Confiable

16	Nada Criticona	Un Poco Criticona	Algo Criticona	Bastante Criticona	Muy Criticona
----	----------------	-------------------	----------------	--------------------	---------------

CUANDO MI PAPÁ PLÁTICA CONMIGO ES:

	1	2	3	4	5
16	Nada Agradable	Un Poco Agradable	Algo Agradable	Bastante Agradable	Muy Agradable
16	Nada Gritón	Un Poco Gritón	Algo Gritón	Bastante Gritón	Muy Gritón
16	Nada Comprensivo	Un Poco Comprensivo	Algo Comprensivo	Bastante Comprensivo	Muy Comprensivo
16	Nada Intolerante	Un Poco Intolerante	Algo Intolerante	Bastante Intolerante	Muy Intolerante
17	Nada Tierno	Un Poco Tierno	Algo Tierno	Bastante Tierno	Muy Tierno
17	Nada Dominante	Un Poco Dominante	Algo Dominante	Bastante Dominante	Muy Dominante
17	Nada Indiferente	Un Poco Indiferente	Algo Indiferente	Bastante Indiferente	Muy Indiferente
17	Nada Cariñoso	Un Poco Cariñoso	Algo Cariñoso	Bastante Cariñoso	Muy Cariñoso
17	Nada Frío	Un Poco Frío	Algo Frío	Bastante Frío	Muy Frío
17	Nada Amable	Un Poco Amable	Algo Amable	Bastante Amable	Muy Amable
17	Nada Violento	Un Poco Violento	Algo Violento	Bastante Violento	Muy Violento
17	Nada Tranquilo	Un Poco Tranquilo	Algo Tranquilo	Bastante Tranquilo	Muy Tranquilo
17	Nada Agresivo	Un Poco Agresivo	Algo Agresivo	Bastante Agresivo	Muy Agresivo
17	Nada Grosero	Un Poco Grosero	Algo Grosero	Bastante Grosero	Muy Grosero
18	Nada Accesible	Un Poco Accesible	Algo Accesible	Bastante Accesible	Muy Accesible
18	Nada Mandón	Un Poco Mandón	Algo Mandón	Bastante Mandón	Muy Mandón

18	Nada Amigable	Un Poco Amigable	Algo Amigable	Bastante Amigable	Muy Amigable
18	Nada Problemático	Un Poco Problemático	Algo Problemático	Bastante Problemático	Muy Problemático
18	Nada Sincero	Un Poco Sincero	Algo Sincero	Bastante Sincero	Muy Sincero
18	Nada Enojón	Un Poco Enojón	Algo Enojón	Bastante Enojón	Muy Enojón
18	Nada Confiable	Un Poco Confiable	Algo Confiable	Bastante Confiable	Muy confiable
18	Nada Criticón	Un Poco Criticón	Algo Criticón	Bastante Criticón	Muy Criticón

Cuestionario final

Este cuestionario es parte de un estudio que estamos realizando en varias escuelas de nuestra ciudad con niños como tú. Queremos conocerte mejor y saber de ti y de tu familia. Te pedimos que respondas con cuidado y sinceridad. Si tienes alguna duda por favor levanta la mano y pregúntanos.

Nombre: _____

Fecha: _____

Nombre _____ de _____ la
Escuela _____

Turno: Mañana _____ Tarde: _____ Niña: _____

Niño: _____

5to: _____ 6to: _____

1) ¿Vive tu papá? 1. Si _____ 2.No _____ 2) ¿Vive tu mamá? 1.

Si _____ 2.No _____

3) ¿Tienes hermanos? 1. Si _____ 3.No _____ 4) ¿Cuántos hermanos
tienes? _____

5) Lugar que ocupas en la familia: primero _____ último _____ en medio _____

6) ¿Con quién vives? (marca con una X todos los que viven contigo)

1. Papá 3.Padrastro 5.Tíos 7.Abuelo/abuela

9.Otros familiares

2. Mamá 4.Madrastra 6.hermanos(as) 8.Hermanastros(as)

7) ¿Practicas alguna religión? 1. Si _____ 2.No. _____ 8)

¿Cuál? _____

Dime cuál de estas frases te describe mejor, **marca** con una **X** en el cuadro de al lado de una de las tres frases. Recuerda escoger la frase que **describe** mejor tus **sentimientos o ideas de las últimas dos semanas**

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

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

10	Haces bien la mayoría de las cosas	
	Haces mal muchas cosas	
	Todo lo haces mal	
11	Te diviertes con muchas cosas	
	Te diviertes con algunas cosas	
	Nada es divertido	

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

13	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	

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

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

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

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

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

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

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

21	Te ves bien	
	Hay algunas cosas de tu apariencia que no te gustan	
	Eres feo (o fea)	

22	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	

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

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

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

26	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	

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

28	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	

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

30	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	

31	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	

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

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

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

Por favor **lee con cuidado** y en cada frase **tacha** con una **X**. contesta con toda la sinceridad posible sin dejar en blanco ninguna pregunta. Recuerda que **V es para verdadero** y **F es para falso**.

124	En mi familia, nos ayudamos y apoyamos unos a otros.	V	F
-----	--	----------	----------

125	En nuestra familia, peleamos mucho	V	F
126	En mi familia, hablamos siempre de temas políticos y sociales.	V	F
127	Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.	V	F
128	Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.	V	F
129	En mi familia, nos esforzamos mucho para mantener la libertad de cada uno.	V	F
130	Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.	V	F
131	En mi casa, somos muy ordenados y limpios.	V	F
132	Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.	V	F
133	En mi familia, es muy importante aprender algo nuevo o diferente.	V	F
134	Alguien de mi familia práctica siempre algún deporte.	V	F
135	En mi familia, siempre hablamos de la navidad, Semana Santa, fiestas religiosas y otras.	V	F
136	En mi familia, estamos fuertemente unidos.	V	F
137	En mi casa, comentamos nuestros problemas personalmente.	V	F
138	En mi familia nos esforzamos por hacer las cosas cada vez un poco mejor.	V	F
139	Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.	V	F
140	Los miembros de mi familia nos ayudamos unos a otros.	V	F
141	En mi familia, creemos en algunas cosas en las que hay que tener Fe.	V	F
142	En mi casa, nos aseguramos que nuestros cuartos queden limpios y ordenados.	V	F
143	Cuando hay desacuerdos en mi familia, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.	V	F
144	Los miembros de mi familia reaccionan firmemente para defender sus derechos	V	F
145	En mi familia, apenas nos esforzamos para tener éxito.	V	F
146	En mi familia, están claramente definidas las tareas de cada persona.	V	F
147	En mi familia, realmente nos llevamos bien unos con otros.	V	F
148	“Primero es el trabajo, luego es la diversión “es una norma en mi familia.	V	F
149	En mi familia, se da mucha atención y tiempo a cada uno.	V	F
150	En mi familia, no hay libertad para expresar claramente lo que uno piensa.	V	F
151	A los miembros de mi familia, nos gusta realmente el arte, la	V	F

música o la literatura.		
-------------------------	--	--

Por favor contesta todas las preguntas con toda la sinceridad posible. Recuerda sólo dar una respuesta por pregunta y no dejes de contestar ninguna. Contesta las preguntas **tachando** con una (X) la frecuencia con la que ocurre lo que se te pregunta.

¿Cómo es tu familia?

	En mi familia:	CASI NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
¹	Nos pedimos ayuda entre nosotros cuando la necesitamos	1	2	3	4	5
¹	Se toma en cuenta la opinión de los hijos cuando surge un problema	1	2	3	4	5
¹	Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia	1	2	3	4	5
¹	Se toma en cuenta la opinión de los hijos al establecer normas de disciplina	1	2	3	4	5
¹	Preferimos relacionarnos con los familiares más cercanos (abuelos, tíos, primos)	1	2	3	4	5
¹	Diferentes personas de mi familia mandan en ella	1	2	3	4	5
¹	La cercanía entre los miembros de nuestra	1	2	3	4	5

	familia es mayor que entre personas que no pertenecen a ella					
1	En mi familia cambiamos la manera de realizar las diferentes tareas o quehaceres de acuerdo a las necesidades	1	2	3	4	5
1	Nos gusta pasar el tiempo libre juntos	1	2	3	4	5
1	Padres e hijos acordamos juntos los castigos	1	2	3	4	5
1	Nos sentimos muy unidos entre nosotros	1	2	3	4	5
1	En mi familia los hijos también toman decisiones	1	2	3	4	5
2	Cuando en mi familia tenemos que realizar alguna actividad juntos, todos los miembros participamos	1	2	3	4	5
2	En mi familia las normas o reglas pueden cambiar	1	2	3	4	5
2	En mi familia se nos ocurre fácilmente hacer cosas juntos	1	2	3	4	5
2	Nos repartimos las responsabilidades de la casa entre los distintos miembros de la familia	1	2	3	4	5
2	A la hora de tomar decisiones nos consultamos entre nosotros	1	2	3	4	5

	Es difícil saber quién manda en nuestra familia	1	2	3	4	5
2	El sentimiento de unión familiar es muy importante para nosotros	1	2	3	4	5
2	Es difícil saber qué tarea realiza cada miembro de la familia	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES:

Se te presentan una lista de 20 características que comúnmente presentan los padres al comunicarse.

** Marca tu respuesta con (X) tu respuesta considerando lo siguiente:

1. Marca el **1**, cuando pienses que tiene **NADA** de esa característica.
2. Marca el **2**, cuando posee **UN POCO** de esa característica.
3. Marca el **3** cuando tiene **ALGO** de esa característica
4. Marca el **4** cuando tiene **BASTANTE** de esa característica
5. Marca el **5** cuando posee **MUCHO** de esa característica

CUANDO MI MAMÁ PLÁTICA CONMIGO ES:

No tengo mamá_____

	1	2	3	4	5
20	Nada Agradable	Un Poco Agradable	Algo Agradable	Bastante Agradable	Muy Agradable
20	Nada Gritona	Un Poco Gritona	Algo Gritona	Bastante Gritona	Muy Gritona
20	Nada Comprensiva	Un Poco Comprensiva	Algo Comprensiva	Bastante Comprensiva	Muy Comprensiva
21	Nada Intolerante	Un Poco Intolerante	Algo Intolerante	Bastante Intolerante	Muy Intolerante
21	Nada Tierna	Un Poco Tierna	Algo Tierna	Bastante Tierna	Muy Tierna
21	Nada Dominante	Un Poco Dominante	Algo Dominante	Bastante Dominante	Muy Dominante
21	Nada Indiferente	Un Poco Indiferente	Algo Indiferente	Bastante Indiferente	Muy Indiferente

21	Nada Cariñosa	Un Poco Cariñosa	Algo Cariñosa	Bastante Cariñosa	Muy Cariñosa
21	Nada Fría	Un Poco Fría	Algo Fría	Bastante Fría	Muy Fría
21	Nada Amable	Un Poco Amable	Algo Amable	Bastante Amable	Muy Amable
21	Nada Violenta	Un Poco Violenta	Algo Violenta	Bastante Violenta	Muy Violenta
21	Nada Tranquila	Un Poco Tranquila	Algo Tranquila	Bastante Tranquila	Muy Tranquila
21	Nada Agresiva	Un Poco Agresiva	Algo Agresiva	Bastante Agresiva	Muy Agresiva
22	Nada Grosera	Un Poco Grosera	Algo Grosera	Bastante Grosera	Muy Grosera
22	Nada Accesible	Un Poco Accesible	Algo Accesible	Bastante Accesible	Muy Accesible
22	Nada Mandona	Un Poco Mandona	Algo Mandona	Bastante Mandona	Muy Mandona
22	Nada Amigable	Un Poco Amigable	Algo Amigable	Bastante Amigable	Muy Amigable
22	Nada Problemática	Un Poco Problemática	Algo Problemática	Bastante Problemática	Muy Problemática
22	Nada Sincera	Un Poco Sincera	Algo Sincera	Bastante Sincera	Muy Sincera
22	Nada Enojona	Un Poco Enojona	Algo Enojona	Bastante Enojona	Muy Enojona
22	Nada Confiable	Un Poco Confiable	Algo Confiable	Bastante Confiable	Muy Confiable
22	Nada Criticona	Un Poco Criticona	Algo Criticona	Bastante Criticona	Muy Criticona

CUANDO MI PAPÁ PLÁTICA CONMIGO ES:

No tengo papá _____

	1	2	3	4	5
22	Nada Agradable	Un Poco Agradable	Algo Agradable	Bastante Agradable	Muy Agradable
23	Nada Gritón	Un Poco	Algo Gritón	Bastante	Muy Gritón

		Gritón		Gritón	
23	Nada Comprensivo	Un Poco Comprensivo	Algo Comprensivo	Bastante Comprensivo	Muy Comprensivo
23	Nada Intolerante	Un Poco Intolerante	Algo Intolerante	Bastante Intolerante	Muy Intolerante
23	Nada Tierno	Un Poco Tierno	Algo Tierno	Bastante Tierno	Muy Tierno
23	Nada Dominante	Un Poco Dominante	Algo Dominante	Bastante Dominante	Muy Dominante
23	Nada Indiferente	Un Poco Indiferente	Algo Indiferente	Bastante Indiferente	Muy Indiferente
23	Nada Cariñoso	Un Poco Cariñoso	Algo Cariñoso	Bastante Cariñoso	Muy Cariñoso
23	Nada Frío	Un Poco Frío	Algo Frío	Bastante Frío	Muy Frío
23	Nada Amable	Un Poco Amable	Algo Amable	Bastante Amable	Muy Amable
23	Nada Violento	Un Poco Violento	Algo Violento	Bastante Violento	Muy Violento
24	Nada Tranquilo	Un Poco Tranquilo	Algo Tranquilo	Bastante Tranquilo	Muy Tranquilo
24	Nada Agresivo	Un Poco Agresivo	Algo Agresivo	Bastante Agresivo	Muy Agresivo
24	Nada Grosero	Un Poco Grosero	Algo Grosero	Bastante Grosero	Muy Grosero
24	Nada Accesible	Un Poco Accesible	Algo Accesible	Bastante Accesible	Muy Accesible
24	Nada Mandón	Un Poco Mandón	Algo Mandón	Bastante Mandón	Muy Mandón
24	Nada Amigable	Un Poco Amigable	Algo Amigable	Bastante Amigable	Muy Amigable
24	Nada Problemático	Un Poco Problemático	Algo Problemático	Bastante Problemático	Muy Problemático
24	Nada Sincero	Un Poco Sincero	Algo Sincero	Bastante Sincero	Muy Sincero
24	Nada Enojón	Un Poco Enojón	Algo Enojón	Bastante Enojón	Muy Enojón
24	Nada	Un Poco	Algo	Bastante	Muy

	Confiable	Confiable	Confiable	Confiable	confiable
25	Nada Crítico	Un Poco Crítico	Algo Crítico	Bastante Crítico	Muy Crítico