

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

“EL SUICIDIO INFANTIL COMO CONSECUENCIA DE LA DEPRESIÓN PROFUNDA PROVOCADA POR EL AISLAMIENTO DE LA PANDEMIA”

Autor: Berenice Nunez

Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciado en Psicología

Nombre del asesor:
Dra. Xóchilt Arroyo Contreras

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación “Dr. Silvio Zavala” que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo “Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada”, se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.



UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA



Facultad de Psicología

“El suicidio infantil” Como consecuencia de la depresión profunda provocada por el aislamiento de la pandemia

Tesis para la obtención del título en la Licenciatura de Psicología

Berenice Nunez

Asesor: Dra. Xóchilt Arroyo Contreras

Morelia, Michoacán, México

DEDICATORIA

Para Yuni...

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento especial y con mucho cariño a la Dra. Xóchitl Arroyo por haberme apoyado en crear esta investigación. Gracias por siempre dar la mejor disposición, comprensión y compañía cálida en especial con este tema que mueve fuertemente. Gracias por las palabras, la guía, la paciencia, tu cobijo y enseñanzas las cuales fueron invaluable para mí. Llevaré nuestra experiencia grabada para siempre en la memoria de mi futuro profesional y personal. Gracias por buscarme.

A Raúl, quien me ha acompañado en las transiciones más difíciles e importantes, estaré siempre agradecida, tanto que no podrían alcanzar las palabras para describirlo. Gracias desde lo más profundo del corazón.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES	9
JUSTIFICACIÓN	12
OBJETIVOS	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS PARTICULARES	14
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	15
PROBLEMA	15
HIPÓTESIS	16
HIPÓTESIS NULA	16
EJES TEMÁTICOS	16
CAPÍTULO I METODOLOGÍA	17
2.1 Paradigma	17
Diseño de la investigación	18
Instrumentos de recolección de información	18
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	20
1.1. Depresión	20
1.1.1 Concepto de depresión	20
1.1.2 Diferencia de la depresión infantil, adolescente y adulta	21
1.1.4 Depresión infantil	26
1.1.4.1 Depresión en las diferentes fases del infante	27
1.1.4.2 Aspectos biopsicosociales	30
1.1.4.3 Relación del apego y aspectos de la depresión infantil	37
1.1.4.4 Las autolesiones en la depresión y el intento suicida	39
1.1.4.5 Impacto de la salud mental de los cuidadores en los infantes	41
1.1.4.6 Aportaciones psicoanalíticas sobre la depresión	45
1.2 Suicidio	57
1.2.1 Concepto del suicidio	57
1.2.2 Suicidio en la población	59
1.2.3 Suicidio en los infantes	60

1.2.4	Aspectos biopsicosociales	62
1.2.4.1	Impacto con la pandemia	68
1.2.4.2	Ideación suicida en niños mexicanos	71
1.2.5	Factores en común del suicidio infantil	78
1.3	Epidemiología de la depresión y suicidio	83
1.3.1	Edades	85
1.3.2	Sexo	89
1.4	Prevención	91
1.4.1	Rol de los cuidadores en la prevención de la depresión y del intento del suicidio	91
1.4.2	Competencias Parentales	99
1.5	Tratamiento	103
1.5.1	Tratamiento psicoterapéutico	103
1.1.5.1	Clases socioemocionales	109
1.5.2	Farmacológico	110
1.6	Limitaciones	112
CAPÍTULO IV CONCLUSIONES		113
Bibliografía		115

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló con el objetivo de profundizar sobre el suicidio infantil en niños de 6 a 12 años con influencia del aislamiento de la pandemia. Se encontró lo importante que era para esta población, que los padres, tutores, o cuidadores debían de conocer más a su hijo para notar la diferencia en su ánimo a partir de sus conductas. Además de que es necesario conocer sobre la depresión infantil para prevenir la muerte en esta población de estudio por medio de la información y sensibilización a los que se ven involucrados en su crianza.

Para que un niño llegue al suicidio debe de tener antecedentes en su psiqué y en el ambiente en que se vive desde sus etapas de desarrollo anteriores que influyen en el desarrollo de la depresión. Debiendo así retomar a los autores del psicoanálisis para entender el deseo de la muerte que lo llevará a la culminación del suicidio. Además de saber los diferentes tratamientos que tendrán para salir adelante de la depresión en la que viven evitando la muerte.

La investigación se realizó a través de una análisis y compilación de antecedentes seleccionados los cuales aportaron evidencia sobre la temática y las variables que se mencionan en este estudio son la pandemia, la metodología fue de tipo cualitativo, con un diseño documental, que permitió tener un amplio conocimiento sobre la depresión y suicidio infantil entre las edades de los 6 a los 12 años.

Palabras clave: Depresión, suicidio infantil, parentalidad, pandemia, niños.

ABSTRACT

The present investigation was developed with the objective of deepening on child suicide in children from 6 to 12 years old with the influence of the isolation of the pandemic. It was found how important it was for this population, that parents, guardians, or caregivers should know more about their child to notice the difference in their mood from their behaviors. In addition, it is necessary to know about childhood depression to prevent death in this study population through information and awareness to those who are involved in their upbringing.

In order for a child to commit suicide, he/she must have antecedents in his/her psyche and in the environment in which he/she lives from his/her previous developmental stages that influence the development of depression. Thus, the authors of psychoanalysis should be taken up again to understand the desire of death that will lead to the culmination of suicide. In addition to knowing the different treatments that they will have to get out of the depression in which they live avoiding death.

The research was conducted through an analysis and compilation of selected antecedents which provided evidence on the subject and the variables mentioned in this study are the pandemic, the methodology was qualitative, with a documentary design, which allowed to have a broad knowledge about depression and child suicide between the ages of 6 to 12 years.

Keywords: Depression, child suicide, parenting, pandemic, children.

INTRODUCCIÓN

El suicidio infantil ha sido de notable interés en el área de la psicología clínica debido a que es una consecuencia de las depresiones infantiles. La población que la padece cada vez es de menor edad, y llevadas a cabo por motivaciones inesperadas e incomprensibles que los conducen a la muerte incluso mediante juegos que son peligrosos (retos).

La depresión es frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS); que se va agrandando hasta generar la depresión se puede manifestar en todas las etapas de vida, actualmente se considera como un problema de salud pública que llega a incapacitar a quienes la padecen afectando todo donde se desenvuelve el individuo y en este caso los niños.

La depresión tiene características específicas según la etapa en la que se encuentre, no es la misma una expresión de la depresión infantil a en adultos.

Algunos autores como Petti (1986), Nissen (1986), Glaser (1967) comentan que la emocionalidad y lenguaje de los infantes no tienen aún la capacidad para identificar o comunicar su "sentir" cómo los adolescentes o adultos, porque es una circunstancia distinta -al menos en la sintomatología- que es conocida como depresión enmascarada, término propuesto por Kielholz en 1959. Mientras que Del Barrio (1996) plantea la depresión infantil como un estado de ánimo en que prevalece la tristeza, el cual afecta el comportamiento del niño en el entorno familiar y escolar.

Actualmente se considera que la depresión infantil es un trastorno afectivo de sintomatología inespecífica (que varían según la edad y las características) por lo que se delimitará el estudio de niños a 6 hasta 12 años.

En la presente investigación se tiene como propósito profundizar, concientizar sobre depresión infantil y el suicidio consumado en edades tempranas ocasionado del aislamiento por la pandemia.

Para el análisis de estos temas se abordarán: aspectos familiares, la depresión, la relación de apego, el bullying, el impacto de la pandemia en la emocionalidad de los niños, violencia intrafamiliar, y todo lo relacionado para que el niño se deprima concluyendo su vida con un acto suicida.

En el transcurso de la investigación se hará hincapié en la depresión: endógena en el desarrollo del bebé, en etapas del crecimiento son puntos de suma importancia entre distintos autores de la psicopatología infantil, lo cual asegurará una contribución más completa de la depresión en futuras edades.

La depresión, el suicidio infantil y el impacto de la pandemia en la salud mental de los niños son los tópicos de esta investigación por lo que se hará una compilación de información sobre estas temáticas que se irán discerniendo para que esta problemática se sensibilice y se prevenga la muerte en los niños de la edad de 6 a 12 años.

ANTECEDENTES

Hacia el segundo tercio del Siglo XIX se comienza a desarrollar la literatura sobre el suicidio en la infancia; la mayoría de estos trabajos se encuentran en la literatura francesa con autores tales como Dominique Esquirol (1772-1840), que comenta sobre el suicidio en el niño y aporta dos casos a finales del siglo 1800's. Después Pinel hace mención de las alteraciones precoces en los enfermos mentales. Otro autor clásico sobre el estudio del suicidio infantil es Durand-Far-Del, en 1855 publicó su libro *Etude sur le suicide chez le efantes* en donde aporta datos epidemiológicos. Estos datos son dados en Francia en los años 1836-1850, se registraron 44.854 suicidios entre ellos 316 en menores de 16, lo que representa el 0,70%.

La teoría del apego (1969 – 1980) desarrollada por John Bowlby y posteriormente contribuida por otros autores, explica que “La confianza en la figura de apego es la base de una personalidad estable y segura”, estas aportaciones también permiten interpretar que en la ausencia de función adecuada de la figura de apego repercute significativamente en la psique del infante, generando una predisposición a apegos inseguros los cuales son característicos de infantes con tendencias depresivas o suicidas.

En el progreso de esta temática literaria distintos países fueron dando aportaciones significativas, una dentro de las abundantes investigaciones en México, llevó a cabo una investigación en el año 2007 del maltrato y suicidio infantil en el Estado de Guanajuato, donde se comprenden los factores que influyen en el suicidio infantil tomando en cuenta la influencias culturales; “*Se habla entonces de que trastornos cognitivos del estado de ánimo, de identidad, del apego, la desesperanza y el dolor emocional, propios del maltrato, pueden favorecer el suicidio*” (Castillo P., Hernández C.2007.)

Asimismo el estudio realizado por Jesús Acevedo Alemán en el 2009 “El suicidio infantil, retos de una sociedad global. Tópicos del Trabajo Social” resalta la polémica de defunciones por suicidio en la población infantil, reflejando el aumento en un 50% en un lapso de 4 suicidios en niños escolares, agregando que en la población de edad escolar de 5 a 14 años ocupó el 4º lugar en México; Concluyendo en que hablar de suicidio infantil en contexto contemporáneo alude a situaciones inexorables que necesitan respuestas.

La investigación de Herrera Basadre sobre "Depresión y conducta suicida en la niñez y la adolescencia" publicada por la revista Cúpula en el año 2014 logra evidenciar que el intento de suicidio en la infancia y adolescencia muestra una alta prevalencia de trastornos psicopatológicos vinculados con antecedentes de intentos de suicidio previos sin tratamiento quienes después desencadenan depresión y el trastorno de conducta disocial.

Entre las investigaciones más recientes la revista Springer publica un artículo, llamado "Risk of Suicide and Self-harm in Kids: The Development of an Algorithm to Identify High-Risk Individuals Within the Children's Mental Health System" en el año 2020 donde se difunde la relación de las autolesiones en niños con probabilidad de cometer suicidio, quienes también sufren de depresión e hila los factores además de compartir los métodos de estudios aplicados, pruebas y procedimientos para estudiar los fenómenos de las autolesiones en su relación con el suicidio en niños Canadienses.

Dentro de los fenómenos que conciernen la salud mental en la actualidad, la llegada de la pandemia del COVID-19 ha dejado no solo una ola de enfermedades biológicas sino que ha detonado problemas de salud mental en todas las poblaciones, afectando así también a los niños.

Las pandemias han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, siendo de los eventos que mayor impacto social han generado, existen pandemias registradas a lo largo del siglo XX entre las más relevantes se encuentra "La peste bubónica" (1347-1351) alcanzando una propagación incontenible principalmente en Europa, Asia y África. La nueva peste negra (1885-1930) tuvo menos oleadas virulentas teniendo alcance por varios países de Asia y el Caribe, calculando un aproximado de 12 millones de muertes, causando un impacto social, religioso y económico. Otra gran pandemia que impactó la humanidad fue la gripe española (1918-1920) estimando una afectación entre 400 y 600 de cada mil habitantes, generando serias dificultades en la economía.

Hacia el año 1957 surge la epidemia de la Gripe Asiática generando distintas complicaciones respiratorias, se determinó que su letalidad era bajo aunque su propagación rápida. (Dr. Rolando Neri-Vela, 2020)

Llegando a la década de los 80 el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) enfermedad que genera deterioro en el sistema de defensas permitiendo la evolución de enfermedades como neumonía, tuberculosis, herpes, entre otros. (Dios, 2020). Las consecuencias producidas por las pandemias son preocupantes e inevitables ya que cambian aspectos esenciales de la vida cotidiana,

en el caso del COVID-19 el aislamiento generó alteraciones significativas en la salud mental de toda la población, creando una ola de enfermedades mentales en cifras inesperadas como lo es la depresión.

JUSTIFICACIÓN

En la presente tesis se pretende obtener información en lo que conciernen la depresión y del suicidio infantil, para difundir la salud mental de los infantes que padecen de depresión, ya que se encuentran en un estado emocional delicado que puede motivar a tener un acto suicida, en poblaciones que han logrado una auto eliminación, siendo importante informar a los padres sobre las formas de prevención, diagnóstico e intervención psicológica en esta psicopatología infantil.

La motivación para el desarrollo de este tema es debido a la problemática social de la salud mental de los menores. Esta investigación pretende dar a conocer lo importante que es para el niño la salud mental contextualizando a los padres para su identificación y prevención. El acontecimiento del suicidio infantil ha sido establecido como un tema "tabú" por la negación de que los niños no "quieren suicidarse", "los niños no se deprimen", esta idea que tienen los adultos ha sido por adoptar una idealización donde en la infancia no existe sufrimiento, preocupaciones o angustias como en el adulto sin embargo es momento de erradicar esta perspectiva porque la pandemia destapó las diferentes maneras de expresión en un niño.

La combinación de "suicidio" e "infancia" incita a una prohibición para generar un dialogo o escucha de lo que sucede en el niño. En la actualidad se debe enfrentarse a la realidad con el fin de que se realice una intervención psicológica con la finalidad de estudiar, entender, atender y hallar soluciones en niños de 6 a 12 años deprimidos. Los beneficios que tendrán los niños que sufren y padecen depresión son el disminuir el intento o consumación del suicidio infantil, por medio de la reflexión e intervención de los cuidadores (padres/maestros/profesionales) con el conocimiento de los signos de la depresión que pueden llevar al suicidio de los infantes. Logrando una mejora en sus emociones que prevendrán los factores que generan la depresión y por lo tanto el suicidio.

Como profesionales de la salud es una responsabilidad intervenir en este tipo de problemáticas contribuyendo su estudio, abordar y dar solución. Es momento de que las investigaciones anteriores sean retomadas con la intención de suscitar a consciencia al crear nuevas investigaciones que puedan aportar resoluciones a estas dificultades poco atendidas.

Actualmente viven niños que coexisten con estos problemas de salud mental, su depresión no puede ser detectada como en la del adulto, sus indicios de conductas suicidas pasan desapercibidas siendo que es un suceso que requiere de sensibilidad para intervenir de manera inmediata con estos

niños de manera compleja debido a que su desarrollo emocional no cuenta con la comprensión suficiente para reconocer acertadamente sus emociones. Sus preocupaciones y su aflicción es de los cuidadores al ser una fuente de apoyo indispensable para la intervención con los infantes que quieren morir, existe diferencia del adulto que es difícil de reconocer e identificar en la depresión que viven los niños.

Se entiende que debido al aislamiento por la pandemia del COVID-19 también se ha producido un "impacto psicológico" definido por José Javier Moreno, Itziar Cestona y Purificación Camarena con la colaboración del programa de Promoción de la Salud Mental como *"el conjunto de cambios de comportamientos, pensamientos o emociones que aparecen o se intensifican como consecuencia de alguna experiencia"* (2020) por lo tanto en la suma de estos factores como la actualidad es fundamental explorar todas las posibilidades que lleguen a repercutir en la salud mental de los menores.

En esta investigación también se buscará orientar al adulto para salir de una situación negada de los niños depresivos y que logren conocer lo que este padecimiento conlleva si no se detecta y atiende de manera apropiada.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Concientizar a los padres de la depresión infantil en niños de edades de seis a doce años con la finalidad de sensibilizarlos sobre las emociones que tienen sus hijos, especialmente en tiempo de pandemia, para así prevenir un intento de suicidio.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Conocer los síntomas de la depresión en las diferentes edades de los niños para su detección y prevención temprana.
- Explicar la influencia de la crianza y apego en los infantes que padecen de depresión.
- Determinar los factores biopsicosociales que influyen en la consumación del suicidio en niños.
- Conocer la neurofisiología en los infantes con depresión y derivados hereditarios de lo emocional.
- Analizar desde el enfoque psicoanalítico la influencia del maternaje y el ambiente adecuado en el desarrollo del infante.
- Investigar la epidemiología respecto a la depresión y suicidio en infantes.
- Examinar la influencia de la pandemia en la emocionalidad de los niños.
- Determinar características preventivas en el desarrollo de trastornos depresivos en los infantes para evitar la ideación, intento o consumación de suicidio.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

PROBLEMA

A nivel mundial no se tiene certeza de la cantidad exacta de infantes que consumen el suicidio debido a que sus fallecimientos son encubiertos con sucesos como "accidentes" o se miente para evitar reconocer que el niño sufría por alguna razón por qué existe una desensibilización por parte de los padres sobre la emocionalidad depresiva de los infantes y es por ello que no son detectados los signos de ideación, pensamientos o intento suicida en estas edades tempranas.

Tanto el desconocimiento sobre los síntomas, los factores que influyen en el suicidio infantil, la falta de sensibilidad, como la obstinación de la población adulta a discutir este fenómeno social limita su reflexión, investigación y resolución. Ahora con la nueva variable de la pandemia presente en la vida de los infantes, puede aumentar la vulnerabilidad a presentar enfermedades mentales debidas a los cambios que implica el aislamiento.

En el transcurso de los años las investigaciones sobre este fenómeno social de la depresión y el suicidio infantil han incrementado trayendo aportaciones valiosas al campo de la psicopatología infantil, estas contribuciones facilitarían la comprensión del tema del suicidio infantil a los profesionales, cuidadores, maestros, entre otros. Ya que se conoce que este fenómeno social de la psicopatología infantil no es un aspecto ampliamente reconocido o estudiado.

La pregunta central del planteamiento del problema es:

1. ¿Cómo se relaciona la concientización y sensibilización de los padres sobre la depresión profunda infantil con el riesgo suicida que puedan presentar sus hijos en tiempos de pandemia?

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

1. La concientización y sensibilización de los padres es un factor importante en relación a la depresión profunda infantil y el riesgo suicida consecuente.

HIPÓTESIS NULA

La concientización y sensibilización de los padres sobre la depresión profunda infantil no está relacionada con el riesgo suicida presente en hijos deprimidos.

EJES TEMÁTICOS

- Psicopatología infantil: Disciplina que se enfoca en el estudio del comportamiento anormal o alteraciones en el comportamiento en el niño. (Luciano (1997) y Jiménez Hernández (1995), citado por E. Norma Contini)
- Suicidio: Acto voluntario de provocarse la muerte.
- Depresión infantil: Enfermedad mental que manifiesta un bajo estado de ánimo.
- Parentalidad sensible: Práctica que involucra una crianza respetuosa la cual contribuye a una buena salud mental del hijo.
- Pandemia: Propagación mundial de una nueva enfermedad. (OMS, 2020)

CAPÍTULO I METODOLOGÍA

2.1 Paradigma

El presente trabajo se ubica dentro del campo de una investigación de corte cualitativo y de diseño documental. Esta investigación es con criterio de pertinencia en el que se plantea que la información recopilada sea acorde con el objeto de investigación y sus objetivos.

Denzin, Primero y Lincon, et al (1994) consideran que:

La investigación cualitativa tiene un enfoque multi-metodológico, que implica un enfoque interpretativo y naturalista a su objeto de estudio... involucra el estudiado uso y recopilación de una variedad de materiales empíricos (estudio de caso, experiencia personal, introspectiva, historia de vida, textos observacionales, históricos, interactivos y visuales), los cuales describen momentos, rutinas y problemáticas en la vida de los individuos. (FI-UNAM, s.f.)

Existen diferencias entre la investigación cuantitativa y la cualitativa. Una de las principales características es que la investigación cuantitativa se rige bajo un método deductivo, que busca deducir resultados lógicos a partir de premisas o principios, se requiere de métodos estadísticos y es característico por su precisión en los elementos que se miden.

El objetivo de una investigación cualitativa es formar una comprensión, descripción, un descubrimiento y/o generar una hipótesis que pueda contribuir al fenómeno en el que se inquiera, es característico por su flexibilidad, su muestra es teórica y no aleatoria.

La modalidad de análisis en esta averiguación es "inductiva" y los hallazgos son holísticos, comprensivos y expansivos.

La investigación cualitativa se da bajo un "método inductivo", evita el parámetro, busca identificar la causa profunda de la realidad que se estudia, las relaciones y estructura que la conforma.

Por lo que en conclusión la metodología cuantitativa estudia la asociación entre variables medibles y la cualitativa lo hace en contenidos estructurales y situaciones.

La investigación en curso contribuye a la reproducción de información, hechos, teorización respecto a la depresión, ideación, intento y/o consumación del suicidio infantil, se recopilará y analizarán los datos sobre estos registros narrativos siendo esto una investigación cualitativa.

Diseño de la investigación

El diseño de la actual tesis es de tipo "documental", dando uso a la exploración, selección y estudio de documentación y un contenido bibliográfico.

"La investigación documental es una técnica que permite obtener documentos nuevos en los que es posible describir, explicar, analizar, comparar, criticar entre otras actividades intelectuales, un tema o asunto, mediante el análisis de fuentes de información" (Ávila. 2006). La elaboración de esta investigación involucra además de material, la utilidad de la teorización de distintos autores con enfoque psicoanalítico para la interpretación, vinculación e hipótesis.

Finol y Nava (1992) explican que la investigación documental es:

Una investigación formal, teórica, abstracta si se requiere, por cuanto se recoge, registra, analiza e interpreta la información contenida en documentos, en soportes de información registrada, es decir, en libros, periódicos, revistas científicas, materiales iconográficos y vídeo gráficos, sonoros, escritos en general, diskettes, cassettes, discos compactos, documentos jurídicos y no jurídicos, los obtenidos por medios electrónico. La investigación documental constituye un proceso de búsqueda, selección, lectura, registro, organización, descripción, análisis de interpretación de datos extraídos de fuentes documentadas existentes, en torno a un problema, con el fin de encontrar respuestas a interrogantes planteadas en cualquier área de conocimiento humano.

Instrumentos de recolección de información

El estudio está conformado por una selección específica de teóricos en su mayoría psicoanalistas cuyas aportaciones dieron el contenido para ahondar en esta investigación. La documentación utilizada es presentada de artículos, tesis, libros, documentos de investigaciones; que son las principales referencias.

Se recurrió a texto informativo y aportación de teorías para formar y permitir un análisis profundo en esta investigación.

La teoría en definición de Kerlinger es “Una teoría es un conjunto de constructos (conceptos) interrelacionados, definiciones y proposiciones que presentan un punto de vista sistemático de los fenómenos mediante la especificación de relaciones entre variables, con el propósito de explicar y predecir los fenómenos” (1997).

Un libro es una obra científica o literaria de bastante extensión para formar volumen.

Fuster Ruiz, (1999) describe que un documento de archivo es “...toda expresión testimonial en cualquier lenguaje, forma o soporte...”.

Un texto informativo es una elaboración de contenido que tiene como finalidad ser presentado para informar sobre un acontecimiento o intelectualización actual o del pasado. Se tiene una audiencia quienes serán los informados de las aportaciones plasmada en el texto.

Un artículo es un texto donde un analista expone su postura respecto a un determinado fenómeno, problemática, acontecimiento o punto de interés a hacer mención.

Una tesis es una proposición concreta acerca de una temática de interés elegida, comúnmente relacionado a una materia de alguna disciplina de estudios de la carrera, en donde se plantea, analiza, verifica y concluye mediante un proceso de investigación acorde al nivel de estudios.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1.1. Depresión

1.1.1 Concepto de depresión

El concepto de la depresión se ha ido modificando a lo largo de la historia debido a los nuevos conocimientos adquiridos sobre este fenómeno de la salud mental.

Proviene del latín *depressio*, que significa "hundimiento, abatimiento, descenso". Se caracteriza por la presencia de tristeza que interfiere con la vida diaria de la persona, afectando su rendimiento cotidiano y limitando su disfrute ante cualquier circunstancia. (PAHO, 2021)

En la actualidad la depresión se ha vuelto uno de los problemas de salud mental más frecuentes, siendo esta la principal causa a nivel mundial de discapacidad. Según la OMS esta enfermedad afecta a más de 300 millones de personas en el mundo en donde al no mejorar puede llevar al suicidio al individuo que la padece.

La depresión es un trastorno frecuente que implica un estado de ánimo deprimido, hay pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban; son frecuentes las manifestaciones somáticas (pérdida o aumento de peso, alteraciones del sueño) y las cognitivas (dificultad para concentrarse). (DSM-V, 2013).

"La definición académica sitúa esta enfermedad como el síndrome caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que dan lugar a cinco series de síntomas: físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos (intelectuales), asertivos y sociales." (Rojas, 2006, p.4).

Este problema afectivo genera repercusiones en todas las poblaciones, como lo es la incapacidad (baja motivación que limita realizar cualquier actividad) en quienes padecen de los síntomas depresivos. Estos síntomas pueden variar según la edad, las

circunstancias (de crianza, genética, sociales) y la personalidad. Las pautas para identificar esta patología se basan en criterios objetivos que permiten su detección.

Los criterios de diagnóstico en la depresión mayor debe durar al menos 2 semanas, y la persona con este diagnóstico generalmente experimenta también al menos cuatro síntomas de una lista en la que se incluyen cambios en el apetito, cambio en el peso (en niños no alcanzan el peso esperado para su edad), en el sueño, la actividad física, falta de energía casi todos los días, sentimientos de culpa, problemas para pensar así como tomar decisiones, el estado de ánimo la mayor parte del día casi todos los días (en niños el estado de ánimo puede ser irritable) pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Desde el enfoque Freudiano (citado Del Barrio, 1997) la depresión se comprende como la pérdida de estima del yo y se considera que dicha patología depende de la interacción entre dos de las estructuras de la personalidad; yo y superyó.

1.1.2 Diferencia de la depresión infantil, adolescente y adulta

En la actualidad la concepción de la depresión se ha adecuado según la etapa de vida y las circunstancias que provocan esta enfermedad mental. Al inicio en los estudios de depresión no existían investigaciones enfocadas en niños, debido a la generalización inicial que se tenía lo cual delimitó el estudio de la etiología y características de depresión en edades distintas.

La depresión diferencial (referente a las etapas adolescencia y adultez) permite evaluar los distintos periodos evolutivos de un individuo identificando afecciones particulares de cada etapa, facilitando la distinción de los síntomas específicos en la depresión infantil, adolescente y adulta. (Cabrera Pérez, 1995/96).

La depresión en la infancia para la Dra. Cabrera Pérez van en función a la edad, "los períodos más importantes se sitúan en torno a tres niveles de edad:

1. la lactancia (de 0 a 2 años aproximadamente),
2. la edad preescolar (alrededor de los dos hasta los 5 años)
3. la edad escolar (hasta los 10 u 11 años)." (Cabrera Pérez, 1995/96).

La depresión infantil en edad escolar tiene particularidades tales como el sentimiento de tristeza es expresado mediante un estado de ánimo irritable, se presenta constantemente: somatizaciones, escaso interés en establecer relaciones sociales, bajo rendimiento académico, retraso en el lenguaje, poco interés por el juego, ansiedad, problemas conductuales y aislamiento. Estas características permiten un análisis profundo del diagnóstico de depresión en el infante.

Del Barrio (2001) define la depresión infantil como "Cambio persistente en la conducta de un niño consistentemente en descenso de la capacidad de disfrutar de los acontecimientos, de comunicar con los demás y rendir escolarmente; que se acompaña de acciones de protesta plural" existe una dificultad en contactar con sentimientos como la felicidad o en caso de experimentarla se mantiene por un periodo de tiempo corto para después mostrarse con un ánimo bajo o irritabilidad, siendo lábiles en su emocionalidad.

Existe también una sensibilidad extrema a cualquier estímulo o acontecimiento, la respuesta ante un cambio provoca en el niño ansiedad la cual se vuelve intolerable y el niño lo manifiesta mediante protestas, llanto incontrolable o conductas de agresión.

En la etapa de la adolescencia se transcurre por un proceso de individuación, según Blos (1971) este proceso implica crear una reconstitución de las funciones y organización yoica, a su vez ayudará a resolver situaciones abrumadoras de peligro que aún se mantienen de la infancia, que se tienen que resolver. El adolescente confía en sí mismo, en el otro y en el entorno, con lo que la adolescencia culmina como estabilización estructural y formación definitiva del carácter, lo que indica que la niñez ha pasado y se vislumbra la adultez (Blos, 1972)." (Klein A. 2020).

La "normalidad" en la adolescencia es difícil de determinar aunque toda alteración en esta etapa debe ser estimada como parte del proceso en el crecimiento adolescente, Anna Freud señala que sería *anormal* un estado equilibrado durante el proceso adolescente debido a los procesos de duelo que sobrelleva, teniendo la necesidad de exteriorizar conflictos de acuerdo a experiencias y estructura. (Aberastury, 1971).

El cuadro clínico de la depresión de los adolescentes según el autor Jeammet (1988) va teniendo semejanza al del adulto, desde una perspectiva general de los síntomas depresivos constantemente se manifiesta a través de sentimientos como culpa, ansiedad, humor depresivo, apatía, falta de sentido de la realidad esto en la adolescencia temprana.

En la adolescencia tardía suelen aparecer cuadros depresivos más típicos como la apatía, pasividad, abstramiento, incomunicación, desgana, etc. (Alonso Fernández, 1988. Citado por Cabrera Pérez, 1995/96).

Por último la depresión en la edad adulta, etapa más estudiada en cuanto a la depresión en comparación con las otras etapas de vida, es comúnmente influida por variables depresivas específicas a un periodo en la vida adulta (tales como maternidad, conflictos conyugales, laborales, crisis de la edad, entre otros.), derivada de una depresión en etapas tempranas del ciclo de vida, alteraciones bioquímicas/ genéticas, traumatismos, etc. La sintomatología de depresión mayor en el adultos debe tener una duración de al menos 2 semanas, en donde experimentan al menos cuatro de los síntomas que incluyen cambios en el apetito y peso, alteración en el ciclo del sueño, falta de energía, sentimiento de culpa, dificultad para pensar o tomar decisiones (Kaplan, Sadock, 2015). La anhedonia, ausencia de reactividad emocional, enlentecimiento psicomotor, son también síntomas comunes en este grupo especificado mencionados por M. Rey, Awusah y Liu (2015).

Niños pre-puberales	Adolescentes	Adultos
<ul style="list-style-type: none"> Irritabilidad (rabieta, incumplimiento de normas) Afecto reactivo* Frecuentemente comórbido con ansiedad, problemas de conducta y TDAH Quejas somáticas 	<ul style="list-style-type: none"> Irritabilidad (gruñón, hostil, se frustra con facilidad, arranques de ira) Afecto reactivo* Hipersomnia Aumento del apetito y ganancia de peso Quejas somáticas Sensibilidad extrema al rechazo (p.e., tener una falsa percepción de que se es humillado o criticado) lo que lleva a, por ejemplo, tener dificultades para mantener relaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> Anhedonia Ausencia de reactividad emocional Agitación o enlentecimiento psicomotor El estado del ánimo varía durante el día (es peor en la mañana) Despertar temprano en la mañana
*Capacidad de animarse momentáneamente en respuesta a eventos positivos (p.ej., visitas de pares).		

Tabla 1 Diferencias en la presentación de la depresión de acuerdo a la edad.

Nota. Tomada de Diferencias en la presentación de la depresión de acuerdo a la edad [figura], Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. (2017). Depresión en niños y adolescentes. Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP.

Nota. Niños pre-puberales hace referencia a los niños menores de 9 años.

1.1.3 Historia de la depresión infantil.

Cabrera Pérez L. (1995/96) compila referencias históricas que hacen correlación a la depresión infantil, pese a que la terminología y concepción de este estudio no fue establecido hasta hace unas décadas se disponen de obras que dieron un acercamiento a este fenómeno en la infancia.

Citando a Cabrera Pérez et al. (1996):

Hacia la mitad del S.XIX aparecen dos importantes textos monográficos sobre psiquiatría infantil, el de Delasiauve (1852) "Lecons sur la manie infantile", y el de Charles West (1854) "Lectures on the diseases of infancy and childhood", que aunque no hacen una alusión explícita al término de depresión, muchos aspectos evocan características del cuadro depresivo (Cfr. Polaino Lorente, 1988).

Sin embargo, las primeras referencias sobre la realidad clínica de la depresión infantil han surgido a partir del primer tercio del S.XX con las obras de Augusto Vidal Perera (1907), con su obra "Compendio de Psiquiatría Infantil"; Isidro Martínez Roig (1911), que describe un caso de depresión melancólica delirante en un niño de diez años; Lafora (1913), describe un caso de locura maníaco-depresiva e hipertiroidismo; etc. (Cfr. Polaino-Lorente, 1988). (Cabrera Pérez, 1996).

En los años 30 inicia un progreso de la psicología en las alteraciones anímicas del niño donde se atribuyeron obras tales como "Psicología del niño" de Robert Gaupp (1932); Eich Stern en su obra de "anormalidades mentales y educabilidad difícil de niños y jóvenes" (1933).

Los conceptos de duelo y posición depresiva de Melanie Klein fueron desarrollados entre los años 1934-1940, con estas aportaciones y otros aspectos teóricos Winnicott retoma centrando sus estudios en las relaciones de objeto. El psicoanálisis formó parte de los modelos que sentaron bases para el estudio de la depresión infantil, entre los autores principales mencionados también contribuyeron otros psicoanalistas cuyas aportaciones dieron sustento a los orígenes de la depresión en los infantes desde las etapas más tempranas, tal como se puede ver en las contribuciones de Rene Spitz en su obra "el primer año de vida" (1965).

En concepto de depresión "enmascarada" surgió alrededor de los 60's como forma de explicar la depresión infantil, autores sostenía que la depresión infantil se manifestaba de forma distinta y cuando lo hace, aparece de forma sumergida, con sintomatología somática y trastornos psicopatológicos diversos, que difieren de las normales manifestaciones depresivas. Estos se traducirán en conductas observables y manifiestas como trastornos de conducta, hiperactividad, enuresis, trastornos del aprendizaje, quejas somáticas, desobediencia, delincuencia, fobias, irritabilidad, ansiedad de separación, bajo rendimiento escolar, etc. (Toolan, 1962; Bakwin, 1972; Malmquist, 1977; Raskin, 1977). Este término tuvo críticas y fue cuestionado en su tiempo, a lo que hace referencia este término según Nissen (1982) es que los niños "enmascaran" sus síntomas depresivos con síntomas somáticos. En la actualidad no se reconoce como término técnico y su uso es poco común.

Es hasta en el año 1977 que la depresión infantil es aceptada por el National Institute of Mental Health como concepto y entidad psicopatológica. En el DSM III se acepta la existencia de la depresión infantil con posibilidad de compartir los mismos criterios que en el adulto. A partir de esta fecha es que considera Del Barrio (1999) la época de expansión. (Murica, N. Rojas, Tobón, A. Henao. 2009).

En las últimas dos décadas el estudio sobre los trastornos del estado de ánimo en niños ha aumentado, el estudio creciente en la identificación de trastornos depresivos en niños llevó a profesionales a crear intervenciones sociales en poblaciones de edad pre escolar (Parent-Child Interaction Therapy Emotion Development, PCIT-ED) dirigida especialmente a este grupo de edad. (Kaplan, Sadock. 2015. pp. 2667)

Se espera que el estudio sobre el fenómeno de la depresión infantil siga siendo explorado, difundida, estudiada ya que estas poblaciones se vuelven cada vez más reconocidas pero hace falta que la intervención sea llevada a cabo. En términos generales el estudio de la depresión infantil ha logrado un avance valioso en aspecto teórico y se espera que siga creciendo ahora con una intervención directa en la población de infantes, sus cuidadores y las esferas que influyen al vivenciar una depresión infantil.

1.1.4 Depresión infantil

Una de las principales razones por la que el tratamiento e investigación en la depresión infantil no tuvo el mismo avance que en otras poblaciones es por la suposición de que sus síntomas eran parte del desarrollo normal en un niño. Polaino Lorente (1998) menciona que los niños deprimidos son incapaces de identificar o poner en palabras lo que les sucede lo cual contribuía a que no hubiera un diagnóstico y por lo tanto estos no eran motivo de alarma o consideraciones para llevar a cabo una intervención.

Autores tales como Collazos y Jiménez (2013) confirman que la depresión infantil es un tema poco estudiado ya que su sintomatología no es similar a la que se manifiesta en el adulto y es cuestionando también el diagnóstico prematuro.

Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo) en niños son frecuentes, por su naturaleza crónica y recurrente, se asocian frecuentemente con trastornos comórbidos de pobre pronóstico. Los síntomas de la depresión en niños varía, no se trata adecuadamente, porque se confunden sus síntomas con los cambios emocionales habituales durante el desarrollo. (Pediatr Integral, 2017, 116.e1).

En 2008 Loubat y Aburto & Vega menciona:

“La depresión infantil es una entidad que rara vez se presenta igual que el aspecto clásico adulto, sino que se expresa de manera más heterogénea, lo cual se despliega como un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento”

Hay 5 síntomas establecidos del DSM-5 para diagnosticar y pueden presentarse otros como la dificultad para aumentar de peso, hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga diaria, sentimientos de inutilidad o culpa inapropiados, disminución para pensar o concentrarse e ideas recurrentes de muerte.

Además de los criterios diagnósticos se recurre a la hipótesis del origen de la depresión, entre las cuales se distinguen en las siguientes 3 maneras:

- Como un aspecto del desarrollo (estructura de personalidad, posición depresiva de Melanie Klein)

- Como respuesta o reacción humana ante un suceso (Duelo, separación, pérdida)
- Como patología o desorden clínico (psiquiatría infantil)

Tipos de Depresión según el origen:

1. En las Depresiones por enfermedad orgánica hay presencia de algunas enfermedades crónicas, enfermedades hereditarias, traumatismos cráneo encefálicos, tumores y malestares en el cerebro que afecta de manera directa la salud emocional del niño, también limitando su desarrollo, crecimiento y relaciones de convivencia.
2. Depresiones exógenas, reactivas o psicógenas son consecuencias de acontecimientos inesperados como la muerte de un ser querido, maltrato, abuso físico, sexual, experiencias de abandono o la separación de padres. Se encuentra ligada con las relaciones humanas y el ambiente, como las dificultades escolares o familiares e intrapersonales.
3. En las depresiones endógenas o afectivas se le compara con la melancolía y se incluyeron pacientes borderline o límite. Los niños se deprimen sin causa aparente, ya que no se relaciona con algún factor desencadenante. La sintomatología puede manifestarse con características propias de la psicosis infantil y enfermedad maníaca e hipomaniaca. (Pérez Ayala O. C., Intervención clínica en la depresión y riesgo suicida infantil, 2021)

1.1.4.1 Depresión en las diferentes fases del infante

Moreno (2014) plantea los principales hitos del desarrollo psicológico y neurovegetativo, dentro de ellos aspectos a observar y reflexionar los cuales pudieran ser características de depresión según la etapa:

- *Etapa prenatal:* En este periodo sus depresiones irán vinculadas a la de la madre, se necesita de estimulación para ir llevando a cabo el desarrollo, esta estimulación debe ser moderada ya que en un exceso esto puede dejar huellas en la estructura básica que luego tengan su reflejo en estados de ánimo y conductas. Se busca promover una

relación asimétrica donde se satisfagan las necesidades y favorezca el desarrollo en esta etapa.

- *Etapa neonatal:* Después de la vivencia traumática del parto, se adquiere una autonomía "vegetativa" del sueño, hambre y capacidad de relación, todavía en un estadio de dependencia absoluta, en esta dependencia absoluta se necesita de provisión ambiental que cubra las necesidades fisiológicas (descanso, alimento, calor, sostén físico, etc.) y psicológicas (empatía de la madre, identificación con el bebé, sostén emocional). La función del cuidado materno sigue los más mínimos cambios cotidianos en el crecimiento y desarrollo. Conforme va progresando el desarrollo del infante este encuentra respuestas en el entorno y el entorno genera respuestas por parte del infante. Pasa de relacionarse solo con la madre a relacionarse con un número creciente de seres y el entorno cercano a él. Un neonato que ha sido privado de esta estimulación y solo relacionado con sus cuidadores tendrá dificultad en expresar su vitalidad. (Preocupados por todo lo que le pasa = vínculo ansioso-ambivalente; queriendo huir o con frialdad emocional = vínculo ansioso-evitativo; o una relación caótica = vínculo desorganizado).
- *Etapa infantil (antes de caminar):* Se integra el concepto de constancia objetal, tiene la capacidad de mantener una relación perdurable con la persona/objeto ante la ausencia física de tal. La depresión se mostraría por la incapacidad de separarse de sus seres significativos, sintiéndose incapaz de realizar sus funciones básicas de forma autónoma (alimentarse, dormir, relacionarse).
- *Etapa infantil (2 a 6 años):* Se amplían las relaciones y se adquiere el lenguaje, pueden representar algo mediante un significante (función simbólica), utilizan símbolos para representar objetos, lugares, personas. En la etapa infantil (preescolar) el infante va adquiriendo una dependencia relativa (se da cuenta de la necesidad de los cuidados y en medida creciente los relaciona con sus impulsos personales), se integran en un grupo de iguales y comprende la autoridad. La depresión en esta etapa se presenta mediante síntomas psíquicos, rechazo al juego, agitación y timidez. Síntomas

psicosomáticos: crisis de llanto, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades al alimentarse.

- Etapa (7-12 años): En esta etapa existe un camino hacia la independencia, desarrolla los medios para parar sin el cuidado real, gracias a la acumulación de los recuerdos del cuidado, proyección de necesidades personales y la introyección de detalles del cuidado con el desarrollo de confianza en el ambiente, maneja una comprensión intelectual, actúa sobre lo real y concreto.

En el periodo escolar, predominan los "pensamientos-sentimientos" ya que el niño desarrolla ideas negativas fijas de baja autoestima, que afianzan la depresión, después de haber experimentado pérdidas y separaciones de personas queridas; en la pubertad cuando el niño ya debería manejar el pensamiento abstracto se presentará la culpabilidad. (Mc. Convilley, 1973). La depresión en esta etapa se manifiesta con síntomas psíquicos: irritabilidad, inseguridad, resistencia al juego, dificultades de aprendizaje y timidez; siendo acompañado de síntomas corpóreos: enuresis, encopresis, onicofagia, crisis de llanto y grito.

Tabla 2. Principales síntomas clínicos acompañantes en la depresión infanto-juvenil según edad

Menores de 7 años	<p>El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia</p> <p>También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional</p> <p>En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia a los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis)</p>
Niños de 7 años a edad puberal	<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en 3 esferas: <i>a)</i> esfera afectiva y conductual: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte; <i>b)</i> esfera cognitiva y actividad escolar: baja autoestima,</p>

	falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales; y c) esfera somática: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), bajo peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito
--	--

Fuente: Grupo de Trabajo sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia 10.

Nota: Tomado de Trastornos depresivos en niños y adolescentes, Nuria Martínez-Martín, Médico Psiquiatra. Unidad Clínico Funcional de Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.)

1.1.4.2 Aspectos biopsicosociales

Genética: En base a los estudios realizados se concluyó en que la combinación de la herencia genética y los factores de estrés ambiental contribuyen a la aparición de depresión mayor lo cual se relaciona con el volumen cerebral en la región hipocámpica (la cual se involucra en el aprendizaje, memoria y regulación emocional) descubriéndose también que el gen que transporta serotonina es promotora de la depresión.

“Los niños con el alelo corto (S) como cambio genético en la serotonina experimentaron uno o varios acontecimientos ambientales de alto estrés, como negligencia, estos niños presentaban un menor volumen hipocámpico en comparación con los pacientes con un único factor de riesgo de los mencionados anteriormente. El alelo S reduce la recaptación de serotonina y, por tanto, su captación en el cerebro, limitando su desarrollo cognitivo e incrementando el riesgo de una depresión.” (Kaplan, Sadock, 2015, pg.2669).

En resumen la depresión mayor se ve influenciada tanto por la genética como por factores estresantes del entorno en que se desarrolla. Una persona con susceptibilidad genética (ya sea por descendencia de un familiar próximo diagnosticado con depresión o alteración en el ADN) tendrá mayores probabilidades de sufrir depresión mayor.

Biológicas: Como explica Del Barrio (1997) La depresión infantil se ha relacionado con altos niveles de cortisol y decadencia de la hormona del crecimiento.

En las investigaciones identifican desequilibrio en ciertos neurotransmisores principalmente la serotonina, norepinefrina y la dopamina.

La serotonina regula conductas agresivas, en su alteración puede afectar el humor, sueño, incrementa ansiedad y afecta al rendimiento. La Norepinefrina está relacionada con el aumento de la presión arterial y el temperamento. Su descenso provoca desmotivación y tristeza. En la disminución de la dopamina aumenta padecimientos como trastorno por déficit de atención (afectando la memoria, atención y cognición), en niveles altos está relacionado a la psicosis y esquizofrenia.

Según Paykel (citado por Cabrera Pérez, 1996) Puede que cada efecto de tipo psicológico de un suceso crítico tiene un sustrato neurofisiológico que está relacionado con ciertos aspectos neuroquímicos, fisiológicos y farmacológicos del funcionamiento del sistema nervioso central; estos factores activan los circuitos que regulan el estado de ánimo, y de esta forma, llega a producirse la depresión.

Los trastornos del sueño son considerados como uno de los síntomas de la depresión infantil, autores tales como Weinberg, Rutman, Sullivan, Dietz y Pencik incluyen esta alteración dentro de los diez síntomas característicos de la depresión en población infantil. (Citado por (Mireia Orgilés, 2013)

Los resultados obtenidos en la investigación realizada por Espada, Fernández y Orgilés sobre los hábitos y problemas de sueño en niños con sintomatología depresiva plantearon que los niños con sintomatología depresiva presentan peores hábitos y peor calidad del sueño, menos rutinas para dormir, mayores niveles de ansiedad además de presentar mayor rechazo a ir a la cama.

Como consecuencia a mayor rechazo de ir a la cama peor calidad de sueño; estos investigadores plantean que los hábitos y problemas de sueños predicen de forma conjunta hasta un 25 % de varianza de sintomatología depresiva.

Dhal y Eley (2009) referidos por Espada, Fernández y Orgilés identifican una relación entre los problemas de sueño y la depresión en niños, estos escritores comprobaron que los problemas de

sueño son predictores de la depresión, al comprobar que los niños que a los 8 años padecían dificultades en el sueño presentaban depresión a los 10 años de edad. Así mismo "Los problemas de sueño, al ser sintomáticos de la depresión, se presentan de forma más específica, de modo que un niño con depresión podría manifestar problemas de sueño muy diferentes a otro que también está diagnosticado de dicho trastorno." (Mireia Orgilés, 2013)

Psicológicas: "La autoestima de los niños se forma, al igual que la de los adultos, a partir de las valoraciones de otros. En el caso de los niños, se forma especialmente a partir de las valoraciones de los padres" (Del Barrio, 1997 citado por Ortega Osorio, 2015, p 15).

La autoestima es forjada en base de las valoraciones y aprobaciones de otros, en los infantes a partir de la valoración de los cuidadores es que reconocerán en sí mismo el valor que le ha sido atribuido (Del Barrio, 1997). Padres/cuidadores que menos validan, nunca reconocen aspectos positivos y refuerzan comentarios acerca de inseguridades, promueven una baja autoestima, esta perspectiva global es adoptada e introyectada por el infante e incluso reforzada de manera autónoma sin necesidad de ser expresado por otro.

Del Barrio (1997) considera que un factor de riesgo es el tipo de personalidad, de igual manera como la neurosis es un factor de riesgo para la depresión, niños deprimidos son asociados a la introversión e inestabilidad emocional, en cambio la extraversión no se correlaciona con esta patología en los niños, estos presentan más control emocional.

La depresión de los cuidadores es reconocido como unos de los factores más importantes en la depresión infantil. Cabrera Pérez (1996) hace mención del como las pautas de crianza y relación entre padres e hijos se ven afectados por el padecimiento de un trastorno psíquico en el cuidador, y que las consecuencias de esta ausencia de modelo positivos genera repercusiones, estableciendo una interacción no sana en donde predomina la hostilidad, comunicación deficiente, sobreprotección, castigo, sentimientos negativos hacia el niños y rechazo. Todo tipo de negligencia se puede ver presente y ante la falta de cuidados el infante puede verse afectado y expuesto a posibilidades de también padecer un trastorno del estado de ánimo como la depresión.

A. Relación psicosomática en la depresión

“La psicosomática puede ser considerada como una ciencia de tipo integrativo, cuyo objeto consiste en observar e interpretar las relaciones entre las tendencias, estados, procesos y acontecimientos psicológicos y los biológicos, tal como son influenciados por el medio ambiente físico y humano, tanto en la salud como en la enfermedad.” (Gonzalez de Rivera J. L., 2008, p. 2). Se ha observado una estrecha relación entre el funcionamiento del pensar y los trastornos orgánicos, desde psicología la psicosomatización surge a raíz de una gran dificultad para simbolizar sentimientos o experiencias, ante esta incapacidad el cuerpo lo manifestará a través de enfermedades, según Alexander Op. cit. (citado por Sánchez Medina A., 2006, p.163) este plantea que la enfermedad psicosomática es el resultado de la represión patológica de afectos.

Se reconoce que un afecto depresivo que es reprimido genera una falla en la relación de la madre con el hijo durante los primeros años de vida impidiendo un desarrollo adecuado para elaborar el proceso de pensamiento-palabras. Bion (1967) explica la psicosomatización a partir del modelo psicosomático primitivo en relación madre- bebé; plantea que cuando la madre no es capaz de tolerar las angustias o reconocer las necesidades del infante, la angustia del bebé se volverá intolerable y se reforzará la tendencia a descargarla mediante síntomas. (Sánchez Medina A., 2006, p.161). Bion denomina “función alpha” a la capacidad materna de generar pensamientos a través del proceso inconsciente de simbolización, esta función permitirá tolerar frustraciones y manejarlas a través del pensamiento, si la madre responde con comprensión, tolerancia, devolviéndole la angustia con actitudes y palabras (símbolos verbales y preverbales) amorosas, ayudará a que el bebé comprenda sus temores gracias a que la madre pudo metabolizar la angustia del bebé regresándoselo de una manera más tolerable para el infante. En su defecto la función alfa transformará la angustia en manifestaciones patológicas (Sánchez Medina A., 2006).

El proceso de la relación madre- bebé es un punto clave al estudiar lo psicosomático, la capacidad de reconocer y expresar los sentimientos viene en gran medida a partir del aprendizaje adquirido del cuidador. En etapas posteriores del desarrollo la inestabilidad del estado de ánimo es comúnmente debido a que estos infantes siguen incapaces de expresarse mediante la simbolización adecuada ya que no han desarrollado esta habilidad, aspectos

característicos de estos niños es un retraso en el lenguaje, muestran poco interés en el juego, al intentar comunicarse hay poca asertividad a expresar su necesidad, pueden ser retraídos, entre otros rasgos.

De acuerdo con distintos autores existe una relación entre lo somático y trastornos psicológicos como la depresión y ansiedad (López Soler, Alcántara, Fernandez, Castro, López Pina, 2010), así también investigaciones han mostrado que problemas somáticos tienen más probabilidades a presentar otros trastornos psicológicos, específicamente con referencia a asimilar emociones complejas. (Campo & Fritsch, 1994; Campo et al., 1999; Dhossche, Ferdinand, van der Ender & Verhulst, 2001; Egger, Costello, Erkanli & Angold, 1999; Zwaifenbaum, Szatmari, Boyle & Oxford, 1999. citado por López Soler, et al.).

En los estudios empíricos en psicopatología infantil mediante el CBCL (Child Behavior Checklist), aparece un síndrome que está conformado por dolores de cabeza, de estómago, musculares, picores y otros problemas en la piel, angustia, vómitos, náuseas, problemas en los ojos y visión, que no parecen tener causa médica" (Achenbach, Newhouse & Rescorla, 2004. Citado por López Soler, et al.). Se afirma que la presencia de los síntomas psicósomáticos son frecuentes porque se desenvuelve el infante en ambientes que dan inestabilidad emocional.

Sociales: La familia es el núcleo de toda sociedad, por medio de este se transmiten las creencias, valores, costumbres, etc. protege, acoge a sus integrantes y como sistema se espera que enfrenten las dificultades que se presenten.

Los hijos que provienen de familias disfuncionales presentan predisposición a vivenciar perturbaciones infantiles tales como la depresión. Varias investigaciones han descubierto que la discordia en la dinámica familiar tiene relación con la presencia de problemas emocionales en los hijos (Emery, 1982). Los factores familiares juegan un papel importante en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente cuando el niño deprimido vive acontecimientos no predecibles en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo. Los niveles de depresión aumentan en el niño cuando las relaciones con sus padres no son buenas o cuando existen dificultades entre ellos (Suárez y, Vélez, 2018. Citado por Becerra L. Vega V, 2020 p.34).

La mala calidad de las relaciones con los cuidadores se asocia al desarrollo de patologías como la depresión infantil, la falta de vínculos sanos genera esta consecuencia. Esto es debido a que a partir de los cuidadores se forma una fuente significativa de valores, respeto y confianza, donde se enseña el reconocimiento de sí mismo. (Marín Iral, M. del P., Quintero Córdoba, P. A., y Rivera Gómez, S. C., 2019). Los cuidadores que no logran cumplir con las necesidades afectivas del hijo o muestran indiferencia ante ellas provocan que el infante intensifique su angustia o aprenda a suprimirla, en cualquiera de las dos opciones existe un sufrimiento el cual resultará afectando al estado emocional.

Del Barrio (1997) confirma que la conflictividad entre cónyuges es un factor de riesgo a considerar, una convivencia o separación conflictiva perjudica psicológicamente al hijo, estos acontecimientos afectan su estado emocional ya que solo es testigo de la violencia marital y en ocasiones estos hijos son involucrados.

El factor familiar será el principal influyente en el desarrollo de habilidades sociales, así como la preparación para establecer relaciones interpersonales con otros fuera del círculo familiar, tales como la escuela.

La escuela es un agente de socialización, en donde se crean relaciones sociales que involucran la inclusión o exclusión, estas divisiones han ocasionado temas como el bullying, en donde el acoso dentro del contexto escolar se vuelve un suceso cotidiano y quienes son víctimas de este abuso suelen desarrollar cuadros depresivos. "En grupos de niños "diferentes", empujados a la exclusión no protegidos por su familia o por profesores, se encuentra una tasa muy elevada de pensamientos suicidas." (Cyrułnik B., 2014, p.79).

El rechazo y la humillación crean un entorno doloroso de interacción donde las víctimas de bullying asisten a la escuela de manera forzada por cumplir con fines académicos. El rendimiento académico de estas víctimas de bullying suele verse afectada, su aprovechamiento baja al igual que su autoestima, presentan pérdida de interés, dificultad en la concentración, aprendizaje, manifiestan signos de ansiedad y depresión. Si la familia no interviene a tiempo en el bullying que experimenta el niño el riesgo de recurrir al suicidio aumenta o incluso si la familia también humilla y muestra poca estimación a este miembro de la familia que sufre de bullying, existe el riesgo que promueva la depresión llevando a la víctima al intento o consumación del suicidio.

El acoso escolar es uno de los factores de descenso del rendimiento escolar. El rendimiento escolar, es separado de experiencias como el bullying, por si solo también es una causa de depresión infantil.

Deval (2006) menciona que la escuela es un espacio que propicia tanto el desarrollo infantil en aspectos tales como el aprendizaje, interacción, empatía, conocimientos, entre otros. Aunque así como genera estímulos positivos también origina experiencias desagradables que afectan el ámbito emocional, los niños son valorados según su rendimiento académico el cual se vuelve un factor de estrés ya que se crean expectativas familiares, sociales e incluso personales, donde se espera que estas expectativas sean cumplidas con éxito y cuando esto no sucede se reconoce al niño como un fracaso en el ámbito académico, creando sentimientos de incompetencia, culpabilidad, insuficiencia, entre otros. La carga académica llega ser un responsabilidad que genera estados de estrés intolerables para los estudiantes, Polaino Lorente (1988) explica que “el fracaso escolar, las dificultades de aprendizaje y la disminución del rendimiento pueden ser causa y consecuencia de las depresiones infantiles.” (p.43). Así como la depresión afecta el rendimiento académico, el rendimiento académico impacta en la emocionalidad del estudiante al punto de provocar una depresión profunda.

La pandemia del SARS CoV-19 ha dado un giro en distintos ámbitos de la vida entre ellos el ámbito escolar. Este suceso ha creado muchas dificultades en la vida de los estudiantes, mostrando la fragilidad del sistema sanitario y educativo tanto a nivel mundial como a nivel nacional, dentro del nuevo sistema educativo se ha implementado el uso de tecnología, siendo este ahora un pilar fundamental de la comunicación como principal instrumento para dar continuación educativa a nivel mundial (Guillermina Gabriela Castillo-Castillo, 2021)

Recordando que el ser humano, según Aristóteles, es social por naturaleza e importante para el desarrollo la sociabilidad se vuelve primordial el ejercicio social para el desarrollo, aprendizaje y emocionalidad de cada individuo. Las emociones que experimentan los seres humanos dependerán claramente de las circunstancias que atraviesen, entre las emociones mencionadas por las autoras Gabriela Castillo-Castillo y María Isabel Álvarez-Lozano. La ira, miedo y tristeza cumplen con funciones distintas y

se manifiestan ante distintos estímulos; la ira permite establecer límites en el aspecto sano de su función, por otro lado se presenta ante de la imposibilidad de alcanzar objetivos, necesidades o si es perjudicado en algún sentido (Pérez-Nieto, et al. 2008, citado por Castillo y Lozano). El miedo es un instinto primordial para la supervivencia, actúa para proteger la vida e integridad sea física o psicológica (Quezada-Scholz, 2020, citado por Castillo y Lozano) y por último la tristeza se manifiesta ante situaciones como prejuicios o pérdidas (considerando que la muerte es un suceso frecuente en la actualidad), las repercusiones de la pandemia se han manifestado en distintas formas (en las emociones, sentimientos, perspectivas, entre otros "siendo imperativo saber y conocer más sobre lo que en realidad sucede dentro de cada estudiantes en relación a su estado socio-emocional" (Guillermina Gabriela Castillo-Castillo, 2021). En comparación con generaciones pasadas la infancia de la actualidad se ve obligada al encierro limitándolos a la interacción con personas, familiares, amigos, conocer nuevos ambientes que complementan su crecimiento socio-emocional.

1.1.4.3 Relación del apego y aspectos de la depresión infantil

La teoría del apego fue desarrollada por John Bowlby (1969, 1980), en colaboración con Mary Ainsworth se estableció el apego en clasificaciones como seguro (Tipo B), inseguro evitativo (Tipo A) e inseguro resistente o ambivalente (Tipo C). Los infantes con apego seguro contaban con cuidadores que eran capaces de responder a sus necesidades físicas, afectivas de manera sensible, siendo capaz de regularlo. "Los infantes con apego seguro eran capaz de explorar su ambiente buscando proximidad con sus cuidadores " (Ainsworth 1978, citado por Spruit, Goos, Weenink, Rodenburg, Niemeyer, Stams, Colonna, 2019). Los cuidadores de infantes con apego inseguro resistente o ambivalente daba respuestas inconsistentes, respondiendo de distinta manera a una misma situación causando confusión y angustia en el hijo, esta inconsistencia sensitiva generó que el infante maximizará su angustia como única forma de tener atención de su cuidador. En el apego evitativo se observó que los cuidadores respondían con hostilidad, indiferencia o rechazo ante las necesidades emocionales del infante, existiendo una carencia afectiva lo cual provocaba en los infantes un patrón de evitar el

contacto con sus cuidadores debido a sus experiencias de rechazo y poca sensibilidad a sus necesidades emocionales.

La relación entre el apego y la depresión en la infancia es explicada a través de tres teorías según (Spruit, et al. 2019):

En primera instancia la asociación entre el apego y la depresión es influida por el modelo operante interno, el cual fue creado a partir de la calidad de los primeros vínculos experimentado con los cuidadores, el modelo operante interno permite establecer expectativas generales sobre los demás y sí mismo, permite categorizar, interpretar las experiencias vividas por el infante. Las repetidas experiencias de indisponibilidad llevan a establecer esquemas cognitivos sobre el self y los otros, lo cual puede ser un factor de riesgo si se crió en un apego inseguro, ocasionando posibilidad a desarrollar síntomas depresivos.

La segunda teoría explica que los infantes necesitan de sus cuidadores (comúnmente progenitores) para regular sus emociones y estrés, los cuidadores que establecieron un apego inseguro tienen dificultades al contener o regular al infante. Los infantes necesitan de alguien quien los guíe, les enseñe a dar la contención adecuada a sus necesidades para así aprender a auto-regularse, en la ausencia de esta base segura esto puede resultar en niveles altos de estrés a través de la infancia. Se ha comprobado que el estrés crónico en la depresión limita el desarrollo físico (presentan bajo peso, crecimiento lento), psicológico (depresión, dificultad en establecer relaciones afectivas, etc.) y neurológico (hiperreactividad corticoidea).

La tercera teoría establece la vulnerabilidad genética (predisposición de padecer trastornos por linaje familiar) como factor "La vulnerabilidad genética de las madres deprimidas puede ser transferido a sus hijos, lo que resultaría en un mayor riesgo de depresión en sus hijos, mientras que los síntomas depresivos en las madres encausan a relaciones de apego inseguro con su hijo." (Spruit, et al. 2019).

Por último la relación del apego y depresión está vinculada con los factores de riesgo socio-ecológicos, los factores que influyen son un estatus socioeconómico bajo, estatus de migración, bajo apoyo del entorno al sistema familiar, salud general, etc. estos pueden predecir un apego inseguro y depresión en la infancia. Según este estudio de (Spruit, et

al. 2019) los problemas de apego y síntomas depresivos pueden co-ocurrir y en suma de los factores socio-ecológicos se incrementa probabilidad de padecer un trastorno depresivo, reconociendo también que los apegos inseguros predisponen depresión en los infantes.

1.1.4.4 Las autolesiones en la depresión y el intento suicida

Las autolesiones también conocidas como "cutting" (según la literatura su manera de nombrar puede variar; En la literatura inglesa se le nombra como Self-harm, Self-mutilation, Self-injury, Self- aggression. En la literatura española se le conoce como automutilación, auto agresión, auto herida, auto daño.) (Nader & Boehme citado por Bulla, 2018) no siempre tiene la intencionalidad de acabar con la vida. Es importante distinguir entre las autolesiones con intención suicida y las autolesiones sin intención suicida ya que frecuentemente son confundidos.

La definición de autolesión sin intención suicida es "la destrucción intencional de tejido, que el individuo realiza en su propia piel o cualquier otra parte de su cuerpo, sin la intención de morir". (American Psychiatric Association, 2013, citado por Vilchez., Vanegas Quizhpi, Samaniego-Chalco, Vilchez Tornero & Sigüenza Campoverde. (2019).

Las conductas autolesivas pueden ser llevadas a cabo por distintas motivaciones así como también puede haber distintos métodos de esta actividad, se recurre a la autolesión como forma para enfrentar, tolerar o descargar de manera dañina emociones dolorosas, cóleras, frustraciones e incluso como autocastigo por alguna situación.

Investigaciones sobre las autolesiones han reportado que son sin intención suicida suelen ser más frecuentes y predictivas a frecuentes intentos de suicidio. Además la conducta suicida y las autolesiones son vinculadas a ciertas características de personalidad como neuroticismo y perfeccionismo (L. Stewart, Celebre, P. Hirdes, W. Poss, 2020).

La autolesión se entiende como la expresión de heridas emocionales las cuales vuelven contra sí mismo en forma de heridas físicas, esto es debido a que los sentimientos no pudieron ser elaborados en palabras por lo tanto se recurrió a otros medios como el cuerpo. " El cuerpo, en cuanto a lo vivido desde él y a través de éste, se convierte en el

terreno de expresión y conexión con el mundo desde que se nace, y constituye una herramienta básica para aprehender la realidad.” (G. Rodríguez, R. Gempeler, R. Pérez, S. Solano, Meluk A., Guerra E., Leimann E. 2007). Autores establecen que el cortarse representa un límite, un límite que permite el desahogo del sufrimiento emocional para así regularse, es la demarcación entre el intercambio del mundo externo y el mundo interno.

La investigación llevada a cabo por Albores-Gallo, L. Méndez Santos, Xóchitl García Luna, Delgadillo González, I. Chávez Flores, L. Martínez, (2014) sobre autolesiones sin intención suicida en niños y adolescentes de la ciudad de México reveló hallazgos interesantes sobre las conductas autolesivas en ambos sexos. En la exploración de los precipitantes psicológicos se encontró que en las niñas se reportaba la presencia de sentimientos e ideas negativas antes de autolesionarse, motivadas principalmente por ideas de coraje. En los varones se manifestaban más sentimientos depresivos previo a la autolesión.

Los métodos de autolesión sin intención suicida mostró que en los varones el método más recurrente fue el rascado de cicatrices en lugares tales como los brazos y muñecas. En el caso de las niñas éstas tenían preferencia por brazos y muñecas coincidiendo con los varones.

La perspectiva social explica “la desaprobación social para expresar ideas o sentimientos de coraje en las niñas y de depresión en los varones y practican las autolesiones como mecanismo de expresión alterna de estos sentimientos.” (Albores Gallo, et al. 2014). Se considera que uno de los factores de mayor influencia en las autolesiones son los factores interpersonales. Estudios han encontrado que familias que vivencia violencia doméstica, maltrato infantil, divorcio, crianza mal adaptada están vinculadas con hijos que se autolesionan. (L. Stewart, et al., 2020).

En la actualidad existen nuevos factores sociales que conducen a las autolesiones o actividades que ponen en riesgo el bienestar físico y mental de quienes son partícipes de desafíos virtuales. Los “retos” que atentan contra la integridad de la persona se han vuelto fenómenos polémicos en las redes sociales.

Los jóvenes dan uso a las redes sociales cumpliendo con la finalidad de informarse, interactuar y entretenerse a través de las redes, su empleo no es solo una cuestión instrumental, sino que también es simbólica ya que es un espacio de unión social, de libertad y de ejercicio de poder (Jacquier D. 2019).

Las investigaciones del internet buscan los motivos de quien participa. Niños y adolescentes que se vieron involucrados en estos desafíos seguían por que los retos provocaron miedo por las extorsiones/amenazas que recibían si no cumplían amenazan con información personal obtenida del participante (mediante hackeos) Cuanto más impersonal sean las condiciones que se ofrezcan en las plataformas de conectividad, más abiertos y honestos son los usuarios, en resumen los datos son más certeros cuando existe menos personalización (Jacquier D. 2019).

Una segunda motivación, y bastante recurrente, es la identificación entre iguales al compartir aspectos personales, símbolos de sufrimiento (imágenes de autolesiones, evidencias de actos que lastiman el cuerpo o peligran la vida del sujeto, entre otros).

En plataformas virtuales, los desafíos virtuales permiten un intercambio íntimo de dificultades emocionales en un mundo social que aprueba de métodos peligrosos que dañan el cuerpo de un individuo.

La vida offline es reconocida en el online por quienes se sienten identificados. "Se puede resaltar, que, al presentar las rupturas en el vínculo con la familia, se crean nuevos lazos sociales, para estar con otros que padecen situaciones similares y con quienes pueden hablar de los que les ocurre en su interior. Situación que puede generar que estas prácticas actúen como una epidemia, en la cual se van convocando a otros a canalizar sus síntomas a través del cutting y el suicidio." (G. Rubio Villa, Giraldo Agudelo, p 54. 2020).

1.1.4.5 Impacto de la salud mental de los cuidadores en los infantes

El rol de los cuidadores es el contribuyente principal en la salud o enfermedad mental del infante, es significativo como predictor en desarrollo socioemocional del hijo. Los cuidadores conciben a los hijos para formar la familia. Mediante las interacciones en el núcleo familiar es que el infante aprende a relacionarse, va formando su personalidad mientras adopta patrones de conductas, comunicación, resolución de conflictos, etc.

Estos patrones tienden a ser utilizados a lo largo de su vida, si estos son aprendidos por medio de cuidadores disfuncionales la probabilidad de padecer un trastorno mental se acrecentará.

Se ha demostrado que la salud mental de los cuidadores tiene un impacto significativo en los hijos esto se ha deducido debido a que el niño establece su relación con el mundo a partir de su seno familiar, principalmente lo padres, si existe alguna presencia de patología en algún cuidador o ambos la probabilidad de enfermedad mental en el niño será alta, la disfuncionalidad de los progenitores da lugar a patologías en el infante, particularidades como la depresión materna y el alcoholismo en los padres son factores de riesgo identificados en cuadros depresivos de niños. Weissman identificó que hijos de padres con depresión tienen 3 veces más probabilidades de padecer algún trastorno mental, especialmente la depresión, en comparación con otros infantes (Caravero A., Medina Mora, Villatoro, Rascón 1994).

En el estudio de Caravero A. et al. (1994) sobre la depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños mostró que los adultos que padecen de depresión contaban con pocas habilidades como cuidadores, presentando también defectos en el funcionamiento social. Padres con carentes habilidades en los ámbitos psicológicos, emocionales y sociales incrementan las posibilidades de generar un trastorno en el infante. La disfuncionalidad de los cuidadores está entonces relacionada con una alta incidencia en negativas consecuencias psicológicas (Olhaberry et al. 2013)

Cabe mencionar que además de la depresión en cuidadores, los padres con enfermedades psiquiátricas incrementan el riesgo de los hijos a sufrir psicopatologías, además de la influencia genética, la crianza de padres con enfermedades psiquiátricas llega a ser desorganizada” Los padres con enfermedades psiquiátricas tienen muchas más dificultades para relacionarse normalmente con los hijos ya que la enfermedad perturba la percepción que se tiene del hijo dando lugar a pauta educativas inadecuadas y a un tipo coercitivo de interacción padres-hijo que facilita la aparición de trastornos emocionales y de la conducta.” (MJ. Mardomingo, Sánchez Mascaraque, E. Parra, A. Espinosa, M. Loro, 2005)

Es pertinente aclarar que el padecimiento psiquiátrico del cuidador no determina por completo la salud mental del infante, esto se irá prediciendo según las circunstancias en las que se desarrolle y la participación de sus esferas de apoyo (Escuela, hogar, amistades, instituciones gubernamentales).

Además de las particularidades mencionadas otro problema de salud pública es la maternidad adolescente.

Este fenómeno se ha considerado como un factor de riesgo para salud mental de los infantes, los embarazos inesperados en esta etapa dificultan las crisis normales en la adolescencia en adquisición de la identidad propia, además de interferir en desarrollo de las dinámicas relaciones, obligando a la madre a madurar y tomar responsabilidades para las cuales no se encuentra preparada para llevarlas a cabo. Los embarazos no planeados en sí mismos son estresantes ya que un hijo traerá cambios drásticos en la vida de la madre y esta al no estar preparada puede sentirse abrumada por la decisión de llevar a cabo la concepción inesperada. El vínculo que se establecerá entre la madre joven y el hijo llega a sufrir mayores complicaciones, las madres adolescentes tienen mayores dificultades en la crianza, en proporcionar los cuidados necesarios y para establecer una relación nutricia con ellos, interactúan de manera menos positiva y presentan baja calidad vincular, asociada a una inadecuada sensibilidad materna, lo que incrementaría el riesgo de abuso y negligencia (Barnet, Liu, DeVoe, Alperovitz-Bichell y Dug gan, 2007; Campo Et al., 2011; LuengoyGonzález, 2003; Olhaberry et al., 2015; Ortiz, Borré, Carrillo y Gutiérrez, 2006; Orozco et al., 2007. Citado por Alamo, Krause, Pérez, Aracena, 2017.). Hay que mencionar que la madre joven experimenta constantes frustraciones ante el precoz desarrollo del instinto materno, satisfacer las necesidades del bebé en ocasiones implica descuidar las de la propia madre (alteraciones en el ciclo del sueño, alimentación, descanso físico y mental), ante la insatisfacción de las propias necesidades esto podría generar una sensación de rechazo hacia el infante. En suma de las dificultades de la etapa de adolescencia hay una exclusión social y falta de esferas de apoyo (familiar, social, económico), que acrecentará la posibilidad de maltrato o negligencias hacia el bebé; por lo tanto se adquiere una depresión que afecta el desarrollo del infante. De acuerdo con Alamo et al. en su revisión de distintos autores sobre la salud psicosocial de la madre y el

desarrollo del niño/a establecieron que la presencia de depresión en madres adolescentes se ve vinculado con una alta incidencia de problemáticas en el desarrollo de sus hijos/as, así como mayor comorbilidad y mayores complicaciones pediátricas durante el primer año del infante, además manifiestan problemas conductuales en la etapa escolar, concluyendo que tales problemas de salud mental potencializan el desarrollo de psicopatologías en un futuro, tales como trastornos del ánimo con incidencias de un apego inseguro, déficit cognitivos en etapas de pre-escolar y escolar.

Numerosos estudios sobre hijos de padres que padecen de dificultades en la salud mental han demostrado que existen consecuencias graves que repercuten en cómo se percibe el cuidador y viceversa, presentando continuidad a las dificultades de la salud mental en su propio crecimiento. En el estudio de Simpson Adkins, Daiches (2018) sobre cómo los hijos perciben las dificultades de salud mental de sus padres, sugieren que la percepción de los trastornos emocionales de sus padres impacta en su entendimiento sobre la salud mental. En el transcurso del estudio los hijos manifiestan una sensación de "pérdida" del padre, experimentando un duelo por el deseo de "tener a su padre de vuelta", añoranza del cuidador funcional antes de ser afectado por una dificultad de salud mental, expresan una sensación de indisponibilidad o ausencia afectiva del cuidador.

La disfuncionalidad del cuidador conlleva a estrés ambiental y psicosocial en donde los cambios pueden ser impredecibles, describen una sensación de ansiedad y temor a los efectos de los trastornos mentales en su padre así también en sí mismos. Mediante la observación estos hijos notan los cambios conductuales y emocionales, una gran mayoría de los niños temen que sus padres sean hospitalizados o consuman un suicidio por lo que suelen monitorear los cambios que puedan permitirles identificar patrones de conducta que sean relacionado al trastorno afectivo que vive este progenitor. Visualizan al padre diagnosticado como "incapaz" o "vulnerable" quien es alguien que necesita de apoyo constante, contención y acompañamiento provocando al hijo tomar una percepción de sí mismo como el "que cuida o que toma el rol de padre". A largo plazo estos niños describen sentirse desesperanzados o "acostumbrados" al estado de la salud mental de su cuidador " Cogan y col (2005) sugirió que COPE-MHD (Children of parents who experience mental health difficulties / hijos de padres que experimentan dificultades de

salud mental) fueron menos probabilidades de expresar opiniones estigmatizantes de MHD (mental health difficulties / dificultades de salud mental) en general, debido a la experiencia personal de vivir con alguien experimentando MHD” (Citado por Adkins, Daiches. 2018).

1.1.4.6 Aportaciones psicoanalíticas sobre la depresión

A) Escuela inglesa

Sigmund Freud en su desarrollo de la teoría psicoanalítica plantea una perspectiva psicodinámica de la depresión, intentando comprender y explicar los fenómenos depresivos. Es en su obra “Duelo y Melancolía” que Freud plantea su primera hipótesis explicativa sobre la melancolía; habla sobre las relaciones objetales “aparece también la hipótesis del narcisismo cuya influencia posterior va a ser decisiva en la explicación de la Depresión.” (Ávila, 1990). Estas aportaciones además de los principales conceptos sobre la dinámica de la melancolía esbozados por el autor influyeron notablemente en la escuela psicoanalítica inglesa fundada por Melanie Klein.

Para Klein la predisposición a la depresión se origina en las características constitutivas de la relación madre e hijo, la escuela inglesa toma un mayor enfoque en la teoría objetal la cual formó parte como un capítulo en la teoría psicoanalítica freudiana; el objeto en la teoría de Freud (1915) es “aquella entidad —ya sea externa al cuerpo del sujeto o parte del mismo— que permite la descarga de tensión pulsional, generadora de placer, a través de una conducta consumatoria que constituye el “fin” de la pulsión.”, en cambio la concepción de objeto en la teoría de relaciones objetales hace referencia a un “objeto humano” este tiene una carga intensamente personal, puede representar una persona, una parte de una persona o una imagen distorsionada de éstas. Aquí el objeto es un objeto de amor o de odio, donde el Yo busca la respuesta a su necesidad de relación (Juan, 1996). La pérdida del objeto da lugar a la carencia del bienestar lo cual provocará dolor psíquico y una fuerte sensación de indefensión; que es la consecuencia de cuando existen discrepancias entre el estado actual del sujeto y el estado ideal de bienestar, el dolor precede a las cogniciones y representaciones depresivas. (Avila, 1990)

El niño irá conociendo la realidad a través de privaciones que esta le impone, si las posibilidades de instalar el objeto bueno en el interior de sí mismo se ven frustradas el niño nunca se sentirá seguro del amor recibido y estará en disposición de volver a una posición depresiva, junto a los sentimientos de dolor, culpa y falta de autoestima.

La diada entre la madre-infante es una relación de suma importancia, Klein (1921-1945) explica que una relación buena con la madre y el mundo externo ayuda al infante a vencer sus ansiedades tempranas haciendo hincapié en la relevancia de las primeras experiencias. El niño experimentará cambios de su actitud emocional hacia la madre desde sentimientos de naturaleza destructiva y amorosa hacia el mismo objeto, dando lugar a conflictos profundos en la mente del niño. Klein en su obra *Amor, culpa y reparación* incluye que el Yo se enfrenta en este punto de su desarrollo –entre los cuatro o cinco meses- con la necesidad de reconocer en cierto grado la realidad psíquica así como la externa. Spitz (1965) puntualiza que ya sea de manera consciente o inconsciente cada uno de los miembros de la pareja madre e hijo, perciben el afecto del otro y a su vez responde con afecto, en un intercambio constante afectivo recíproco. Ahora ¿qué percibe el infante cuando el ambiente materno no ofrece un recibimiento adecuado? Ferenczi en su texto *El niño mal recibido y su impulso de muerte* (1929) responde a esta pregunta, en efecto el impacto de la calidad del recibimiento ambiente materno y familiar crea huellas psíquicas en el recién nacido “la fuerza vital que resiste a las dificultades de la vida no es aún muy fuerte en el momento del nacimiento; sólo se refuerza tras la inmunización progresiva contra los atentados físicos y psíquicos, mediante un tratamiento y educación llevadas con tacto” (Ferenczi 1929, vol. IV, pág. 48, citado por Guasto) este artículo plantea que el ambiente debe generar la voluntad de vivir o de lo contrario fortalecerá la voluntad de morir. El niño que es mal recibido se encuentra ante un vacío que no sabe afrontar ni reconocer ya que remite el peligro de una regresión a la muerte. El bebé ante el recibimiento con frialdad, hostilidad o negación recurrirá a mecanismos de negación orientados a la idealización buscando lograr una representación parental que mejore a los padres que lo han recibido; sin embargo esta negación es desmentida constantemente por la experiencia y entonces el niño recurre a la autoculpa lo cual es consecuencia de la introyección del rechazo materno.

La privación afectiva parcial o total y sus afectaciones en la psique del infante han sido estudiadas por distintos autores, entre ellos Spitz, en sus trabajos sobre la depresión anaclítica mostró la vinculación entre la necesidad biológica y necesidad afectiva; constituyendo que sin el auxilio ajeno de un adulto emocionalmente involucrado con el infante, desarrolla propensión a contraer enfermedades, en casos extremos el rechazo total a alimentarse y muerte por desnutrición.

El estudio de la privación en las funciones maternas fue trabajado por el psicoanálisis desde dos perspectivas centrales:

1. La ausencia real de la madre y sus consecuentes duelos tempranos y posibles depresiones en la infancia.
2. La depresión materna y sus efectos a corto y largo plazo en la estructuración de la psique del infante. (Schejtman, 2004)

Bion considera que la experiencia de la maternidad es una vivencia que desestructura el psiquismo de la mujer adulta imponiendo regresiones, debilita las defensas, requiriendo de cambios adaptativos que en ocasiones produce una reacción depresiva en la madre.

El neonato desde la perspectiva de Spitz no tiene imagen alguna del mundo por lo tanto cada estímulo será transformado en una experiencia significativa las cuales se irán transformando en señales para construir la imagen coherente del mundo, Spitz habla de una diversidad de condiciones necesarias para que el neonato pueda construir esta imagen, dentro de estos el dotar a los estímulos de significado es un proceso gradual, la madre debe ayudar al infante a tratar con estos estímulos que provienen del exterior y del interior descargando la tensión. Otra condición de suma importancia es la reciprocidad entre la madre y el bebé, se lleva a cabo un ciclo de acción-reacción-acción, este proceso permite al bebé procesar y transformar poco a poco los estímulos sin significado en señales significativas. Tal como cita Spitz a Von Seden, la percepción tiene que coordinarse, integrarse y sintetizarse experimentadas con las relaciones de objeto. La madre opera múltiples funciones en estas primeras etapas, como la función de sostén, tanto físico como psíquico y colman una necesidad. Una madre suficientemente buena desde la perspectiva de Winnicott es una madre que está bien sintonizada con el niño y

sus necesidades y este se afianza en ella formando un Self verdadero; En cambio cuando no es una madre suficientemente buena falla en dar satisfacción al gesto o necesidad del infante y ello lo reemplaza por su propio gesto que llevará al infante a la sumisión y esto dará lugar a un Self falso. La existencia de un Self verdadero es la base de la creatividad, en esta estructuración se da la dependencia y la evolución hacia la independencia (Vilar, 2006) y el Self falso que produce una sensación de irrealidad. Niños que experimentan un proceso inadecuado o la madre no pudo sintonizar con sus necesidades entran en una angustia intolerable lo cual dificulta la introyección del objeto materno y dificultará la separación necesaria para su propio desarrollo en futuras etapas (Schejtman, 2004).

Para Winnicott las madres deprimidas afectan el proceso de diferenciación y creatividad en el niño ya que su rostro constituye el primer espejo, estos se ven perturbados en la integración psique-soma ya que los bebés miran y no se ven a sí mismos. En sus estudios Winnicott encuentra que bebés de madres disfuncionales presentan mayores dificultades en el desarrollo de la maduración psicomotriz, en su capacidad de relacionarse con estímulos exteriores, presentan cierto detenimiento en tono muscular, de coordinación y una posible alteración en la capacidad de disfrutar la experiencia corporal y la del ser. Su afectividad se encuentra perturbada por los efectos de la depresión materna que se constituye dentro de la categoría ausencia-presencia. La falla precoz y persistente de la madre y no permite que el bebé la descubra, obliga al infante a adaptarse al medio "En los casos de situaciones de deprivación materna más agudo puede producirse una enfermedad psíquica y un desarrollo patológico del niño." (Winnicott, 1984).

André Green fue otro psicoanalista que trabajó el tema de la depresión materna, la teoría de la madre muerta es un concepto desarrollado por el autor donde explica "un fenómeno de la vida psíquica que puede desarrollarse en algunos niños, comúnmente en etapas muy tempranas del desarrollo; como respuesta a un duelo no elaborado, derivado de atravesar la experiencia de una depresión de su figura materna" (Mora, s.f.). Existe una madre viva pero simbólicamente muerta, esto dificulta los procesos intersubjetivos de identificación primaria lo que después podría derivar a lo que Green plantea como "duelo blanco" el cual puede verse frecuentemente en los procesos analíticos de las llamadas patologías del vacío. Aquí existe una desinvertidura significativa y temporaria en los primeros

momentos de vida, el cual deja huellas en lo inconsciente formando "agujeros psíquicos" que en posterioridad serán colmados por reinvestiduras (Schejtman, 2004). "Lo blanco para Green es aquello que es imperceptible y que remite al vacío, en la teoría del narcisismo se presenta como la categoría de lo neutro, es decir, la tendencia a reducir las investiduras al nivel cero" (Green, 1976, citado por Mora, s.f.). La débil investidura da lugar a la destructividad liberada, las manifestaciones destructivas o autodestructivas se llegan a interpretar como una búsqueda de vitalidad desesperada para recuperar la investidura fallida, buscando elaborar lo traumático temprano desde una perspectiva de simbolización. Así también Tronick propone que la falta de respuesta materna altera el desarrollo de relacionarse socialmente, provocando estados emocionales negativos en conjunto de intentos del niño por regular sus estados emocionales mediante la retracción y el empleo de conductas auto calmantes. Se ve también que las madres deprimidas producen mayores fallos en la reparación de afectos negativos y las interacciones positivas se ven difíciles de reestablecer. Schejtman plantea los dos tipos de reacciones del bebé frente a fallas interactivas:

- a) retraimiento, desinterés, desinvestidura, conductas autocalmantes ligadas a la retracción de la madre.
- b) enojo, irritabilidad, dificultades en la consolabilidad, que constituyen reacciones defensivas y se pueden ligar a la intrusividad y ansiedad maternas.

La teoría de relaciones objetales, como puede apreciarse, da hipótesis de que las estructuras psíquicas se originan desde la internalización de experiencias de la relación con los objetos, permite integrar los elementos "internos" y "externos" de la experiencia humana ya que estudia detenidamente las relaciones interpersonales "externas" sobre la organización de estructuras mentales "internas" (Juan, 1996)

Estas relaciones son parte también en el desarrollo del infante en sus transiciones por vida, existe una interacción entre la internalización de las experiencias de relación y su actualización.

“Los tempranos sentimientos se experimentan en relación a estímulos externos e internos. La primera satisfacción que el niño tiene proviene del mundo externo y consiste en ser alimentado” (Klein, Amor, culpa y reparación, 1921-1945).

Spitz hace un recuento sobre la cavidad oral y sus dos funciones distintas, para su supervivencia, la primera consiste en la ingestión el cual asegura la supervivencia física del bebé, su segunda función es la percepción, en el neonato también comienza la extremidad rostral, en la región oral y en la cavidad oral, es de aquí donde se ramifican los 5 sentidos, es por esto que la representación central de la región oral o perioral se convierte en la organización adaptativa dirigente que sirve de supervivencia de la especie.

Por lo tanto Melanie Klein plantea que la primera y fundamental pérdida externa de un objeto amado real se experimenta cuando la pérdida del pecho, antes y durante el destete, el cual desencadenará sentimientos depresivos. Si las dificultades en la primera fase son superadas con normalidad el bebé superará los sentimientos depresivos; los estudios en etapas posteriores del niño han reconocido que pueden desarrollarse sentimientos depresivos de un modo más general donde también se observaron algunos fenómenos descritos en los bebés.

La revisión teórica hasta ahora aborda en principio de la etapa oral, tomando en cuenta autores que plantean teorías del desarrollo en la evolución de los primeros meses de vida sin perder el enfoque del desarrollo psicoafectivo en el infante. Autores tales como Winnicott, Klein y Bion; plantean que la primera etapa de vida afectiva del infante crea huellas que marcan lo que después concierne la formación de su personalidad y en el ámbito de desarrollo emocional afectiva del infante se consideran que las relaciones vínculo madre-hijo son base para el desarrollo de mociones afectivas (Sara Zabaraín Cogollo, Liliana Quintero Díaz, Ana Rita Russo De Vivo, 2015).

Para exponer el desarrollo psicoafectivo en la etapa de latencia (etapa de importancia para esta investigación) se parte de la teoría clásica de Freud, planteando que en esta etapa se viven “proceso afectivos intensos” Para Freud los afectos están relacionados con las emociones o sentimientos conscientes; donde lo los instintos no podrían presentarse si

no existiera una idea o estado afectivo que esté relacionado con estos. La etapa de latencia descrita por Freud según Sara Zabarain Cogollo (et al. 2015) es descrito como un periodo de adormecimiento parcial de las cargas libidinales asociadas al interés por lo sexual debido a los tres diques pudor, asco y vergüenza.

Se denomina la latencia en una primera etapa o como latencia temprana, aquí la función que realiza el Yo se encuentra relacionado con el control de las pulsiones. En la segunda etapa de latencia o latencia tardía se da a partir de los 8 años, para esta edad se espera que el Yo del niño tenga una mayor fluidez, autonomía continuidad y equilibrio en sus conductas.

Wiener (2005) plantea también que en la etapa de latencia pueden existir procesos biológicos ligados a la supresión de los impulsos instintivos, haciendo referencias a impulsos psíquicos. Según lo incluido en esta investigación, se conoce que en el ámbito instintivo vinculado a las respuestas biológicas en esta etapa no predomina un control absoluto sobre sus impulsos y es por ellos que sin motivo aparente los niños peligran sus vidas bajo impulso, debido a que no está del todo bajo un control absoluto. En resumen la unión de impulsos psíquicos y biológicos en un niño quien sufre de una depresión profunda puede llevarle a peligrar su vida en un momento de propulsión.

Según Blos (2011) y Brainsky (2003) citados por Zabarain, Quintero, y Russo, A. (2015), se deberían dar los siguientes logros en el desarrollo psicoafectivo en la etapa de latencia:

4. Un cambio de relaciones de objetos por identificaciones.
5. Aumento de la orientación hacia el yo interno y automatización de algunas funciones del Yo, entre las cuales se puede contar con el poder de síntesis.
6. Aumento de resistencia frente a las regresiones.
7. Formación de un yo crítico que colabora con el superyó, para que la autoestima sea más independiente del ambiente que en etapas anteriores.
8. Aumento de la capacidad para la verbalización, con disminución de la expresión a través del cuerpo.
9. Mayor uso del proceso secundario de pensamiento y adaptación a la realidad.

10. Comprensión social, empatía y sentimientos altruistas.
11. El manejo del lenguaje se centra en la metáfora, que le permite un mayor control de impulsos.
12. Introyección de las normas y reglas que se adicionan al superyó.

El desarrollo psicoafectivo en la etapa de latencia se entiende como un momento de transición en donde el niño adquiere la autonomía suficiente y madurez del Yo para adecuarlo a la realidad y afrontar las circunstancias que estarán relacionadas a la adolescencia, esto según lo que comprende Blos.

En los niños cuyo desarrollo psicoafectivo se vió afectado por experiencias adversas o los factores antes mencionados puede que los logros esperados en la etapa de latencia no sean llevados a cabo; Melanie Klein (1921-1945) en su estudio sobre los estados maniaco-depresivos en esta etapa precisa que la tristeza del niño, aunque sea leve, tiene las mismas causas que en el adulto, y que la depresión infantil también puede estar acompañada de ideas de suicidio. Así también observó que las automutilaciones en los niños, representaban tentativas de suicidio emprendidas con los medios insuficientes (Ob. Cit.).

Desde las consideraciones que presenta Klein de acuerdo a los estudios de Abraham y James Glover (1922) estas refieren a que el suicidio tiene la finalidad de dirigirse contra el objeto introyectado; y que mediante el acto del suicidio el yo intenta matar sus objetos malos en finalidad de salvar los objetos buenos internalizados y esa parte del yo que está identificada con los objetos buenos, destruyendo así la parte del yo que estaba identificada con los objetos malos y con el ello. "Al cometer suicidio, su propósito puede ser el de establecer una reparación definida de sus relaciones con el mundo externo, porque él desea librar el objeto real- o el objeto "bueno" que es ese mundo entero que representa y con el cual el yo está identificado " (Klein, Amor, culpa y reparación, 1921-1945).

Erik Erickson (1950) en esta etapa cuenta los conceptos de autoestima y autoconcepto. En el auto concepto en torno a los 6-8 años se comienzan a diferenciar en términos internos, no físicos como antes se acostumbraba, ahora es capaz de describir los propios

deseos, pensamientos, se forma un juicio más complejo y amplio dirigido a sí mismo mediante lo que sabe en conjunto con adquirido en la comparación grupal.

En el autoestima se tiene un Yo ideal (a los que aspiramos a ser) vs un Yo real (lo que realmente somos). Entre los 7 a 11 años incrementa la angustia por alcanzar el ideal lo cual consecuentemente disminuye la autoestima dejando al infante a cuestionarse sobre su valor o capacidad para lograr alcanzar ese ideal. Los niños que no superan la crisis crecen a ser niños inseguros, con baja estima y poco productivos.

El complejo de inferioridad es tomado por estos infantes adoptándolo como base sobre la cual poner a prueba su valor, se sienten en el ámbito social constantemente inferiores, y continuamente se comparan con los demás individuos reforzando su sensación de inutilidad, creyendo siendo incapaces de incorporarse o dominar destrezas. Se crea un temor de ser incapaces de generar amor suficiente y genuino a los demás, temen no poder dominar impulsos agresivos a los demás, creyendo ser un peligro para aquellos que aman.

Existen diversas situaciones de estrés en la etapa escolar (latencia) Luz Elena López menciona factores tales como primero: necesidades y capacidades, aquí el niño hace frente a una serie de exigencias y nuevas responsabilidades que implican horarios, disciplina, control de impulsos individuales y dedicación en el ámbito escolar.

Segundo factor es la constante separación de la familia, el niño aprende a interactuar con extraños, sin la constante protección de sus padres, surgiendo nuevas necesidades como adaptarse a un grupo o cultura, buscando pertenecer e internalizando las normas sociales.

El tercer factor es el rendimiento escolar, otra de las dificultades que puede presentar el niño en la etapa escolar es un bajo rendimiento académico produciendo ansiedad y baja confianza que lo lleva a evadir tareas. "Muchas veces esto se relaciona con un bloqueo de la capacidad de aprendizaje, aspecto relacionado con una represión temprana de la curiosidad sexual y por consiguiente, del aprendizaje" (López, 2007)

La necesidad de apoyo y orientación por parte de los adultos cumple como un cuarto factor. Así como en las etapas anteriores, el apoyo y guía de los padres sigue siendo

necesario para establecer límites, resolución de conflictos, la toma de decisiones, buscando que el niño logre mayor equilibrio entre las nuevas necesidades y libertades.

El quinto factor en relación con lo último mencionado es el equilibrio entre la libertad y el control. Infantes que no logran un control en su comportamiento pueden vivirse como niños con altos niveles de angustia o cierta sensación de infelicidad. Como se sabe, los niños presentan serie de impulsos los cuales buscan ser satisfechos, por esa razón López explica que es indispensable que se desarrolle una disciplina inteligente, para una satisfacción óptima con menor gaste emocional posible. Para que esto pueda cumplirse debe de haber una actitud equilibrada de los padres donde impongan normas sin negar la oportunidad al niño de tomar decisiones, haciéndolo partícipe.

B) Escuela Francesa

Autores como Anna Freud (1976), Thompson (1992) asocian el desarrollo psicoafectivo en la latencia, los logros del Yo con la imagen de autoridad y disciplina que se adopta de los padres o del medio externo en que crece, también aprendiendo de la censura en la organización familiar. (Denis, 2003) y (Wiener, 2005) citados por Sara Zabrain Cogollo (2015).

Durante esta etapa del desarrollo psicosexual las conductas del niño están determinadas por las acciones del Yo donde a partir de esta instancia el niño va liberando sus angustias existiendo una libertad de actuar sin esperar una satisfacción inmediata del deseo. Además el niño expresa fuertes deseos de aprender, canalizando su agresión con apoyo de los conocimientos recientes de desarrollo de la organización del Yo y del superyó

Anna Freud (1946) considera que el niño en la etapa de latencia se enfoca en el fortalecimiento del Yo, para el encuentro de los impulsos en la pubertad dirigiendo la energía instintiva a estructuras físicas y psicológicas aumentando el control del Yo sobre los instintos. Para que la pulsión pueda ser inhibida a su finalidad es necesario que los estímulos externos no sobrepasen un nivel. Ocurre cuando la organización familiar está erróneamente establecida; como consecuencia, el niño recibe una sobrecarga de estímulos.” (López, 2007).

Mauricio Knobel (1973) deduce que un hijo representa la máxima realización de una personalidad, volviéndose una posesión no de carácter económico pero de trascendencia social con concomitancias bio-psico-socio-afectivas.

Desde antes de la concepción la formación de la pareja ya va estableciendo una posibilidad de crear expectativas las cuales son depositadas después como fantasías pre-conceptivas en el hijo. Esta ocupación de desear o formar un vínculo es importante para que el hijo ocupe un lugar no solo en el mundo físico pero en el mundo emocional de los padres. Todo esto va formando un mensaje de recibimiento para el infante, que transmite la seguridad y condiciones tanto físicas como afectivas para un desarrollo sano. En los casos donde las circunstancias no son favorables para el recibimiento del infante, en otras palabras el bebé no es deseado, el infante percibirá la hostilidad o indiferencia del ambiente materno lo cual aumenta considerablemente la posibilidad de desarrollar una depresión que puede ser reforzada con el constante rechazo a sus necesidades afectivas.

Durante el desarrollo, desde los 5 en adelante, se experimentan efectos de la inserción de palabras o frases que implican al niño, apelando a material que se puede inscribir en lo inconsciente del hijo como un procedimiento familiar repetido. Esto crea un concepto en la mente del niño sobre la cual ligará hechos comunes y corrientes de la vida, este concepto lo dirigirá en sus conductas y comprensión de sí mismo (Rodulfo, 2004)

Existen los casos cuando un hijo es concebido para adjudicarle un propósito, anudándole "la responsabilidad" de traer felicidad o ser un medio para dirigir frustración. Niños que crecen en estos ambientes desarrollan una depresión donde constantemente viven carencias de distintos tipos (emocionales, psíquicas, de integración social), no encuentran goce alguno o medio para descargar su tristeza profunda, únicamente se percibe un ambiente adverso que busca su destrucción, es aquí cuando el infante cree que la única salida es la autoeliminación.

En la actualidad el desarrollo psicoafectivo en etapa de latencia ha experimentado cambios importantes, los preadolescentes son expuestos a diversos estímulos y debido a su carencia de vínculos afectivos, poca introyección de normas, falta de adecuados

modelos de identificación por lo que no cuentan con la capacidad para el afrontar los distintos estímulos.

1.2 Suicidio

1.2.1 Concepto del suicidio

La palabra suicidio proviene del latín *suicidium* en unión de *Sui* (sí mismo) y *Cidium* (matar) que hace referencia matarse a sí mismo. El suicidio siempre ha estado presente durante la historia, aunque no se nombraba como tal; escritos antiguos en las distintas épocas y aproximaciones filosóficas plasman las distintas perspectivas y la práctica de este fenómeno.

Escritos tales como el poema de babilonio o la mitología mesopotámica del dios Bel y la mitología griega exponen la perspectiva acerca del suicidio. El suicidio en ciertas épocas fue considerada medio para mantener el honor, representaba la "perdida de fe" y amor, respetando el suicidio como un acto comprensible y aceptado en la sociedad. En algunas otras épocas y ubicaciones el suicidio se consideraba como una "vergüenza"

Hubieron distintas aproximaciones de filósofos tales como:

Platón percibía el suicidio como medio para alcanzar la verdad, las leyes mantenían oposición al acto, dando a entender el suicidio como como derecho al cual no debía ser castigado sino justificado.

Aristóteles por otro lado se oponía al suicidio llamándole un crimen que atentaba contra la sociedad, buscando procurar el bien de la sociedad.

Séneca hace referencia a cartas a Lucas donde plantea el suicidio como un acto de libertad defendiendo que "si no se vive bien es legítimo" siendo el suicidio el verdadero ejercicio de libertad; En esta época el suicidio era considerado como parte de los crímenes pasionales. (PAHO, 2021)

En el suicidio existen 3 instancias: El medio, la causa y lo que produce

El medio trata del método utilizado para concluir la vida; haciéndolo mención de los métodos más comunes en épocas como la edad media y moderna como el ahorcamiento, sumersión e inmolación. Seguido del medio están las causas, si es que se utiliza como salida o

terminación a un sufrimiento (de cualquier naturaleza) y por último lo que se busca producir con el suicidio posiblemente buscando aceptación o compasión por su desconsuelo.

El punto de vista religioso del cristianismo rechaza la decisión de concluir con su vida ya que esta fue "creada" por dios y por lo tanto no tienen derecho de decidir su conclusión. El cristianismo busca rescatar el dolor como parte de la naturaleza humana, negando el suicidio como elección. (PAHO, 2021).

En posturas de las ciencias sociales la muerte es determinada como la socialización de estructuras sociales (escuela, familia, trabajo, etcétera.). Desde la posición económica, en el mundo globalizado por competencia y globalización por la economía, las personas al no alcanzar el nivel esperado de competitividad quedan excluidas del sistema económico manifestando desesperanza, angustia, melancolía y por último la muerte (PAHO, 2021).

Dentro de los niveles de exigencia académica y competitividad laboral o económico favorece la vulnerabilidad a actitudes suicidas o el suicidio como tal.

El suicidio es definido por la Organización mundial de la Salud (OMS) como el acto deliberado de quitarse la vida. El suicidio "es comprendido como un trastorno mental multidimensional, resultado de una interacción compleja de diversos factores; biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales" OMS (2014).

El suicidio ha sido abordado desde distintos modelos y teorías los cuales fueron analizados desde las perspectivas psicológicas, sociales y biológicas. Desde lo sociológica el teórico Durkheim define el suicidio como "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma sabiendo ella que debía producir este resultado". Durkheim (1897/1971, p. 160) clasifica cuatro tipos de suicidio: el fatalista, el altruista, anónimo y el egoísta. (De Bedout Hoyos, 2008). Esquirol reconoce el acto suicida como la consecuencia de una crisis afectiva. Desde la perspectiva psicoanalítica Freud hace mención que el suicidio es aquel en el que "la pulsión de vivir" es conquistada. Según Ramírez (1998. citado por De Bedout) "La libido y el interés desengañado del mundo, por una renuncia del yo, un fracaso en la vida libidinal, empuja a la acción suicida". La biología del suicidio involucra datos genéticos que sugieren variantes de gen que

conducen a la predisposición del acto o comportamiento suicida, alteraciones bioquímicas también provocan cambios en las facultades mentales conduciendo a ideas suicidas.

Nisama (2011, p.5. citado por Arcos Rodríguez, 2016) establece la concepción del suicidio como un acto auto-infligida que busca causar la muerte de forma voluntaria, deliberada, donde intervienen tres etapas que conforman el proceso suicida: " el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. Por otro lado, se entiende como "conducta suicida" a toda acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independiente de la letalidad, del método empleado y del conocimiento real de su intención, se produzca o no la muerte del individuo."

La organización panamericana de la salud (2005) divide el comportamiento suicida en comportamiento suicida mortal, o sea consumado y en comportamiento suicida no mortal, el cual hace referencia a las acciones suicidas que no resulten mortales como los intentos de suicidio, pueden ser las conductas para suicidas o lesiones auto infligidas sin intención suicida.

1.2.2 Suicidio en la población

El suicidio es un fenómeno social que afecta todas las regiones del mundo, puede ser consumado a cualquier edad, en el año 2016 el suicidio fue la segunda causa de fallecimiento en grupo de edades entre los 15 a los 29 años en todo el mundo.

La OMS (2001) dio a conocer que en México se mostró un incremento del 150% el suicidio en menores de 5 a 14 años entre 1990 al 2000.

El consejo Nacional de Población (Conapo) registró que en los últimos 20 años se duplicó el suicidio infantil, en el 2006 siendo la tercera causa de muerte infantil en México para el 2008 como la cuarta causa de muerte, según INEGI en este año 191 niños entre 10 y 14 años terminaron con su vida.

Las poblaciones más vulnerables al suicido son esperadamente relacionadas con trastornos mentales comúnmente son vinculadas a patologías tales como la depresión, alcoholismo, trastornos alimenticios, etc. Experiencias como la discriminación social u otras

“experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento están estrechamente ligadas a conductas suicidas.” (OMS, 2019).

El suicidio es la primera causa de muerte externa en muchos países del mundo y de las primeras causas de muerte en adolescentes y personas en edad productiva. Se ha visto que el riesgo del suicidio aumenta con la edad. Como consecuencia, los suicidios generan el 2% de la carga global de enfermedad. (Fundación Española para la prevención del suicidio, s.f.). La etiología del suicidio es multifactorial aquí se muestran factores sociodemográficos, clínicos, genéticos, neurobiológicos (Rev. peru. Epidemiol. 2011) afecta a ambos sexos y se da en cualquier clase social, es un problema de salud pública que ha tenido un gran impacto en todas las generaciones.

Cabe resaltar que existen diferencias notorias en las tasas de suicidios del sexo masculino los cuales llegan a duplicar la tasa de suicidio de las mujeres. Se cree que la construcción social de género tiene gran influencia en las conductas relacionadas con el suicidio. (Estrategia de Prevención de Suicidio..., s.f.)

1.2.3 Suicidio en los infantes

En los inicios de las investigaciones el concepto sobre el suicidio infantil era basado en las teorías del suicidio en los adultos, la singularidad del suicidio en los infantes fue con el paso del tiempo presentando avance en el progreso de las investigaciones y desarrollo teóricos reconociendo aspectos singulares del fenómeno en esta población tales como la relación entre el desarrollo cognoscitivo y el concepto de muerte (Páramo Castillo, Chávez Hernández, 2007) (Según Evans et al., 2005. Citado por Mosiewicz, Carlson, Hartwick, Laliberte, Tam, Sherman, Brooks, 2015.) aproximadamente un tercera parte de los infantes reporta haber pensado en el suicidio en algún punto de su vida. Las ideaciones suicidas en los infantes frecuentemente tienen prevalencia en un población específica, aquellos cuya variabilidad se relaciona a factores socioculturales, demográficos, cognitivos, entre otros a mencionar, tal como los infantes con condiciones neurológicas, esta población tienen mayor tendencia a desarrollar dificultades psicológicas debido a dos factores que pertenecen a un modelo biopsicosocial de psicopatología.

Ha sido reportado que las niñas manifiestan mayores niveles de intención y comportamiento suicida que en los varones, sin embargo en los varones existen mayores tasas de consumar el acto suicida. En la investigación de Mosiewicz et al. (2015) sobre infantes diagnosticados con epilepsia se reportó mayor prevalencia de intenciones suicidas en comparación con otras poblaciones, el cual es un fenómeno que se desglosará dentro de los apartados de esta investigación, Mosiewicz et al. (2015) en su investigación también predicen mayores tasas de ideación suicida en infantes con menor funcionamiento intelectual y mayor impulsividad, el suicidio en el niño ha sido considerado impulsivo entre distintos investigadores debido la actividad del sistema límbico la cual se encuentra en constante activación durante el desarrollo en la infancia esto en relación con la corteza prefrontal, área vinculada en las decisiones impulsivas, ha llevado a las investigaciones a concluir que los infantes que llegan al intento o consumación del suicidio fueron llevados a cabo de manera inesperada, influenciados por estas áreas anatómicas mencionadas, estas muertes recurrentemente han sido referidos como "accidentes" ya que fueron muertes imprevistas cuya aceptación llega a ser inadmisibles tanto por la familia como por la sociedad. Las edades entre los 7 y 9 años son grupos que reportan más ideaciones suicidas que grupos mayores, aunque la edad no fue correlacionada con síntomas de depresión. El concepto de muerte en los infantes sufre modificaciones en lo largo de su desarrollo, el cual es también influenciado por la perspectiva social que se le atribuye, los pensamientos relacionados al suicidio se han documentado en menores de 7 años e incluso infantes de 5 años reportaron haber llegado al intento suicida (Stewart et al. 2001), esto sugiere que incluso en los infantes más jóvenes puede que no tenga un concepto maduro o completo sobre las consecuencias del comportamiento suicida pero esto no los limita a intencionalmente experimentarlo, por lo que esto nos sugiere no descartar cualquier expresión o pensamientos relacionados sobre el suicidio, no deben pasar desapercibidos o ser ignorados.

(Cabra, Infante y Soss, 2010) aportan en su estudio sobre el suicidio y los factores de riesgo en la población pediátrica información epidemiológica que permite tener un panorama sobre el intento suicida creciente en niños. Su investigación fue conformada por 146 artículos de los cuales 93 por pertinencia al estudio del suicidio al grupo pediátrico; 5 documentos fuentes uno en relación al suicidio en Colombia y el resto de estudios observacionales descriptivos en región Sur y Centro América, así como en el ámbito mundial. Estos

investigadores recalcan que la información epidemiológica sobre el intento suicida en edades pediátricas es poco confiable, por el subregistro, mal registro de la causa de muerte y deficiente comunicación.

Los autores declaran que los pensamientos suicidas son comunes en niños de ambos géneros y no están asociados a rasgos de psicopatología. Los trastornos del humor y de ansiedad incrementan el riesgo de ideación suicida, deduciendo también que los ataques de pánico son un factor de riesgo en la ideación o intentos suicidas en las mujeres y en los varones se presenta la agresividad como incremento de riesgo de ideación o intento de suicidio, aclarando que los intentos de suicidio son considerablemente menos comunes que las ideas suicidas.

Dentro de los artículos recompilados el grupo de 10 -14 años en Colombia presenta mayor suicidio en el sexo femenino a diferencia de Estados Unidos donde predomina el sexo masculino.

“Según Annett L. Beautrais, hay diferencias de género en comportamiento suicida de la juventud que son evidentes en la niñez y que persisten a través de la adolescencia y de la edad adulta joven” Citado por (Cabra, 2010) los intentos suicidas previos cuentan como los predictores más potentes, incrementa la tasa más de 30 veces según Brent, Shaffer y Craft, (1999).

Investigaciones sobre la disfunción familiar otorgan resultados del estado psicológico respecto al suicidio de niños en Uruguay, el estudio realizado muestra que el aumento en la cohesión familiar es un factor influyente para la prevención del suicidio, la estructura familiar sino la calidad de las relaciones familiar el factor de riesgo en la conducta suicida del niño.

1.2.4 Aspectos biopsicosociales

Biológicos

Se ha hipotetizado que las enfermedades neurológicas como lo es la epilepsia tienen mayor presencia de ideación suicida a comparación de otros grupos (Mosieweiz et al, 2015) rectifican que el 23% de niños diagnosticados con epilepsia reportan haber pensado en el

suicidio entre los cuales el 3% reportaron haberlo intentado, los autores plantean que esta incidencia de ideación suicida en esta población es sorprendentemente más alto que entre otras poblaciones neurológicas, como niños con hidrocefalia o lesiones cerebrales traumáticas.

Infantes que padecen condiciones neurológicas presentan un riesgo particular de desarrollar problemas psicológicos debido a dos factores: En primera instancia los cambios neurofisiológicos en el SNC que son secundarios a la enfermedad neurológica y los estresores psicosociales relacionados a la condición médica.

Se ha identificado una perturbación emocional respecto a varias áreas del SNC, áreas del cerebro que comúnmente están implicadas en el desarrollo cognitivo y emocional.

Las deficiencias dentro de estas redes pueden resultar de una amplia variedad de síntomas como desinhibición, control social y emocional deficiente, impulsividad y relaciones sexuales y sociales inapropiadas comportamientos (más relacionados con el lóbulo frontal medial orbitario síndrome), así como abulia, apatía, restricción emocional, motivación y falta de iniciativa (más relacionado con las redes frontales dorso lateral). (Mosiewicz, Carlson, Hartwick, Laliberte, Tam, Sherman, Brooks, 2015, p 4).

Estudios según Mann, JJ. (2003) en el ámbito neuro bioquímico reveló que pacientes con conductas suicidas mostraban una menor actividad serotoninérgica, el sistema de neurotransmisión de la serotonina ejerce la función de regular el estado de ánimo, estas alteraciones han sido también vinculadas a individuos con problemas de control de impulsos y conductas violentas (Davidson., Putnam, Larson, 2013) Citado por Rodríguez González, 2020.

En la investigación de Rodríguez González (2020) reporta estudios post mortem de individuos que consumieron suicidio (Mann.,2003) en los cuales se mostraron anormalidades en el sistema de serotonina en la corteza pre frontal, presentando también menos transportadores pre sinápticos de serotonina en la corteza pre frontal y occipital, incluyendo también el hipotálamo y tronco encefálico. Ante el descenso de la serotonina se aumenta la posibilidad de desarrollar estados depresivos que pueden derivar al suicidio. La disfunción dopaminérgica ha sido una particularidad de interés también en relación al

suicidio, determinar su rol completo en este fenómeno se ve limitado por escasas investigaciones al respecto.

La hiperactividad del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal es un área mencionada en el tema del suicidio, " en individuos que han cometido suicidio han encontrado glándulas adrenales más grandes y menos receptores CRF en la corteza prefrontal cortical" (Rubin, Phillips, Sadow, et al., 1995. Citado por Rodríguez González, 2020).

Factores psicológicos

El suicidio infantil deriva en su gran mayoría de una depresión profunda en conjunto de un ambiente que no acoge sus necesidades e incluso contribuye al maltrato psicológico, existe también una parte de la población infantil que también muere por suicidio sin depresión (motivado principalmente por la impulsividad o instinto). La relación del suicidio y maltrato infantil han sido estudiados por distintos autores, el maltrato de tipo sexual constituye como uno de los factores más importantes y presentes que según Crillo y Blasco (Citado por Paramo Castillo, Chávez Hernández, 1991) en posterioridad genera que las víctimas no se sientan protegidos, visto o escuchados, estos niños desarrollan conductas auto-agresivas que llegan a conducir al suicidio. La violencia sexual constituye parte de una red de maltrato infantil, "El maltrato infantil... es un resultado de un complejo de conductas, ideas y orientaciones psicológicas" (Crillo y Blasco, 1991) estos infantes viven bajo la perspectiva de que no hay escapatoria ya que no existen los medios para lograrlo o el hecho de que viven bajo una indefensión psíquica aprendida, la constante experiencia de maltrato contribuye al suicidio en la infancia, como se mencionó, ante las limitadas oportunidad para escapar del abuso constante el infante buscará las posibilidades al alcance y en esta búsqueda recurrirá al acto suicida. En el año 2000 el suicidio entre las edades de los cinco y 14 años fue la octava causa de muerte en escolares en México, lo cual en comparación con otras décadas tuvo un aumento significativo (Paramo Castillo, Chávez Hernández, 2007).

Herrera Basadre (2014) en su estudio sobre la etiopatogenia del suicidio en niños y adolescentes puntualiza una perspectiva psicología en la cual el niño durante su desarrollo busca construir su identidad yoica, vincularse al mundo e idear sus proyecciones futuro si

estos niños se desenvuelven en un ambiente que contribuye de manera negativa, inspirando poca confianza y respeto esto promoverá al infante a sentirse inseguro e incapaz. Las negligencias y abusos infantiles (físicos, emocionales y sexuales) crearan una huella psíquica la cual será el potencial detonante para que el infante consuma la auto eliminación.

La autoestima se considera también uno de los elementos importantes en el suicidio en conjunto con la desesperanza, Basadre concluye que a mayor depresión menor autoestima se manifestará en la población pediátrica.

La discordia familia o psicopatología parental constituye como parte de los factores de riesgo en estudios de suicidio en niños, la investigación llevada a cabo por Hugo Rodríguez Almada determinó que la cohesión familiar es un factor protector para consumo del suicidio en las poblaciones, sugiriendo que las relaciones familiares es el factor de riesgo en la conducta suicida del niño y adolescente; por lo tanto es importante evaluar el funcionamiento familiar en una intervención con un niño o adolescente suicida. (Cabrea O. I., Infante, D.C., Sossa, F.N., 2010).

La ansiedad es otro factor psicológico postulado por Allan (1998) en donde establece que la ansiedad es un subtipo de ideación suicida, en su estudio con una población de 27 niños con ideación suicida hospitalizados de edades entre 8 a 11 años dedujo que los niños con ideación suicida y conjunto con ansiedad eran menos felices y satisfechos experimentando así también evento fundamentales negativos y presentaban mayor dificultad para concentrarse, activos e intensos en sus respuestas emocionales en comparación de los niños que solamente presentaban ideación suicida. (Cabra O.I., et. al. 2010).

Retomando la psicopatología parental, la inmadurez biopsicológica de los cuidadores ha sido vinculada a crianzas defectuosas caracterizadas por la disminución de energía vital lo cual afecta la satisfacción de las demandas del infante en su desarrollo; La personalidad de los progenitores forma parte de los factores predisponentes de riesgo suicida en los hijos, será importante considerar el aprendizaje por imitación adquirida por los cuidadores con antecedentes suicidas (Cabra O.I., et al. 2010)

El suicidio en los infantes comúnmente puede ser precedido por eventos estresantes o el desarrollo mismo de un trastorno depresivo que el niño ya venía sufriendo, sin embargo

existen suicidios consumados sin presencia de síntomas depresivos, estos suicidios precipitados también conocidos como “los accidentes no accidentales”, según Fabiola Romero (2020), en ciertos casos el suicidio en el niño es impulsivo, se ejerce la conducta irascible desde lo límbico, desde el instinto reptil desencadenado las crisis del suicidio, anteriormente se mencionaba que durante el desarrollo del niño la corteza pre frontal llega a manifestar alteraciones en donde el cuidador tiene el rol de inhibir, si esta inhibición no está presente durante el desarrollo será mayor probable a que el infante actué bajo instinto y lleve a cabo una conducta suicida no predicha.

Factores sociales

Entre los factores socio-psicológicos la relatoría de los suicidios (reales o ficticios) en los medios de comunicación o en la comunidad tiene una influencia significativa en como los menores perciben este fenómeno social, cada cultura brinda una perspectiva a la que se le atribuye valores o desvaloriza a aquellas personas que llevan a cabo un suicidio. La exposición de una conducta violenta inevitablemente llama la atención de los menores quienes apenas van formando un concepto de la muerte en su desarrollo. El doctor Frederman (1998. Citado por Cabra O.I., et al. 2010) determinó tres efectos consecuentes de testimoniar violencia en la televisión, aprender de conductas agresivas y actitudes, insensibilidad a la violencia y miedo de hacerse víctima por violencia. “El conjunto de desventajas sociales, la disfunción familiar y las patologías asociadas son factores de riesgo para la conducta suicida” (Cabra O.I., et al. 2010). La violencia misma es comúnmente aceptada y practicada, el castigo físico a los hijos sigue siendo una “forma de educar” en múltiples países, al ejercer acciones de naturaleza violenta los menores verán con mayor accesibilidad la violencia como un recurso de solución de conflictos, incluso si estos conflictos y reprendimiento serán aplicado sobre ellos mismos. Los infantes que adoptan la violencia socialmente aceptada tienden a presentar actitudes altamente peligrosas estas tentativas están correlacionadas entre la experiencia del maltrato físico y emocional. (Paramo Castillo, Chávez Hernández. 2007)

Los estresores generales tales como posición económica, estructura familia (monoparental, disfuncional, reconstruida, etc.), la falta de apoyo social, creencias culturales o religiosas son pautas a considerar en el estudio del suicidio en infantes, la sociedad debe acoger a aquellos integrantes vulnerables de la comunidad, en caso de que su núcleo familiar falle en su función de prevención, el rol social deberá intervenir y dar el apoyo necesario para que el individuo pueda adaptarse, en caso de fracasar también el rol social dará como resultado la consumación de un suicidio que pudo haber sido prevenido. Todo suicidio en una sociedad es una problemática que simboliza un defecto en la sociedad el cual debe identificarse y atenderse con urgencia.

El acoso en el área escolar constituye una parte de la sociedad donde se ejerce la discriminación, un gran porcentaje de alumnos manifiesta haber sufrido descalificación o algún tipo de ofensa; Sullivan (2005. Citado por Ortega López J. P., 2014) define el acoso como la intimidación como un acto o serie de actos agresivos, donde ejercen manipulación una o varias personas contra otros individuos durante un periodo de tiempo. Es ofensivo y busca ejercer un desequilibrio de poder sobre la o las víctimas. "La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) informó que el 40% de la población escolar de primaria y secundaria, tanto en instituciones públicas como privadas del país, es víctima de Bullying." Aguila A. (s.f).

El suceso del bullying se ve implicado en múltiples casos de suicidio principalmente en el continente americano y ciertas áreas en Asia, ahora los medios como redes sociales han facilitado el "ciber acoso" una nueva forma de bullying por medio de internet, ambos afectan directamente la salud mental de quienes son víctimas de bullying.

Todos estos factores sociales mantienen una relevancia ante el estudio del suicidio en niños, la OMS especifica que el riesgo del suicidio está constituido por diversos entornos culturales y sociales, ante la creciente practica de bullying organizaciones como la ONU y OMS han organizado movimientos para contrarrestar el incremento de acoso escolar y ciber bullying.

Podemos aterrizar que los factores sociales en el suicidio infantil son un conjunto de maltratos y negligencias que han sido soportadas por infantes cuyos recursos emocionales

no se encuentran completamente desarrollados, este padece de estresores y en su intento de sobrellevarlos busca adaptarse al contexto el cual también exige que cumpla con ciertas criterios de aprobación social, expectativas académicas, familiares, entre otros.

1.2.4.1 Impacto con la pandemia

Pandemia en su derivación etimológica procede del griego pandêmonnosêma lo cual significa "enfermedad del pueblo entero" (Henaok-Kaffure, 2010)

Contextualizando sobre la situación de salud actual, la cual concierne a la sociedad debido a que los niños se están enfrentando a nuevos factores de riesgo para su salud mental acrecentando los porcentajes de trastornos psicológicos como la depresión profunda.

Los niños constituyen una población de vulnerabilidad debido al incremento de factores psicosociales tales como: consciencia de muertes derivadas de la pandemia, falta de socialización, bullying online, estresores en casa (dificultades económicas, violencia intrafamiliar, abusos de distinta índole, etc.) aislamiento, falta de estimulación, aumento de ansiedad, estrés postraumático, pérdida de hábitos saludables.

La evolución de la pandemia trajo consigo limitaciones de actividades cotidianas (principalmente de tipo social) la implicación de nuevos protocolos, medidas de restricciones conlleva a múltiples estímulos de estrés (Dra. Isabel María Sánchez Boris, 2021).

María M. Jiménez Murillo (2021) plantea que el aspecto psicosocial consiste en la relación con otros seres humanos y la apertura a formar nuevos vínculos; este ámbito crea un bienestar social y emocional, permite comunicarse, experimentar y expresar emociones, estas relaciones interpersonales generan satisfacción y seguridad. Ante lo mencionado, en la actualidad esta experiencia se encuentra confinada por las medidas sanitarias por consecuencia de la pandemia, "lo cual provoca soledad que es un estado mental que se relaciona con la depresión y con sentimientos de incomprensión, tristeza e inseguridad, así como la pérdida de interés por la vida." Murillo (2021).

En definitiva la pandemia ha contribuido a la angustia del niño y el ambiente en que se desarrolla, el cual está cargado de la presencia de muerte. Más allá de los efectos en la salud

física, la magnitud del Covid-19 ha aumentado los factores de riesgo que comprometen la salud emocional de la infancia.

Los factores de riesgo para niños en presencia de pandemia se plantean en la siguiente tabla:

Tabla 3. Factores de riesgo en pandemia

Factores de riesgo en pandemia	
Estresores	Síntomas
Muertes	Estrés postraumático, enuresis, niveles altos de ansiedad, depresión, terrores nocturnos, alta sensibilidad.
Hospitalizaciones	Ansiedad, tristeza, estrés, regresión, miedo, somatización.
Aislamiento social	Dificultades para socializar, pérdida de autonomía, ansiedad social, ataques de pánico, depresión, alteraciones cognitivas.
Bullying online	Depresión, autolesiones, ansiedad, pérdida de interés en actividades cotidianas, terrores nocturnos, baja autoestima, aislamiento, bajo rendimiento académico.
Dificultades económicas	Sentimientos de culpa, depresión, miedo, ansiedad, bajo rendimiento académico.
Violencia intrafamiliar	Niveles altos de ansiedad, agresión, estado de alerta, depresión, baja autoestima, ausencias frecuentes en la escuela, hostilidad.
Divorcios	Bajo rendimiento académico, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión, alta sensibilidad.
Abuso sexual	Depresión, ansiedad, enuresis, terrores nocturnos, fobias, comportamiento agresivo, trastornos psiquiátricos.
Pérdida de hábitos sanos	Enfermedades frecuentes, pérdida o sobrepeso, alteraciones en el sueño (insomnio o hipersomnia), crecimiento deficiente, depresión, baja motivación, higiene deficiente.

Nota: Elaboración propia

La Dra. Boris retoma que la hospitalización de un menor agrava la reacción ante el estrés que ocasiona la enfermedad del COVID-19 [...] “la presencia causa reacciones como miedo, ansiedad, depresión ante efectos de la enfermedad y posible pérdida de un ser querido;

manifestaciones que están relacionadas con la etapa de desarrollo del menor, al igual que el concepto que tenga de la muerte” (Boris, 2021)

En escolares se presentan síntomas asociados a la somatización mediante indicios de angustia asociados a palpitaciones, hiperventilación, diarreas también mostrando señales de depresión con sentimiento de tristeza y abandono. Las obsesiones y compulsiones son las reacciones más severas, por último la regresión emocional y conductual de los preescolares, escolares enfatiza la Dra. Boris que es el aspecto más frecuente en la actualidad.

Las Dras. Guadalupe Wilbur Gonzalez y Marlene D. Espinosa Sibaja en su exposición “Los niños ante la muerte” (2021) explican el impacto que ha tenido la pandemia en la concepción de la muerte en los niños. Los niños en la actualidad están en constante interacción con la muerte en su entorno debido al Covid-19 el cual ha provocado el fallecimiento de familiares, conocidos cercanos, ha limitado el poder despedirse de quienes fueron hospitalizados y la restricción de rituales funerarios complican aún más el duelo que necesitan vivir tanto los menores como quienes rodean e interactúan con el niño.

“Estamos aprendiendo una nueva forma de morir, en solitario, en los hospitales ” (Dra. Guadalupe Wilbur Gonzalez, 2021) esta es una etapa nueva que requiere de buscar una adaptación que permita continuar con las crisis que están atravesando las familias.

Los padres o cuidadores del niño no pueden evitar que el niño no esté consciente de las circunstancias de su alrededor, por lo tanto es importante aclarar los mitos sobre la muerte, hablar con la verdad y explicar lo que es la muerte según la edad para adaptar el concepto a su comprensión. Explicar qué es la muerte ayudará al menor a emprender su duelo el cual es necesario, se explica de manera simple que el cuerpo ha dejado de funcionar, y que el ser fallecido ya no siente nada (ya no existe dolor), se debe evitar explicaciones que puedan generar malentendidos como “se ha dormido para siempre” o “se fue a un largo viaje” este tipo de frases puede generar miedo y confusión en los niños, debido a que los niños toman las palabras de forma literal. Será óptimo anticipar la aclaración que no todas las situaciones de contagio son iguales, esto para evitar aumentar la angustia al enfermarse ayudándole a comprender que no todos los casos son iguales, evitando fantasías que puedan generar expectativas directas a la muerte.

En los casos donde se llevará a cabo los rituales de funerarias en primera instancia si el niño tiene edad para decidir ir a funeral se respete la decisión explicando qué es un funeral y qué es lo que puede llegar a esperar que ocurra en un ritual de despedida como ese, en segunda instancia debe haber alguien que acompañe en todo momento al niño durante la ceremonia ya que puede ser incomprensible algunas situaciones por lo que necesitará de quien acompañe y contextualice sobre las situaciones.

Por último será óptimo explorar qué temores están presentes en el niño para poder hacer las aclaraciones correspondientes, desde sensaciones de culpa a desprotección. El niño irá comprendiendo la información a su ritmo, necesita ser escuchado, contenido, seguir rutinas y hablarles con la verdad.

1.2.4.2 Ideación suicida en niños mexicanos

Investigaciones dedicadas a descubrir la importancia del auto concepto y los factores sociodemográficos aportan información relevante que permiten comprender la población infantil que padece de patologías como lo es la depresión la cual llega a derivar en un suicidio. Algunos estudios sobre la depresión infantil en distintos países como en Estados Unidos datan resultados de aspectos tales como los castigos severos y la falta de afecto son elementos influyentes para la presencia de conductas depresivas en los niños (Hipwel et al., 2008, citado por Chávez-Hernández, et al., 2017). En España la muestra de Cuevas, Bernaras, Jaureguizar, Soroa y Ibabe (2011) mostró que el 4,3% de 1102 niños entre 8 y 12 años presentaban síntomas de depresión donde al mismo tiempo se observaba que la depresión se predecía por la desadaptación escolar, así como la baja autoestima.

Por otro lado temáticas como la agresión en los niños fueron punto partida en la investigación de Chen, Huang, Wang y Chang (2012), donde encontraron que los niños agresivos tenían popularidad entre los grupos, aun que solían ser más solitarios debido a que forman menos relaciones cercanas y significativas; esto contribuye negativamente a las relaciones de pares favoreciendo la presencia de depresión.

Analizar estas investigaciones y comprender estos factores permitirá crear una perspectiva de prevención e intervención adecuada para que la población mexicana infantil que padece de estas dificultades psico-afectivas pueda ser comprendida así como tratadas para prevenir que el niño recurra a la autoeliminación.

Dando introducción al término de autoconcepto, este se refiere a "la organización interna de actitudes, sentimientos, expectativas y significados de sí, que orientan la interpretación y la organización de las experiencias y acciones de los niños" (Harter, 2006, citado por Chávez-Hernández, et al., 2017)

El ambiente familiar funge como aspecto importante para que el niño desarrolle un autoconcepto positivo, ya que es a partir de la interacción con los integrantes de la familia que pueden ir formando una perspectiva de sí mismo bajos los juicios y evaluaciones escuchada de los integrantes. En las familias donde se encuentra maltrato infantil, desinterés afectivo, de cuidado, negligencia y uso severo de disciplina daña el autoconcepto, estos crean condiciones para la aparición de depresión (Turner, Finkelhor & Ormrod, 2010). El autoconcepto negativo además de relacionarse con la depresión también se ha encontrado en relación con problemas psicosomáticos, conductas obsesivo-compulsivas, dificultades de socialización y hostilidad.

En la investigación realizada por Chávez-Hernández, A. M., Correa-Romero, F. E., Klein-Caballero, A. L., Macías-García, L. F., Cardoso-Espindola, K. V., & Acosta-Rojas, I. B. (2017) sobre el autoconcepto y la sintomatología depresiva e ideación suicida, mostró datos cuantitativos y cualitativos significativos en la población infantil mexicana relacionado a la depresión leve/moderada y severa, ideación suicida y bajo autoconcepto.

En su artículo hacen mención del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) por el preocupante incremento de problemáticas psicosociales de la población infantil que presenta conductas de riesgo, trastornos afectivos y de comportamiento que impactan en todas las esferas y ámbitos de acción de los menores de edad. Según un estudio realizado por la OMS (2000) la República Mexicana presentó el porcentaje más alto de incremento de suicidios. Este incremento se mostró en el periodo de 1990-2000 hasta en un 150% para

los niños mexicanos entre 5 y 14 años (Bridge, Goldstein & Brent, 2007, citado por Chávez- Hernandez et al., 2017)

Al mismo tiempo Acosta-Hernandez et al., 2011 (citado por Chávez- Hernandez et al., 2017) refiere que las secuela de la depresión infantil mal diagnosticada o atendida llega a presentarse a mediano o largo plazo, ya que la infancia es la etapa que antecede la adolescencia, existiendo una alta probabilidad de que en ese periodo de cambio se manifiesten conductas de riesgo como el alcoholismo, drogadicción, ideación y conductas suicida. La detección temprana y el tratamiento de la depresión infantil puede reducir el impacto familiar, académico y social también disminuye el riesgo de suicidio, abuso de sustancias y trastornos depresivos persistentes en la adultez.

La investigación realizada por estos observadores fue conformada por 217 niños de 3 escuelas nivel básico en Guanajuato (54,8% varones y 45,2% mujeres, en un rango de 9 a 13 años, cabe aclarar que 3 niños tenían 13 años) los resultados concluyeron que el 11,5 % de la muestra total presentó algún tipo de sintomatología depresiva; los síntomas mostraron puntajes de depresión severa y leve/moderada lo cuales son predictores de riesgo suicida, lo cual también comprueba con el alto porcentaje obtenido en ideación suicida (16%). La muestra de los varones en general presenta niveles más bajos de autoconcepto físico que las mujeres, señalando un factor de riesgo entre los niños con respecto a un tema poco estudiado, haciendo referencia a la parte física del autoconcepto.

La investigación concluye citando a (Ana María Chávez-Hernández*, 2017) dez et al. (2017):

“La detección oportuna de los niños con riesgo suicida, así como el adecuado abordaje de los tutores académicos y familiares, son vías importantes y adecuadas para la prevención del suicidio, pues es sabido que la conducta suicida incluye como primera fase a la ideación suicida, que posteriormente podrá devenir en tentativas suicidas o suicidio [...]

Los altos niveles de asociación del autoconcepto y su relación inversa con la sintomatología depresiva sugieren que un tratamiento preventivo que se encuentre sustentado en mejorar estas tres esferas del autoconcepto (personal, social y familiar) podría disminuir los niveles de la depresión y los problemas asociados con este como, por ejemplo, la ideación suicida.”

Alrededor del autoconcepto el concepto de muerte y suicidio en los niños son también tópicos importantes al estudiar el suicidio en la población mexicana; otra investigación realizada por (Roque Quintanilla Montoya, 2015) revela que la concepción personal sobre la muerte y el suicidio puede tener gran influencia en los individuos de riesgo suicida, ya que estas concepciones posibilitan que la persona considere el suicidio como una opción viable ante ciertas situaciones de conflicto (Pérez & Marina, 1996, citado por Quintanilla, et al. 2015).

La muestra con la que se trabajó en esta investigación fue de 47 menores de edad de 5 a 14 años contactados de escuelas de educación básica en México, se estudió en esta población el concepto sobre el suicidio y muerte, los resultados arrojaron que el primer grupo de 5 y 6 años de edad tiene un concepto de muerte ambiguo y adoptado de lo que se escucha en casa (mayormente influida desde la perspectiva religiosa). La muerte se concibe como algo temporal y selectivo; no existen características de universalidad ni de irreversibilidad en la muerte. En cambio el concepto de suicidio se identifica por la forma de morir pero se tiene una definición concreta, no existe diferencia adecuada entre suicidio, homicidio y accidentes.

El segundo grupo de 7 a 9 años de edad se entiende que en la muerte hay una recompensa o castigo por sus conductas y actos en vida (esto más como elemento de carácter religioso). Algunos de los niños de 9 años tienen indicadores de universalidad e irreversibilidad de la muerte, expresado mediante frases como "todos se mueren" o "es para siempre".

El suicidio por otra parte se relacionan a causas familiares, se tiene más claridad en el concepto y lo identifican como "cuando alguien se mata" y gran parte de sus referencias son de medios como la televisión mediante programas o noticias.

En el tercer grupo de los 10 a los 12 años de edad se observó una visión más "científica" del mundo donde la muerte ya es explicada en términos médico-biológicos, haciendo mención de enfermedades o fallas respiratorias o cardiacas. Los relatos también son medios mediante los cuales están enterados de sobre la muerte en la vida diaria. La universalidad e irreversibilidad se observa con mayor nitidez según los autores.

La concepción del suicidio tiene más nitidez la definen como “Cuando una persona se mata ella sola”; su referencia a estos suceso son las noticias, y descalifican el acto con argumentos de irreversibilidad e impredecibilidad y buscan alternativas como buscar ayuda o hablarlo.

Por último el grupo de 13 a 14 años ha desarrollado un concepto de muerte elaborado, los autores mencionan que casi han sido eliminadas las explicaciones fantasiosas e involucran experiencias personales mediante comentarios como “la gente se muere porque así es la vida.” El suicidio por otro lado se entiende y han desarrollado una postura al respecto, tiene acceso al concepto suponiendo que sus causas son llevadas a cabo por consecuencias como baja autoestima, pérdidas y comentarios como “sólo Dios puede quitarla.”

Edad	Muerte	Suicidio
5 y 6 años	Ambiguo. No es universal, ni irreversible.	No lo pueden definir. No hay diferencia entre suicidios, homicidios y accidentes.
7 a 9 años	Causalidad fenomenológica con influencia religiosa. Ente personificado. No es proceso natural. A los 9 años aparecen indicadores de irreversibilidad y universalidad.	Identifican medios para cometerlo. La causa son problemas familiares. Referencias de la televisión.
10 a 12 años	Visión médico-biológica. Expresan diferencias entre vivos y muertos. Hay claridad de universalidad e irreversibilidad.	Confusiones sobre “ya no querer vivir” y suicidio. Asignan responsabilidad al individuo. Descalifican el acto y proponen alternativas.
13 y 14 años	Claridad de universalidad, irreversibilidad, inevitabilidad e impredecibilidad. Visión médico-biológica y descripción fenomenológica de proceso del cadáver.	El concepto se utiliza adecuadamente en el discurso, se tiene una postura al respecto y se mencionan causas.

Tabla 4 Características de los conceptos de muerte y suicidio por grupo de edad .

Nota. Tomada de Conceptos de muerte y suicidio en una muestra de menores mexicanos de 5 a 14 años de edad | Roque Quintanilla Montoya, Luis Miguel Sánchez-Loyo, Isaac Alejandro Pérez Lúa (2015) | pp. 26

Puede concluirse que el tema del suicidio requiere ser hablado con los menores en la familia así como en la escuela, con la finalidad de que se pueda erradicar el tabú, los niños requieren entender la conducta de una persona con problemas, de una persona con dificultades emocionales, de una persona con dificultades emocionales pero que buscó el apoyo apropiada a un problema pasajero, cuando la muerte es para siempre.

Mairoby Barrios, María José Batista y María Camila Mendoza (2020) entre sus investigaciones realizadas sobre el suicidio infantil en edades de 8 a 12 años con muestra de 60 niños (26 de sexo femenino y 34 de sexo masculino) se dedujo que la edad más crítica son los 10 años debido a que es la edad donde se presenta mayor muestra de población, esta población experimenta cuestionamientos tales como el cansancio, los nervios, el temor por la pérdida de la familia y preocupación por problemas que se presentan en el medio en que se encuentran estos individuos. También mencionando que los niños de 10 años se agotan más rápido aunque no presentan ningún otro signo de depresión.

En definitiva Campbell, 1986 (citado por Mairoby Barrios M. J., 2020) menciona que se manifiesta un temor ante la ausencia de las personas ligadas afectivamente, posiblemente debido a la independización que se comienza a formar anterior a la adolescencia temprana.

Del mismo modo los factores familiares y socioculturales en el desarrollo afectivo de niños mexicanos estudiados por Teresita Morfín López y Luis Miguel Sánchez Loyo deducen que el desarrollo afectivo de los niños está vinculado a la posmodernidad y el cambio de modelo económico mediado reflejado en las nuevas relaciones y cambios familiares; creado efectos principalmente en las familias de menor ingreso creando una situación de estrés que genera un deterioro en el desarrollo afectivo de los integrantes.

Entre los cambios se mencionan los genéticos, ambientales, socioeconómicos, los culturales y familiares. En la revisión histórica realizada por estos autores se destaca que las condiciones socioeconómicas en la sociedad mexicana han creado cambios en las habilidades y estrategias para la interacción social de la familia mexicana comprometiendo su bienestar emocional. Una de las modificaciones más preocupantes es el aumento de las conductas de riesgo en los preadolescentes; si bien la población infantil puede ser la población con menos suicidios pero la mayor en incremento. Estos cambios en la familia mexicana se han visto desde hace 30 años, donde ha predominado el autoritarismo y colectivismo que limita las relaciones afectivas y de intimidad en el grupo familiar.

La familia nuclear patriarcal restringida tuvo su desarrollo en la época colonial en México, este tipo de familia le da menor importancia a la parentela, la comunidad dándole mayor reconocimiento a la unidad conyugal y el patriarcado en comparación con la familia tradicional. Se delimitaron roles genéricos modernos aunque desiguales, según Jusidman y Almada, 2007; citado por (Mairoby Barrios M. J., 2020) "Las familias urbanas se han visto

obligadas a reorganizar sus patrones de trabajo, de consumo y ahorro, y hacer uso de redes sociales para hacer frente a un claro deterioro en sus niveles de vida”.

El intentar satisfacer las necesidades de vínculos afectivos en la familia nuclear y la demanda social de autosuficiencia económica llega a generar estrés en los miembros de la familia, específicamente los padres y madres que busca proveer a los hijos de manutención, cuidado físico y psicológico. Se vuelve a hacer hincapié en que el modelo económico vulnera la capacidad adquisitiva de la familia y aumenta la desigualdad social, las largas jornadas laborales limitan la disposición de tiempo para atender las necesidades emocionales de los hijos, siendo el entorno laboral el que determina el tiempo de convivencia familiar.

Empleando las palabras de los autores Mairoby Barrios et al. (2020) Algunas de las características psicológicas de las personas criadas en entornos familiares tradicionales tienen dificultades para establecer relaciones afectivas, la familia mexicana ha educado que los aspectos de dimisión emocional se deben “guardar” o “esconder”, negando el reconocimiento del sufrimiento emocional de sus integrantes.

El análisis de Evans deduce que los niños que viven en condiciones de pobreza tienen menor apoyo social, los padres proveen menos soporte y ejercen la disciplina familiar de estilo autoritario, por lo tanto la acumulación de estos elementos genera en los menores alteraciones en el desarrollo cognitivo y emocional (Evans. 2004). Los individuos mediadores en el desarrollo cognitivo-emocional de los menores es el mismo comportamiento de los padres; los padres que viven en condiciones de pobreza tienen menor comunicación con los hijos, promoviendo menor independencia, logro y creatividad en comparación los padres que no viven en situaciones de pobreza. En resumen la pobreza lleva a familias a vivir en deprivación material y emocional, las pocas competencias parentales generan consecuencias en sus hijos (Oros y Vargas, 2012, citado por Barrios et al. 2020).

Por último otro elemento en la familia mexicana es que se ve sometida a un constante agobio debido a la sobrerresponsabilización en torno al cuidado y satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todos los miembros de la familia. La salud mental en México no es considerado como una de las prioridades entre las clases sociales medias y principalmente en situación de pobreza (51% de niños y adolescentes viven en situación de pobreza, UNICEF s.f), mientras tanto Becerra-Partida explica que en la actualidad la salud mental está a cargo del sistema de seguridad social que vela por intereses privados, interpretándose que la salud mental y su tratamiento es un lujo al cual la población en situación de pobreza no puede acceder, debido a que los padecimientos exigen a los afectados destinar gran porción de los ingresos bajos generando mayor crisis económica, humana, de valores entre otros. La salud mental debe ser concebida como derecho

humano, y, como tal, no debe jugar una serie de generalidades en la ley” (Becerra-Partida, 2014).

El desarrollo de la salud mental en México, tiene posibilidades incrementar su importancia en las familias mexicanas, aunque podría constar de un proceso largo en el cual se tendrá que sobrellevar todo lo anteriormente mencionado sobre los aspectos socioeconómicos e históricos que ha padecido la familia mexicana, sobrepasado estigmas sociales sobre la salud mental, concientizando sobre la importancia de la emocionalidad en las familias y reconociendo el impacto que tiene el no atender padecimientos psicológicos de sus integrantes.

1.2.5 Factores en común del suicidio infantil

Concepción de la muerte: R. Cousinet distingue cuatro etapas diferentes del cómo el infante puede concebir la muerte; en la primera etapa el niño es incapaz de comprender el problema, el qué es lo que ocurre; en la segunda etapa, la muerte se representa como una tipo de ausencia, de desaparición provisional; en la tercera la muerte se integra una perspectiva social según las costumbres y enseñanzas en los que según su demografía caracterizan la muerte. (Ceremonias, entierros, luto, etc.); para, finalmente, en la cuarta, elaborar la idea de su irremediable destrucción. Este proceso del concepto de la muerte sufre cambios desde la idea abstracta de la muerte hasta lograr un contenido más concreto conforme madura en su desarrollo (Gálvez, 1998).

Las etapas vivenciadas en el desarrollo mostrarán características particulares según la edad en que se encuentre según este autor, Pérez Ayala (2021) citando a Nahou, V., (2018) desenlaza sus rasgos de la siguiente manera:

Tabla 5 Concepción de muerte en los infantes según Nahou V., (2018).

Edad	Concepción de la muerte
De 0 a 2 años: no hay comprensión de la muerte.	<ul style="list-style-type: none"> – No hay comprensión de la muerte. – Vive con intensidad la separación y reacciona con gran angustia. – Se da cuenta de los cambios de su entorno.
De 2 a 3 años	<ul style="list-style-type: none"> – A los 2 años puede mantener la constancia objetal – Primer criterio: funcionalidad – La muerte no es definitiva, es temporal

	<ul style="list-style-type: none"> - Teme más la separación y mutilación que la muerte - La vida es movimiento
De 3 a 6 años	<ul style="list-style-type: none"> - La muerte es temporal y reversible - La muerte es percibida como una vida limitada - Se desarrolla la idea de que el fallecido ya no sufre - Se puede tener crisis emocionales ante la imaginación de que el muerto pueda despertar cuando este enterrado
De 6 a 9 años	<ul style="list-style-type: none"> - Segundo criterio de permanencia (cognoscitivo) - Comienza a percibir la muerte como real y que es para siempre - Irreversibilidad de la muerte - Temen que llegue por contagio - 7 años: Relacionan la enfermedad con virus, bacterias, gérmenes, etc. - Muestran interés por rituales como velorios. - 8 años: Interés por conocer que ocurre después de la muerte - Se dan cuenta que todas las especies mueren
De 9 a 10 años	<ul style="list-style-type: none"> - Tercer criterio de inevitabilidad - Entiende que no puede hacer nada al respecto y no es un castigo - Entiende el criterio de no funcionalidad, que es permanente, irreversible, inevitable y universal - Puede haber remanentes de culpa - Se interesan por los detalles biológicos
De 10 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> - Cuarto criterio de irreversibilidad y universalidad - El concepto de muerte madura casi por completo - Comprende la muerte a lo largo del desarrollo - Busca preguntar y platicar del tema con adultos.

En el concepto de muerte del niño existen 5 criterios:

1. Funcionalidad: El niño comprende que el organismo no puede mantener la actividad o energía para vivir.
2. Permanencia: La muerte es definitiva.

3. Inevitabilidad: Comprensión de que no hay inmunidad de ningún ser vivo a la muerte por lo que no se puede evitar en ninguna circunstancia.
4. Irreversibilidad: No es posible la resurrección una vez que fallezca el ser vivo, se erradica toda fantasía de volver a la vida después de morir.
5. Universalidad: la muerte es un fenómeno que afecta a todo organismo vivo, sin excepción.

Aunque el niño no tenga una percepción clara sobre la muerte su temor o interés a experimentarla se mantiene presente y en definitiva del abandono.

1.2.4.1 Métodos de suicidio

Pérez Ayala C.O. (2021) explica que el método del infante para terminar con su vida depende también de sus propias experiencias y concepción que tiene con respecto a la muerte, también el acceso a los objetos, sitios, de sus identificaciones, las circunstancias en el momento del intento. Los suicidios quedan enmascarados por comportamientos cotidianos que los llevan a la muerte. El accidente no es accidente cuando una conducta lo hace probable (Cyrulnick, 2014. Citado por Pérez Ayala C.O 2021).

Según Ajuriagueraa y Marcelli, cuanto menor es el niño mayor será la tendencia a que su medio utilizado sea violento, brutal y traumático citado por Pérez Ayala (2021). En la publicación de Ullioa Ch. F. (1993) Estos métodos incluyen armas de fuego, medicamentos o venenos, ahorcamiento, salto desde altura, intoxicación con monóxido de carbono, lanzamiento al tráfico vehicular, incineración, asfixia por inmersión, apuñalamiento.

Algunos términos relacionados al suicidio son:

1. Equivalentes suicidas: Autolesiones, poner en riesgo su vida mediante acciones o circunstancias peligrosas.
2. Suicidio oculto: Actitud pasiva que asume intención de terminar con su vida de manera vedada.
3. Intento suicida: Daño auto infligido con distinta intención a su consumación.
4. Suicidio frustrado: Suicidio que no se consume por un imprevisto.
5. Gesto suicida: Amenaza con hechos sobre una conducta autodestructiva que se llevará a cabo.

6. Amenaza suicida: Amenaza de tipo verbal.

Tabla 6. Factores de riesgo en pandemia

Gravedad de tentativa			
1. Tentativa gravísima	2. Tentativa grave	3. Tentativa leve	4. Tentativa sin daño
Ejem. Disparo	Ejem. medicación	Ejem. cortes, automutilaciones leves	Ejem. consumo de medicamentos no significativos

En la actualidad la auto intoxicación por medicamentos ha sido uno de los métodos más utilizados en las poblaciones jóvenes desde un 91% en adolescentes y 44.4% en niños. Los principales fármacos utilizados son analgésicos, psicofármacos (principalmente ansiolíticos y antidepresivos) y mezclas de diferentes sustancias medicamentosas. Otros métodos también utilizados son: incisiones en venas principales, cortes en las muñecas, la precipitación (bajo los reflejos poner su vida en riesgo en circunstancias imprevistas) y el ahorcamiento. Los varones tienden más hacia los últimos métodos mencionados, estos suelen optar por los medios más violentos en comparación con el sexo femenino. Los niños, a diferencia de los adolescentes, utilizan preferentemente métodos violentos en el 66% (precipitación, arma blanca...), siendo el método utilizado por los niños tanto más violento y traumático cuanto menor es su edad. (Raheb Carolina. S.f.).

Desde la perspectiva del modelo de estrés los síntomas depresivos en los niños se producen como respuesta a las problemáticas familiares, como puede ser la agresión parental, disciplina punitiva y discordia entre los padres (Shaffer, Pfeffer, 2001, citado por (Ximena Palacios Espinosa, 2007). Desde la perspectiva psicoanalítica la depresión se origina debido a la pérdida real o imaginaria del objeto amado conduciendo a una respuesta de comportamientos de agresividad, rabia y culpa. Describía cuadros depresivos relacionados con la conducta suicida los cuales se dividen en tres: 1. La ideación suicida, relacionada con

la idea de que la vida no vale la pena ser vivida y se plantea la idea de autoeliminación. 2. El intento suicida (parasuicidio) hace referencia a las conductas que se realizan y cuya finalidad es la autoeliminación sin éxito y 3. El suicidio que se refiere a la muerte como resultado directo o indirecto de una acción cometida por el niño con pleno conocimiento del resultado. Así también el modelo conductual de reforzamiento acuerda en que los sentimientos y comportamientos depresivos son causados por el inadecuado reforzamiento positivo. Las habilidades sociales se ven disminuidas en los niños con depresión, limitando así aún más la obtención de refuerzos positivos; El otro modelo de desesperanza aprendida planteado en la investigación de Ximena Palacios Espinosa, et al. habla también que la ocurrencia de eventos percibidos como fuera de su control, causa en la persona una sensación de vulnerabilidad, sentimientos de desesperanza e incapacidad para hacer frente a las demandas de la vida.

La carencia de afecto y de seguridad desde el nacimiento o concepción favorecen a desarrollar depresión, reflejándose en la falta de seguridad y confianza que el infante tiene en sí mismo. Mostrándose como desesperanza y desconfianza con los seres queridos en suma de una baja autoestima; Todo lo anteriormente mencionado aumenta la probabilidad de que los niños tomen su vida... "o consideren que el suicidio como alternativa al no saber cómo manejar las situaciones adversas y al no tener el soporte familiar y social que favorezca su ajuste y adaptación a un medio que constantemente suele poner a prueba sus recursos" (Ximena Palacios E. et al. 2007)

1.3 Epidemiología de la depresión y suicidio

Palacios, Barrera, Ordoñez y Peña (2007) en su publicación "Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005" hacen una valiosa compilación de artículos disponibles sobre la temática identificando las instituciones que intervinieron en la producción, los principales idiomas u paisas que han publicado sobre el suicidio en niños e identificación de los grupos de investigación líderes en la producción de artículos.

En sus resultados se observó una diversidad significativa de autores (224) (100%) que realizaron escritos sobre el suicidio infantil, el 94,6% habían publicado un solo artículo disponible en texto completo mientras que el 5% ha publicado 2 artículos y un solo autor ha publicado 4 artículos.

Países productores de artículos sobre suicidio en niños

País	Número de artículos
Estados Unidos	55
Canadá	5
Chile	5
México	4
Cuba	3
Uruguay	2
Costa Rica	1
Noruega	1
Corea	1
Suiza	1
Turquía	1
Inglaterra	1
India	1
España	1
Colombia	1
Alemania	1
Total	84

Figura 1. Países productores de artículos sobre suicidio en niños

Nota: Tomada de Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. [Tabla 3], Avances en Psicología Latinoamericana (2007).

En la figura 3 se observa el rango de 20 años que Palacios et al. tomaron para el análisis y número de artículos publicados por cada año.

Años	Número de publicaciones
1985	1
1986	1
1987	1
1988	2
1989	4
1990	2
1991	4
1992	3
1993	1
1994	4
1995	2
1996	1
1997	4
1998	4
1999	3
2000	4
2001	10
2002	6
2003	4
2004	14
2005	9
Total	84

Figura 2. Años de publicación durante el periodo comprendido entre 1985-2005

Nota: Tomada de Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. [Tabla 4], Avances en Psicología Latinoamericana (2007).

En la figura 4 se observar la evolución temporal que tuvieron las publicaciones sobre el tema del suicidio en niños.

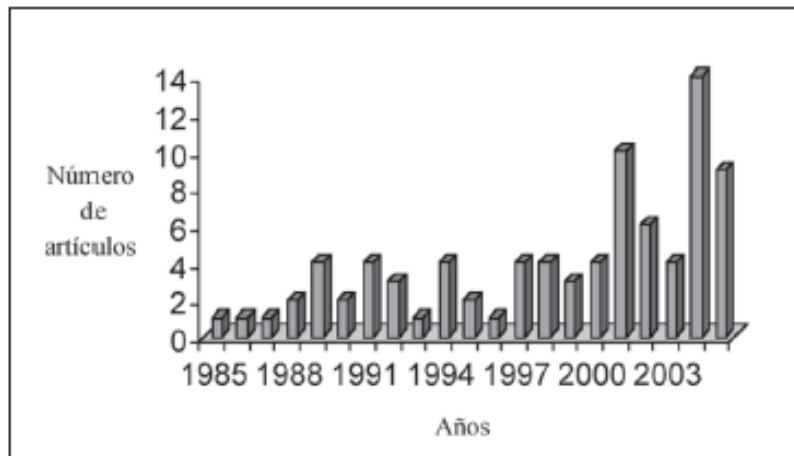


Figura 3. Número de publicaciones anuales sobre el suicidio en niños, entre 1985 y 2005

Nota: Tomada de Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el periodo 1985-2005. [Figura 1], Avances en Psicología Latinoamericana (2007).

Al momento de clasificar se identificaron revistas en inglés y español con mayor número de publicaciones. Para el habla inglés las revistas con mayor publicaciones fueron: *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* y las revistas *American Family Physician* y *Journal of clinical Child Psychology*. En cuanto a las revistas latinoamericanas con mayor número de publicaciones se encuentran: *Revista Chilena de Pediatría* y *Revista cubana de Medicina General Integral*.

En las muestras analizadas se abordaron distintos asuntos relacionados al suicidio en niños en conexión con los factores de riesgo y protectores, el contenido de temas fue: comportamiento suicida en conjunto con depresión, suicidio e influencia de fármacos, suicidio influido por el abuso sexual en la niñez, abuso físico en los niños vinculado al suicidio, estrés con depresión, factores cognoscitivos y emocionales en el suicidio, niños con padres suicidas, religión suicidio, entre otros.

Las edades muestra utilizados en el total de 79 artículos se clasificaron en la siguiente manera

La edad de 1-4 años fue incluido en el estudio de 9 artículos.

La edad entre 5-9 años fue incluido en el estudio de 26 artículos.

La edad entre 10-12 años fue incluido en el estudio de 38 artículos.

No se especifica la edad en el estudio de 6 artículos.

Cada rango de edad indica el número de artículos que menciona cada categoría, por lo que algunos artículos se incluyeron en una o más categorías.

1.3.1 Edades

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2011 presentó el documento de Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011 donde se hizo una compilación de información sobre las muertes auto infligidas registradas en mencionado año.

En el 2011 se consumaron 5,718 suicidios en México, entre los cuales 249 fueron consumados por la población de 10 a los 14 años, siendo la población menor registrada.

El suicido según grupo de edad en Baja california sur fue de 3.3 por ciento siendo equitativo a las edades de 15 a 19 o 55 en adelante.

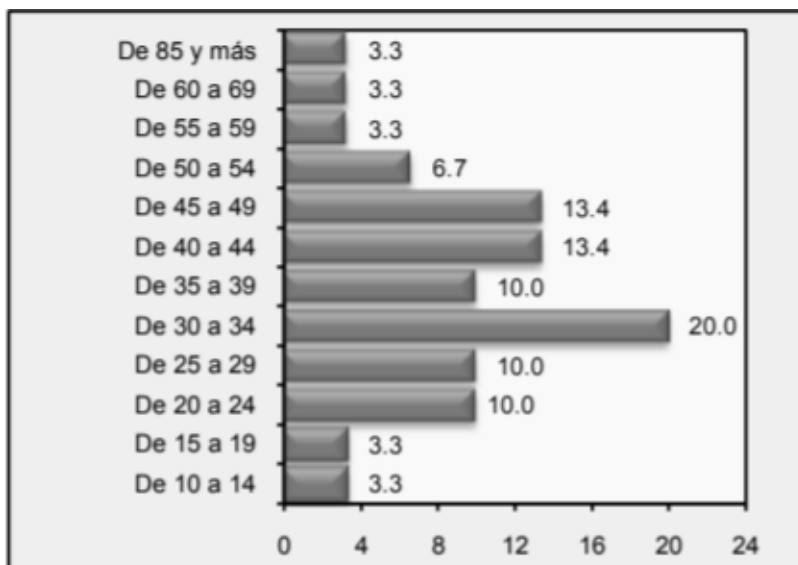


Figura 4 Número de muertes por suicido en México en el 2005

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas; Estadísticas Vitales.

Los métodos no son especificados por población por lo que no se cuenta con debida información.

Es pertinente aclarar que no todas las defunción por suicidio en niños son reportados por lo que las estadísticas cubren únicamente aquellas muerte registradas por médico legista.

De acuerdo con el comunicado de prensa por INEGI en 2020 dentro de las estadísticas del 2018 en el grupo de niñas, niños y adolescentes ocurrieron 641 fallecimientos por lesiones auto infligidas representando el cuarto lugar dentro del total de causas de muerte.

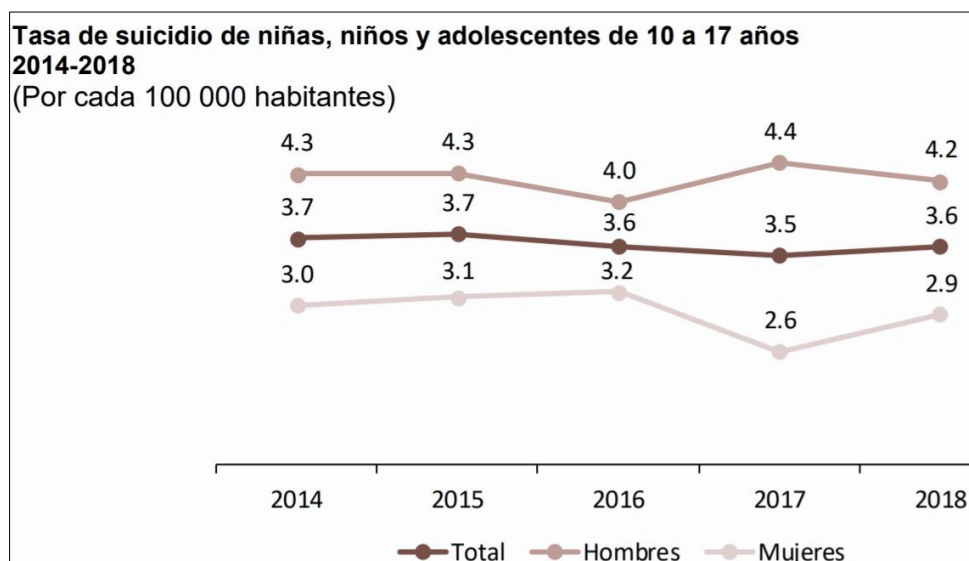


Figura 5. Suicidio de niñas, niños y adolescentes de 10-17 años 2014-2018

Nota: Se consideran las defunciones por año de ocurrencia. Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad. Base de datos, varios años. CONAPO. Proyecciones de la población de México 2010 a 2050.

Entre las estadísticas más recientes la pandemia en el año 2020 generó un aumento preocupante respecto a las enfermedades mentales de los menores. De acuerdo con la publicación realizada por la revista "El País" la Fundación Anar informó un acrecentamiento del 145% (en comparación del año 2019) en llamadas de ayuda por ideación suicida en menores, contabilizando 11.761 casos graves relacionados a trastornos alimenticios, dificultades de relación y abusos sexuales, alcanzando niveles récord de ansiedad y depresión. Se atendió a 412 casos de ideación o intento de suicidio y a 205 personas por autolesiones, siendo esto un 180% de aumento. También prestaron asistencia en 1.601 casos de maltrato físico: en un año en que los menores pasaron más tiempo que nunca en casa, el entorno en que supuestamente debían estar más protegidos, el aumento de casos fue del 21%." (Sosa, 2021)

Ballasteros, director de programas de la organización plantea que la imposibilidad de salir del hogar, interactuar de manera física en ambientes cotidianos como la escuela, realizar deportes, acudir a sus grupos sociales, entre otros, crea una tensión constante que se suma de factores estresantes como la constante presencia de muerte a nivel global, dificultades económicas, familiares, personales, reducción de espacios, pérdida de libertad entre otros provoca consecuencias psicológicas las cuales no se ven atendidas por lo que los índices de ideación suicida se ven en crecimiento.

El rol de la tecnología fue un motivo de consulta considerado en la fundación ya que el incremento de la problemática se veía involucrado con situaciones tales como el internet acoso, violencia de género, pornografía y prostitución infantil, en suma del fenómeno del *grooming* (practica donde un adulto pretende ser un menor que solicita contenido de tipo sexual a un menor)



Figura 6- *Rol de la tecnología*

Nota: Tomado de publicación " Las llamadas de ayuda por casos de ideación suicida en menores subieron un 145% el año pasado" Sosa, María Troya, El País (2021).

Nota: Porcentaje de casos en los que la tecnología estuvo implicada en el motivo de consulta.

Para la prevención de delitos cibernéticos como amenazas, ataques al honor, ataques a la intimidad o ataques a la propia imagen pueden presentar querrela

(comunicado que se presenta ante la ley para que notifique de hechos delictivos).

Los requisitos para requerir de este comunicado son: Copia simple de identificación oficial o en caso de los menores de edad copia del acta de nacimiento junto a identificación de familiar o tutor que acompañe.

Segundo requisito es la captura de pantalla del delito a denunciar.

(Jorge Alejandro Montiel Villaseñor, 2021)

“Las consecuencias de la covid-19 generaron en niños una gran frustración fruto de la indefensión y desesperación que explican el porqué de que muchos hayan aumentado sus ideaciones y tentativas de suicidio durante el confinamiento (aumento del 244%)” (Díaz, 2021)

1.3.2 Sexo

En el año 2004 la distribución porcentual de varones y mujeres suicidas se mostró un mayor porcentaje en el grupo femenino entre los menores de 15 años.

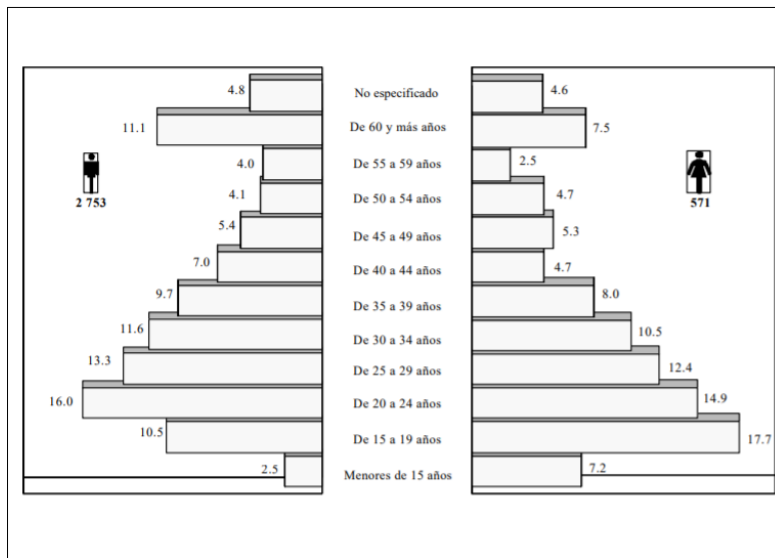


Figura 7. Estadística en sexo

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística; Estadísticas Sociales

INEGI desde la estadística de la población en general se puntualiza que los varones son quienes tienen mayor porcentaje de consumación del suicidio, llegando de un 65 % hasta un 89 % de defunciones por suicidio en el documento del 2011.

Con base en el comunicado sobre los suicidios del 2018 en el grupo de niñas, niños y adolescentes se redujo la diferencia entre hombres y mujeres que fallecieron por lesiones autoinfligidas, ya que 6 de cada diez fueron hombres y cuatro de cada diez, mujeres.

“Nueve de cada diez fallecimientos por lesiones autoinfligidas (88%), de niñas, niños y adolescentes de 10 a 17 años, fueron por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” (INEGI, 2020)

1.4 Prevención

El suicidio es un grave problema de salud pública cuya incidencia ha aumentado en niños en la actualidad es una de las 3 causas de muerte en niños (Yadols, s.f.), Cohen (2007) citado por (Zapata, 2018) sugiere que las familias escuchan y estén atentos a los síntomas en los niños, porque es común que se nieguen a aceptarlo pasando por alto varias alertas por lo que prevenirlo ha sido complicado.

El niño transita entre la fantasía a la ideación suicida, soliendo expresarlo con frecuencia, en estos momentos es importante que sean escuchados e interpretados como manifestaciones a posibles tendencias suicidas.

Para Cohen (2007) “todos los niños introducen fantasías suicidas en sus escenarios lúdicos, en distintas formas donde lo burlesco y el horror se unen al humor, pero también de manera más discreta y sublimada, integrándola en juegos educativos, como el ahorcado” como cita (Zapata, 2018).

El suicidio infantil se ha visto como un reto en la psiquiatría ya que no se percibe el suicidio de la misma manera que los adultos, por lo que la prevención y tratamiento de las conductas suicidas en la población infantil requiere de la participación de sus diferentes esferas, entre ellas el rol de los cuidadores.

1.4.1 Rol de los cuidadores en la prevención de la depresión y del intento del suicidio

Knobel en su obra “Infancia, adolescencia y familia” propone orientaciones sobre la salud mental sobre aspectos tales como problemas de relación paterno- filial, problemas escolares, llamadas de atención de padres o maestros con carácter humillante, búsqueda de afecto, educación entre otros. Estas orientaciones permiten a los cuidadores prevenir actitudes que dañen la autoestima del niño y fomentar un vínculo afectivo el cual es indispensable en la vida emocional del menor.

La expresión de afecto al hijo es considerado por este autor como la mejor “guía” en la crianza, ya que toda equivocación que sea consecuente del afecto puede ser reparado con facilidad, en cambio las consecuencias de carencias afectivas o experiencias adversas dejan huellas emocionales que después necesitan ser tratadas en un proceso

terapéutico en caso de no atenderse se vuelve adultos resentidos con varias dificultades psico-afectivas.

El egoísmo de los padres sobre qué es lo que esperan que su hijo realice o sea, impide el desarrollo de la propia personalidad del infante, su individuación e independencia se ve limitada por que no existe un respeto a su individualidad. El niño que al mostrar sus intereses o ideas recibe respuestas de humillación o negación llegará a la conclusión de que su persona no tiene valor alguno o es fuente de desilusión.

La identidad propia del niño es un elemento básico a considerar. Resulta fácil derivar en el hijo frustraciones de lo personal, laboral y social, todo tipo de circunstancias que desequilibran al adulto y que por consecuencia los padres descargan inconscientemente en el hijo.

“La problematización de los hijos, resultante casi lógica de un conflicto familiar y social, provoca y canaliza la ansiedad de los progenitores” (Knobel s.f.)

La responsabilización de la enfermedad mental no contribuye a su recuperación, es necesario que los padres se hagan partícipes de reconocer las necesidades y experiencias del paciente diagnosticado. El problema no radica en culpabilizar, se busca dar solución a la patología psicológica, lo cual es algo que concierne tanto al paciente como a los padres.

En la crianza la comprensión sobre límites y disciplina es necesario para que el niño pueda interactuar con otros respetando y reconociendo que también debe ser respetado. Por ello es indispensable que exista un equilibrio al comprender la autoridad y respeto, evitando extremos donde en caso de negligencia, al no aprender sobre estos aspectos, llevaría a constantes conflictos en la sociedad y poca adaptación. O en lo contrario un establecimiento severo de normas de disciplina y autoridad puede crear dificultad de defenderse y generar un temor a figuras que personifican autoridad.

El equilibrio en la enseñanza de esta moral favorecerá el respeto mutuo, moldeando hijos con personalidades independientes y socialmente adaptadas.

Otro aspecto en la crianza es los hábitos de vida, los padres representan la realidad del mundo exterior por lo que será un guía necesario sobre la cual los hijos entenderán de

las actividades típicas de familia, las razones ocupacionales y sobre la coexistencia de quienes constituyen la familia. El desajuste en el área de hábitos de vida de los cuidadores hablará de un posible fracaso en los hábitos que será aprendido por el hijo. Es importante crear hábitos sanos tanto a nivel personal, familiar y social.

Todo aquello perjudicial para el hijo no debe ser admitido como norma de vida. El niño necesita de quien lo oriente para distinguir sobre lo que es perjudicial y lo que no, los hábitos serán la base de la conducta y es a partir de estos que cualquier desajuste puede prevenir en el futuro trastornos más graves.

Knobel s.f. Explica que la gran mayoría de los conflictos en la infancia se producen en torno a dificultades que existen entre los padres e hijos, estos se debe a que el niño necesita de la seguridad de sus padres y espera que exista cariño y armonía entre estos. El infante al separarse de la madre cuenta con la siguiente figura que es el padre, este es el primer encuentro y desencuentro entre los dos seres que se responsabilizan de él. Ante circunstancias naturales de la vida existe un temor que se acentuará ante la actitud desafectiva de sus progenitores, donde el hijo cuestionaría si la discordia en la relación es provocada por él mismo siendo un tercero en discordia que agravante la circunstancia por entrometimiento, haciéndolo sentir sin defensa alguna. "Los hijos sólo podrán ser felices cuando sus padres también lo sean" (Knobel s.f.)

La libertad de decidir, de quejas, gratitud son libertades de las cuales el niño no debe ser privado, los padres que aman a sus hijos deben encarar, escuchar y guiarlos, no ser llevados por la herida de no haber sido un padre perfecto negando el descontento o angustia de su hijo.

"El sentimiento de libertad es consustancial al ser humano. La individualidad respetada permite el desarrollo de la personalidad, en tanto que la falta de restricciones o la negación de los placeres mínimos promueven un desarrollo enfermizo" (Knobel s.f.)

La "moderna psicología infantil" ha creado confusión con el término de "permisividad" llevado a padres a una confusión, la permisividad según el autor James L. Hymes (citado por Knobel) no significa permitir al niño hacer lo que quiera cuando lo quiera sino dejarle vivir su edad y permitirle crecer. Sería una negligencia practicar una

permissividad donde se le permita realizar todo lo que el niño desea, el niño necesita de quien lo cuide y enseñe siempre permitiendo que se desarrolle su personalidad.

En el siguiente apartado de la obra este autor explica la importancia de "la buena madre" haciendo referencia a una figura que sigue su instinto, se interesa e informa pero no depende completamente de literatura psicológica-educativa. Busca establecer una buena comunicación durante la crianza. La comunicación es un punto clave ya que si esta es perturbada las posibilidades de crear alteraciones psicológicas se acrecentarán. Una "buena madre" cría hijos sanos, fomenta un apego seguro, asiste las necesidades de su hijo en cualquier edad con facilidad de manejar sus angustias. El amor espontáneo, genuino, sin convencionalismos son las mejores experiencias que estas madres pueden dar a sus hijos.

Debido a las dificultades que existen entre los padres e hijos países como Estados Unidos, Inglaterra y Francia utilizaron técnicas grupales para atender a madres preocupadas sobre la emocionalidad de sus hijos, esto permitió que detectaran errores en actitudes hacia sus hijos, identificar el reflejo de sus conflictos permitiéndoles tomar consciencia de su interacción con el hijo evitando daños emocionales creando mayor apertura a tratar aspectos personales que el hijo busca comunicar.

Las señales de alarma en la infancia variarán según la etapa en que se encuentra el infante, Knobe s.f.l describe las señales en las siguientes edades:

- Del nacimiento a los dos años

Los síntomas alarmantes que podría presentar un infante en esta edad se manifiestan en pequeñas deficiencias, tales como falta de actividad, sueño excesivo, bajo tono muscular, no sigue la mirada, llanto persistente o ausencia total del llanto esto hasta los seis meses.

- De los dos a cuatro años

El rechazo a beber líquidos de vasos demandando la mamadera, actitud desafiante negativa ante límites, rechazo al juego o realizar nuevos amigos. Manifestar timidez o vergüenza injustificable frente a sus iguales o extraño, son percibidos como serios y retraídos

- De los cuatro a los seis años

Las rabietas pueden considerarse "normales" en esta etapa aunque su constante presencia habla de una señal donde el infante debe ser observado acompañado de exteriorizaciones como "romperlo todo".

La presencia de miedo desproporcionado también visto como pánico a objetos, animales o situaciones específicas es otra señal de alerta según este autor. La falta de control de esfínteres, defectos en el lenguaje y presencia de tics en compañía de dificultades para conciliar el sueño son perturbaciones a considerar como alerta.

- De los seis a los ocho años

La fantasía en esta edad es algo común en los niños aun que estar constantemente en ideas fantasiosas diariamente desconectados de la realidad es considerado alarmante.

Crisis matutinas de ansiedad (posiblemente relacionadas a la escuela), dolores estomacales, vómito, cefaleas (sin causas orgánicas) constituyen síntomas de alarma.

Constantes lesiones autoinfligidas, sean creadas de manera intencional o "accidental" (jugando, caídas de bicicleta, etc) son expresiones que deben analizarse.

De acuerdo con Capdevila la edad de los 6 a los 12 años se encuentra en una etapa de transición entre la primera infancia y la adolescencia, en esta la vida del niño se va volviendo más compleja ya que se produce una progresiva apertura al mundo, experimentará un aumento de exigencias, mayor independencia y una mejor aceptación de responsabilidades depositadas en él.

El paso de los 6 a los 12 años es un tiempo de "latencia" donde el niño se irá dando cuenta que es una persona diferente a los demás y busca encontrar su lugar en el mundo exterior.

El Yo toma relevancia permitiendo consolidar la realidad y tomar conciencia del mundo externo, adquiere nuevas experiencias, entre los 6-7 años comienza preguntarse quién es y se espera que vaya desarrollando habilidades intelectuales y emocionales permitiéndole mayor capacidad de abstracción y altos niveles de curiosidad.

Un niño "sano" durante la etapa de latencia en lo que respecta al lenguaje aprende a expresar con palabras su emociones, sentimientos y pensamientos; preguntándose por el significado, origen y relación que tienen. Comenzarán sus primeras desilusiones en relación a mitos o leyendas de la primera infancia: Santa Claus, Los Reyes Magos, el hada de los dientes u otras figuras imaginarias.

El latente buscará irse separando progresivamente de los padres y hogar, esto no significa que deseen desapegarse emocionalmente aunque el impulso del sentimiento de independencia los llevara a la desobediencia.

La autora resume que en la época de los 6 a los 12 años el niño renuncia a sus sentimientos de omnipotencia, aceptando sus límites personales. Comenzando a tener consciencia sobre el cuidado y respeto del otro, aprende a expresar sus emociones mediante nuevos medios: los deportes, arte, juego, interacciones entre amigos, etc.

Estas actividades mencionadas permiten la sublimación de emociones que generan angustia, permitiendo canalizar y simbolizar los sentimientos que pueden llegar a serle abrumadores limitando su desarrollo psico-afectivo.

Por otro lado el soporte social es otra variable en la vida diaria que influye en la emocionalidad de los niños, por lo que el ámbito escolar, círculos de amistad, clases extracurriculares y todo ámbito social donde se desempeñe el menor debe proporcionarle soporte para su integración, contribuyendo a formar una vida productiva así como enriquecedora a nivel emocional.

La función de los padres desde cuidar, consolar, querer y educar a su hijo, pero también transmitir el sentimiento de orden, establecer límites y enseñar las normas de convivencia. El rol de los hermanos en la etapa de latencia puede ser muy variable, Capdevila (s.f) menciona "él (niño) ha tomado consciencia del lugar que ocupa en el seno de la familia y de las incompatibilidades que puede tener al respecto al que ocupan sus hermanos" concluyendo que al comenzar la etapa de latencia este buscará relacionarse aún más con sus hermanos ya sean a en términos de amistad o disputa.

El desarrollo sexual en la latencia se vuelve un aspecto llamativo en los infantes. La vergüenza y pudor causa división tajante entre los sexos, los padres deberán crear una atmósfera de confianza que anime a sus hijos a realizar preguntas que les permita informarse y discutir sobre todo aquello que pudiera preocuparlos, de esta manera se vive de manera menos traumática la pubertad donde sufrirán alteraciones corporales.

Mantener una regulación emocional constante durante las diferentes etapas que vive el infante genera beneficios en distintos ámbitos de su vida madurativa, social o emocional. La negociación es una excelente habilidad como menciona Sandra Ramírez en su obra "Edades y Prioridades", ya que esta habilidad será necesaria en el futuro para ser exitoso y justo en la sociedad. El negociar permite reconocer que todos tienen deseos y necesidades, esto permite llegar a un punto intermedio entre dos extremos donde tanto el niño y el adulto aprenden a ceder.

Desde las neurociencias el tronco cerebral (encargado de supervivencia y emociones) del niño aún no se comunica con la parte superior del cerebro (permite controlar y regular la ejecución de acciones) para que estas dos áreas desarrollen vías de acceso se necesitará de maduración y orientación por parte de un adulto.

Los desbordes emocionales conocidos como "berrinches" (más comunes en los primeros 4 años de vida) son pequeñas crisis emocionales donde los infantes son incapaces de verbalizar lo que están sintiendo y por lo tanto es inútil tratar de razonar, Sandra Ramírez recomienda un acompañamiento con la cercanía física y con silencio por parte

del cuidador, una vez terminado aquel episodio entonces pueden abrazar, consolar y razonar con su hijo motivándolos a identificar y verbalizar lo que sintieron.

Los vínculos afectivos de los padres permiten desarrollar la sensibilidad de conocer las necesidades afectivas de los hijos, estos vínculos son una expresión de unión entre padres e hijos donde la unión va más allá de la relación de parentesco.

“En ella se comparten elementos esenciales de la vida y se tejen los vínculos afectivos cuando se vive una relación de confianza, diálogo, respeto, cariño y comprensión, forjando la estabilidad emocional de los niños y las niñas.” (Blanca Pérez Contreras, Elcie Támara Arrázola, 2013).

Max-Neef (1996) Citado por Blanca Pérez Contreras, Elcie Támara Arrazola expresa que el afecto es de las necesidades más importantes para desarrollo emocional de los niños, ya que a partir de él es que se crea la seguridad en sí mismo, buena autoestima, desarrollo un manejo adecuado de relaciones interpersonales. La disponibilidad emocional de los padres es de gran influencia en la vida psíquica y afectiva del hijo, es partir de esa experiencia vincular que el niño forma gran parte de su autoconcepto y concepción de lo que es relacionarse con otros y viceversa.

“Se determina entonces el vínculo afectivo como un factor de calidad de vida lleva consigo el cumplimiento de las funciones de los padres en el sistema familia, los modos de convivir, las características de los patrones de interacción recurrentes y el tipo de comunicación.”(Cárdenas y Restrepo, 1991, citado por Blanca Pérez Conteras, Elcie Támara Arrazola, 2013).

¿Qué ocurre cuando los padres no establecen el vínculo parental que les permite ser sensible a las necesidades emocionales del hijo?

Ante la falta de sensibilidad del cuidador, el niño no recibirá respuestas oportunas a sus necesidades, afectando la calidad de la interacción llevándolo a confundir la independencia con la autonomía. Estas experiencias vuelven al niño vulnerable a la ansiedad y temeroso a explorar el mundo (Duarte-Rico, L., García-Ramírez, N., Rodríguez-Cruz, E. & Bermúdez-Jaimes. M. (2016). La sensibilidad del cuidador será

el conjunto de los comportamientos y estrategias para cuidar, proteger, contener y garantizar la supervivencia de los niños.

Esta falta de sensibilidad se verá estrechamente relacionada con el tipo de apego que el hijo, autores tales como Olga Alicia Carbonell (2013) afirman que la falta de satisfacción de necesidades afectivas potencializa la probabilidad a crear apegos inseguros, teniendo pobre capacidad de reconocer y atender las propias emociones y necesidades afectivas tanto en la niñez como en la vida adulta, si es que no se desarrolla una depresión profunda que los conduzca a la adopción de cogniciones suicidas que pongan en riesgo su vida.

1.4.2 Competencias Parentales

El siguiente tema a tratar es el término de "competencias parentales" elaborado por Braudy y Dantaagnan (2005-2010) los cuales hacen referencias a los recursos emocionales, cognitivos y conductuales que los padres/Cuidadores primarios disponen para crear un vínculo con sus hijos proporcionando las respuestas adecuadas a las necesidades del infante. (Ger, s.f.).

Otro concepto actualizado de "competencias parentales" tomado del Manual "Escala de Parentalidad Positiva- E2p v.2" (Esteban Gómez Muzzio y Leyla Contreras Yevenes, Fundación América por la Infancia, 2019) es:

"Las competencias parentales son el conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas de crianza vinculares, formativas, protectoras y reflexivas, aprendidas y actualizadas a partir de una historia y las oportunidades que ofrece la ecología de la parentalidad. Las competencias parentales permiten organizar la propia experiencia y conducir el comportamiento parental a través de diversas situaciones de la vida familiar y la crianza, acompañando, protegiendo y promoviendo trayectorias de desarrollo positivo en el bebé, niño, niña o adolescente, con la finalidad última de garantizar su bienestar y el ejercicio pleno de sus derechos humanos" (Gómez, 2019)

Este manual elaborado por los autores pertenecientes a la Fundación América por la Infancia detalla a profundidad los aspectos esenciales de las competencias parentales, entre los cuales hacen mención de cuatro elementos importantes:

1. Las competencias parentales suponen un conjunto de elementos tales como conocimientos, actitudes y destrezas prácticas los cuales son adquiridos a través de su propia historia de apego y crianza en conjunto con las oportunidades actuales del entorno ((Barudy & Dantagnan, 2005; 2010; Cassidy & Shaver, 2008; Rodrigo et al., 2015. Citado por Gómez y Yevenes, 2019)
2. Las competencias parentales no son innatas. Se reconocen como un aprendizaje dinámico, lo cual refiere a que pueden reaprenderse, mejorarse, consolidarse en suposición de que se dispongan de oportunidades de aprendizaje, pertinentes, adecuadas y bien-tratantes según los autores Gómez, Muñoz & Santelices, 2008; NSC, 2012; Gómez & Bascuñán, 2017.
3. Se reconocen cuatro áreas de competencias parentales, los cuales son: vincular, formativa, protectora y reflexiva.
4. La organización de la experiencia es un concepto fundamental en la definición, involucra a un cuidador capaz de organizar sus emociones y cogniciones, desde la posición corporal, gestual, su narrativa y conducta, procurando tener una posición organizada para conectar con el niño en su expresión y necesidades que conformarán su trayectoria de desarrollo.
(Gómez, 2019)

Estos investigadores expresan que son los cuidadores quienes integran a un individuo que va formando parte en la sociedad, suponiendo que contribuyen a la formación de un ciudadano ético que dará aportes significativos a la colectividad, contando con

herramientas para contribuir a un mundo más seguro y benéfico para futuras generaciones

El modelo de las competencias parentales se ha desarrollado gracias a las aportaciones de profesionistas como Magdalena Muñoz en la obra del Manual donde los creadores exponen el siguiente esquema de competencias parentales:

COMPETENCIA PARENTAL	COMPONENTES
VINCULARES	1.1 Observación y conocimiento sensible
	1.2 Interpretación sensible (mentalización + empatía)
	1.3 Regulación del estrés
	1.4 Calidez emocional
	1.5 Involucramiento
FORMATIVAS	2.1 Organización de la experiencia
	2.2 Desarrollo de la autonomía progresiva
	2.3 Mediación del aprendizaje
	2.4 Disciplina positiva
	2.5 Socialización
PROTECTORAS	3.1 Garantías de seguridad (física, emocional y psicosexual)
	3.2 Construcción de contextos bien-tratantes
	3.3 Provisión de cuidados cotidianos
	3.4 Organización de la vida cotidiana
	3.5 Conexión con redes de apoyo
REFLEXIVAS	4.1 Construcción de proyecto de vida
	4.2 Anticipación de escenarios relevantes
	4.3 Monitoreo de influencias y meta-parentalidad
	4.4 Historización de la parentalidad
	4.5 Auto-cuidado parental

Figura 7. Esquema de competencias parentales y sus componentes

Nota: Tomado de "Tabla 1 Esquema de competencias parentales y sus componentes". Manual "Escala de Parentalidad Positiva- E2p v.2" (Esteban Gómez Muzzio y Leyla Contreras Yevenes, Fundación América por la Infancia, 2019) pp.26

Los componentes de esta tabla sobre las competencias parentales exponen un resumen de los conocimientos, actitudes y prácticas en la crianza impulsando de la salud mental de los hijos lo cual es el punto central de esta investigación. Apegándose a estas contribuciones sumamente valiosas sobre la comprensión y desarrollo de competencias parentales es que podrán los padres reflexionar y desarrollar las aptitudes para un mayor desempeño, habilidades y sensibilidad en la crianza, a su vez creando consciencia de sí mismos, sus

propias experiencias, crianza y capacidades emocionales que le permitirán conectar y atender las de su hijo.

Esta literatura permite la reflexión del auto-cuidado parental, buscando también la salud mental y física para que los padres puedan disponer de energías y recursos que permitirán desempeñarse en su rol de la parentalidad.

Uno de los aspectos en los que más hace hincapié esta fundación y sus colaboradores es la importancia de una comunidad sensible creyendo que la crianza es una responsabilidad no solo de los padres o cuidadores primarios pero de toda la comunidad posibilitando el cuidado y la protección. (Gómez, 2019)

1.5 Tratamiento

El tratamiento para la población infantil que padece de patologías como la depresión o su consecuencia en intentos suicidas se debe manejar desde un enfoque multidisciplinario adecuado según las necesidades de cada paciente. Chávez-Hernandez, et al. (2017) sugieren el uso de estrategias psicoeducativas que puedan favorecer la detección temprana y el abordaje adecuado de los signos de sufrimiento emocional y conductas de riesgo en niños.

Antes de dar inicio al tratamiento ha de tener en claro el diagnóstico completo para contemplar las abordajes necesarios así como las esferas involucradas a modificar para el mejor funcionamiento emocional del menor.

1.5.1 Tratamiento psicoterapéutico

Carballo et al(2010) citado por Cardozo (2019) plantea que al tratar cuadros depresivos ha de considerarse como objetivo reducir el impacto de síntomas en el funcionamiento del niño, disminuir el riesgo de comorbilidad y recaídas las cuales pueden ser bastantes comunes en la infancia y en etapas posteriores si es que no se llega a consumir un suicidio.

Ha de trabajarse con el enfoque o la mezcla de enfoques terapéuticos según las necesidades y facultades psicológicas del niño. Del Barrio (1997) entiende que el enfoque cognitivo llega a convenir ya que "casi todas las modalidades de terapias incluyen la realización de tareas".

Así también Cardozo señala que la participación de los padres en el tratamiento de los hijos es crucial, debido a que estos son los principales partícipes en la salud mental y convivencia diaria con el niño, sus emocionalidad influyen en gran porcentaje en el de su hijo, incluyendo que también deben estar al tanto sobre el estado de la salud mental del niño.

Continuando con el estudio de Cardoza este destaca dos enfoques más utilizados en la evaluación y tratamiento de la depresión infantil que pudiera derivar en un suicidio:

Uno de los enfoques más utilizado es el enfoque psicoanalítico, este da resolución al conflicto psíquico que origina la depresión infantil. Este tipo de terapia se implementa comúnmente sobre el juego a partir del cual accede a conflictos infantiles inconscientes creando estrategias para su análisis y resolución.

¿Por qué es que se utiliza el juego en el psicoanálisis? Según Ferire de Barbarino (2017) citado por Cardozo esto es debido a que el juego es el método más adecuado para los niños ya que se expresa con mayor facilidad que si lo hiciese en forma de lenguaje, el juego es su propio lenguaje que permite una expresión más auténtica y directa.

En este enfoque es necesario que los padres sensibilicen y reconozcan el sufrimiento de su hijo desde una postura empática, El autor explica que a menudo, a partir de esta sensibilización es que encuentran en ellos mismos las respuestas, en comparación de los padres que se niegan a empatizar estos niegan el sufrimiento y necesidades del niño.

Fidji D. Pérez y Elia M.Escoffie Aguilar (2019) mencionan que el jugar ofrece una aproximación más clara de las situaciones emocionales y vivencias dolorosas que el niño puede expresar, es a través del juego que el niño busca un lugar seguro donde sienta la seguridad de explorar y de simbolizar.

Vygotsky (1979) citado por estos autores explica que "el juego como la necesidad de duplicar- representar la vivencia personal..." el juego se vuelve el lenguaje de los niños para expresar su sentir.

Waelder (1932) afirmaba las varias funciones del juego:

1. Dominio de la circunstancia.
2. Expulsión del deseo interno del niño
3. Resuelve experiencias abrumadoras/traumáticas.
4. Transforma la experiencia del individuo de la pasividad a la actividad.
5. Escenario de la imaginación, fantasía, permite tomar tiempo fuera de las exigencias de la realidad. (Citado por Fidji D. Perez, Elia M. Escoffie Aguilar, 2019)

La importancia del juego radica en observar cómo se desenvuelve en el entorno en que se encuentra, comprender el significado de los juguetes elegidos e intervenir en los aspectos psicodinámicos proporcionando nuevas herramientas para sobrellevar dificultades emocionales del niño, esto en suma de la intervención directa que se tiene con los padres del niño.

Dio Bleichmar, 2005 citado por Cardozo establece que el modelo analítico a seguir en casos de depresión consiste en:

Primero, localizar el sector que, para ese paciente en particular, y para ese momento de análisis, constituye el área prevalente que contribuye a crear el presente sentimiento de impotencia y desesperanza (...) para luego remontarnos a trabajar los factores y condiciones que ocasionan la patología del sector que hemos considerado pertinente (p.66). (p 32)

Como principio básico en el psicoanálisis el trabajo terapéutico con los padres consistirá en ampliar su capacidad de atribuir significados al comportamiento y respuestas del niño. Esto ayudará a ir "desestructurando" el trastorno depresivo tomando en cuenta la relación con elementos que lo componen y los factores involucrados para su funcionamiento. (Cardoza, 2019).

En segunda instancia se tiene a la terapia Cognitivo-Conductual, el cual según Del Barrio (1997) es de los tratamientos más utilizado complementando que es debido a que la depresión desde este enfoque percibe a la depresión como la extinción de determinada conducta adaptativa por falta de refuerzos, por lo tanto el tratamiento se centrará en estimular y aumentar las conductas que le sean agradables. Por otro lado la teoría cognitiva cree que "el pensamiento dirige y guía la conducta del niño de modo que el tratamiento se focaliza en el cambio de ideas, juicios y atribuciones apoyándose en determinadas estrategias que se exponen más adelante" (Cardozo, 2019)

Las técnicas más utilizadas en la técnica conductual son:

Entrenamiento en habilidades sociales: Se promueve incremento del vocabulario y su capacidad de escucha a los demás.

Plan de actividades: Consta de llevar a cabo una programación de actividades en la vida cotidiana del niño, a partir de conocimiento previo, tiempo disponible, ofertas del entorno social-escolar y recursos económicos de la familia. (Del Barrio, 1997, citado por Cardozo).

Otras técnicas en las cognitivas son:

Las técnicas de relajación: Estas técnicas intervienen en los casos en que la ansiedad se encuentra relacionada la depresión proporcionando sensación y autoeficacia.

Reestructuración cognitiva: Logra identificar pensamientos negativos y luego promover otros más adaptativos y positivos.

Estilo atributivo: " los sujetos deprimidos tienden a atribuir a los acontecimientos negativos causas internas, y a los acontecimientos positivos causas externas. Por consiguiente la estrategia de esta terapia consiste en cambiar este estilo atributivo presentándole al niño explicaciones alternativas que resulten más adaptativas." (Del Barrio, 1997, citado por Cardozo).

Además de los enfoques psicológicos se cuentan con modelos de aproximación al suicidio son tales como:

1. Modelos psiquiátricos: Es el que prevalece en el sistema de salud pública.
 - a) Conducta suicida: Síntomas de trastornos psiquiátricos, parte del modelo de factores de riesgo y establece que uno de ellos es una enfermedad mental.
 - b) Detección y tratamiento de la enfermedad mental, disminuye el riesgo.
 - c) Crítica: La evidencia indica que la poca efectividad e incluso lo iatrogénico que llega a ser al trato impersonal y distante.
(Galiesi, 202; Reyes & Strosahl, 2020, citado por ... sf.)

2. Modelo de comportamiento suicida con base al aprendizaje
 - a) Conducta suicida: Procesos psicológicos subyacentes que precipitan y mantienen el riesgo a lo largo del tiempo. La conducta suicida es resultado de los procesos experimentados por el individuo en su contexto, historia personal, ambiente y respuestas conductuales.
 - b) Se presenta como estrategia de regulación emocional y reducción de problemas orientada a la evitación/escape de un malestar emocional y cambiar situaciones de vida estresantes.
 - c) Tratamiento conductual orientado a adquirir habilidades que eviten el suicidio y reduzcan el malestar emocional/sufrimiento de las personas.
 - d) Ventajas: fundamentada en evidencia científica.

Desde la perspectiva socio conductual de Arenas, Hermosillo, Vázquez, Reyes, Arenas, Molina-López, Tejadilla, Molina y Malo (Citados por... sf.) plantean la identificación de la condición de riesgo desde factores personales y ambientales.

En primer lugar proponen los factores de riesgo agudo (Inmediatos/próximos) ya que provocan cambios emocionales que incrementan la motivación al suicidio.

Evidencian los eventos que obstaculizan el uso de estrategias de afrontamiento alternativo.

Tabla 8. Factores de riesgo agudo

Personales	Ambientales
<p>Físico: Agitación psicomotriz, letargo extremo, signos de envenenamiento. Cognoscitivos: ideación suicida, pérdida de sentido de vida, rigidez cognitiva. Emocionales: desesperanza, impotencia. Conductuales: impulsividad, conducta agresiva, intentos de suicidio.</p>	<p>Acceso a medios letales. Sociales: violencia, pérdida de un ser querido. Laborales/académicos: pérdida del empleo, fracaso escolar. Económico: deudas Incidentales: suicidio en la comunidad, sentencia a prisión</p>

Arenas, Hermosillo, Vázquez, Reyes, Arenas, Molina-López, Tejadilla, Molina y Malo (en prensa)

En segundo lugar se encuentran los factores de riesgo crónicos (distales). Se basa en el afrontamiento centrado en la habitación/escape como estilos interactivos.

Sus condiciones de vida son desfavorables, carecen de estrategias de afrontamiento alternativo

Tabla 9. Factores de riesgo crónico

Personales	Ambientales
<p>Físicos: calidad de sueño, enfermedades crónicas, dolor. Trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. Cognoscitivos: perfeccionismo poco realista o apegado a la realidad, rigidez. Emocionales: desesperanza crónica,</p>	<p>Familiares: violencia, discordia padres/hijos, abuso sexual. Sociales: factores de riesgo psicosocial, acoso escolar.</p>

derrota.

Conductuales: aislamiento social, auto lesiones.

Biológicos: neuro endocrino reguladores.

Arenas, Hermosillo, Vázquez, Reyes, Arenas, Molina-López, Tejadilla, Molina y Malo (en prensa)

Algunos factores de protección ante el riesgo de suicidio son:

1. Capacidad de planeación a futuro
2. Sentimiento de autoeficacia/logro
3. Estrategia de afrontamientos funcionales
4. Apoyo social efectivo
5. Tener relaciones sociales sólidas
6. Poseer animales domésticos
7. Creencias religiosas o espirituales
8. Contar con apoyo familiar
9. A estar en tratamiento médico o psicológico
10. Mantener rutinas
11. Seguir medidas de salud preventivas
12. Estabilidad económica

(Arenas et al. 2012; Arenas et al. en prensa, Chevez-Hernandez et al., 2011; Joiner et al., 2007)

Ante el riesgo suicida existe una serie de pautas a considerar por los padres o cuidadores para generar un entorno seguro al preguntar sobre el riesgo de suicidio que vive el individuo.

En primera instancia se debe ser sensible con la angustia emocional que vive el menor, identificando qué es lo que genera angustia en quien pregunta (si es que le genera miedo el preguntar)

En seguida se puede hacer un acercamiento de preguntas generales sobre el malestar emocional y después hacer preguntas específicas.

Debe evitarse usar valores morales o culturales que generen sentimientos de culpabilidad acerca de sus pensamientos o sentimientos relacionados al suicidio. Por último hay que validar la emoción más no la conducta de riesgo; decirle que las emociones que ha experimentado son comprensibles y que dada su historia de vida y momento presente motivándole a visualizar alternativas con apoyo.

1.1.5.1 Clases socioemocionales

La privación de socialización ha afectado el ámbito socioemocional de los menores, afectando tanto su desempeño escolar, contribuyendo a emociones como la ansiedad social, aumento de la depresión, predisponiendo a otros trastornos afectivos.

La importancia de la educación socioemocional en tiempos de aislamiento en población mexicana será fundamental para el desarrollo emocional, desempeño académico óptimo y madurez social en los niños, Alejandra Zapata Cervera (2020) presenta su reflexión sobre la importancia de lo socioemocional como asignatura curricular en México. La autora enfocó el artículo de su investigación a incluir el aprendizaje social y emocional en la educación, ya que podría mejorar las relaciones entre los compañeros de clase y los docentes, reducir el bullying o acoso escolar, creando un mejor ambiente de aprendizaje integrando habilidades sociales y emocionales a las clases.

En su investigación concluye que la educación socioemocional mejora el rendimiento académico. Así como actitudes y comportamientos, creando mayor motivación para aprender desarrollando un compromiso más profundo respecto a la escuela, aumentando el tiempo dedicado a tareas escolares y mejor comportamiento en el aula virtual. Se reducen los comportamientos negativos (de referencias disciplinaria) y así también disminuyen las angustias de tipo emocional: menos informes de la depresión en estudiantes, ansiedad, estrés, entre otros. (Cervera, 2020).

1.5.2 Farmacológico

El enfoque multidisciplinario es necesario en el tratamiento para la depresión profunda en la infancia; Por lo tanto en los casos severos de depresión será necesario el apoyo de fármacos para minimizar los síntomas causados por alteraciones neuroquímicas.

El proceso diagnóstico en el tratamiento planteado por (Sadock, 2015) consiste en:

1. Evaluación diagnóstica
2. Medición de los síntomas
3. Análisis de la relación entre los riesgos y los beneficios
4. Reevaluación periódica
5. Finalización y retirada gradual de la medicación

Siendo únicamente el psiquiatra quien llevará a cabo el tratamiento farmacológico en el paciente diagnosticado. Según Sadock (2015) a comparación de los adultos los niños tienen mayor capacidad de metabolizar y eliminar estimulantes, antipsicóticos y antidepresivos tricíclicos, a causa de esto la actividad de los fármacos puede tener, más corta duración que en los adultos.

El fármaco utilizado en la depresión variará según la comorbilidad, metabolismo endocrino, historial clínico, entre otros.

El plan del tratamiento siempre debe estar organizado en conjunto con los padres del paciente pediátrico, estando informados sobre la meta y objetivos de la administración de tratamiento psicofarmacológico.

Tales son algunos puntos identificados por (Gerardo García Maldonado, 2006):

- Naturaleza de la condición que requiere tratamiento
- Naturaleza y propósito del tratamiento propuesto
- Riesgos y beneficios del tratamiento propuesto
- Alternativas de tratamiento, riesgos y consecuencias
- Pronóstico con y sin el tratamiento propuesto

A continuación de muestra la tabla de fármacos utilizados para el trastorno de depresión mayor en los niños:

Tabla 10 Fármacos para trastorno de depresión mayor

Fármaco	Indicaciones	Reacciones adversas
Antidepresivos		
Tricíclicos	Trastorno de depresión mayor, trastorno de ansiedad por separación, bulimia nerviosa, enuresis; algunas veces utilizado en el TDAH, trastornos de sueño-vigilia y terrores nocturnos	Sequedad de boca, estreñimiento, taquicardia, arritmias
Clomipramina	Eficaz en niños con TOC y a veces en el trastornos del espectro autista	
Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina: Fluoxetina, sertralina, fluvoaxamina, paroxetina, citalopram	TOC; útil en: trastorno de depresión mayor, anorexia, nerviosa, bulimia nerviosa, conductas repetitivas en la discapacidad intelectual o trastorno del espectro autista	Náuseas, cefaleas, nerviosismo, insomnio, sequedad de boca, somnolencia, desinhibición
Burpropión	TDAH	Desinhibición, insomnio, sequedad de boca, problemas gastrointestinales, temblor, convulsiones
Tomado de: FDA, Food and Drug Administration estadounidense; TDAH, trastorno por déficit de atención/hiperactividad; TOC, trastorno obsesivo compulsivo. De Richard Perry, MD. (citado por Kaplan & Sadock, 2015)		

1.6 Limitaciones

Dentro de las limitaciones encontradas en esta investigación se puntualiza que aún hay una carencia de bibliografía con respecto al suicidio infantil. En las últimas décadas han comenzado a realizarse los primeros estudios respecto al fenómeno lo cual ha sido un avance importante, sin embargo considerando que la población ha tenido un mayor incremento en tasa de suicidio en los últimos años, aún con el avance de la psicología clínica actual, su estudio y divulgación requiere de mayor práctica para así atender, prevenir, sensibilizar y reducir este incremento de suicidio en poblaciones infantiles. El suicidio infantil crea un impacto significativo en la familia y ámbito social, por lo que podría ser común que los cuidadores teman sentirse cuestionados y desaprobados por la sociedad al no haberse percatado o tratado la salud mental del menor previo al acto del suicidio, por lo tanto llegan a ocultar el suceso para evitar una crítica o rechazo social siendo esta cuestión social y cultural otra limitante en la investigación.

La limitación por falta de datos cuantitativos restringió la perspectiva realista respecto la cantidad de suicidios cometidos por menores entre las edades de los 6 a los 12 años en México, contando con solo cuatro publicaciones por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) sobre suicidio en menores; publicaciones realizadas en 2005, 2011, 2018 y 2020. Por último la limitación asume que actualmente podrían estarse realizando estudios de las consecuencias emocionales y de cualquier índole por el COVID.

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES

La presente tesis tuvo como objetivo concientizar y sensibilizar a los padres sobre la emocionalidad de los hijos para así prevenir un suicidio; actualmente en la sociedad el suicidio infantil es quizá la población con menor indicios sin embargo es la población con mayor incremento en los últimos años, presentándose en edades más tempranas.

Al analizar el contenido bibliográfico en la presente investigación se puede afirmar que la concientización y sensibilización de los padres es un factor importante en la relación de la depresión profunda infantil y el riesgo suicida, principalmente considerándose en tiempos de pandemia. Múltiples estudios e investigaciones corroboran esta hipótesis mediante sus aportaciones realizadas sobre la salud mental y el estudio de psicopatologías en la infancia. En definitiva se observa que los padres tienen un rol activo en la salud mental de los menores siendo los principales responsables en su desarrollo emocional, la influencia de la crianza y apego determinará la predisposición a enfermedades tales como la depresión que por consecuente puede derivar en un suicidio.

El estudio del contenido bibliográfico obtenido en el capítulo de Depresión desenlaza el inicio de las motivaciones que conducirán a los niños a ceder a pensamientos y cogniciones que a largo o corto plazo se desarrollarán en futuros propósitos de finalizar el sufrimiento mediante "la alternativa" definitiva que es la propia muerte.

En base a la literatura utilizada para este estudio se puede decir que los niños que padecen de esta depresión profunda se ven en constante interacción de un ambiente poco sensible, principalmente a sus necesidades afectivas, es rodeado de factores que propician inestabilidad (emocional/psíquica) la cual les genera angustia constante de la que buscan liberarse; antes de buscar por su cuenta una solución a el sufrimiento, muestran señales que indican una búsqueda de ayuda o reconocimiento del sufrimiento emocional que viven, al no detectar esta respuesta principalmente en los cuidadores primarios, en el peor de los casos, al no ser identificar estas señales o ignoradas el niño asume que existe poca probabilidad de sobrellevar la situación por su cuenta. En la suma de no ser reconocido, ser medio para recibir afectos negativos los cuales generan una culpa profunda de la cual no puede demostrarse como "valioso" o digno de afecto añadiendo los factores, biológicos,

sociales, académicos y familiares que también participan en la devaluación emocional, se crea una visión de túnel sin salida, al no contar con las herramientas o deseos por vivir el niño decidirá no dar continuidad a una vida de sufrimiento que no se reconoce.

Esto hace señalar la importancia de la sensibilidad de los padres tanto al reconocimiento de la emocionalidad de los hijos como el manejo adecuado de frustraciones que son depositadas, atribuyéndole culpabilidad, sensaciones de insuficiencia o no ser merecedor de reconocimiento y afecto.

La función principal a realizar por parte de los padres será en primera instancia aceptar que el sufrimiento del hijo es válido y ha sido ignorado o en su caso no detectado. Los padres deberán ofrecer la contención en suma de la disposición emocional para atender la depresión profunda que está conduciendo a su hijo a optar por la muerte propia como única "solución" y acompañar a un proceso con el apoyo de profesionales en el área de la salud mental, procurando crear un nuevo ambiente de vida donde el niño podrá sentirse escuchado, aceptado y querido.

Ante estas premisas se concluye que las depresiones en la infancia constan de una serie de factores a los cuales, que en suma del nuevo fenómeno que es el aislamiento por pandemia, la población infantil se encuentra vulnerable a desarrollar o acrecentar las psicopatologías que ya venían presentando; siendo este el momento oportuno para los padres y/o cuidadores primarios para sensibilizarse, intervenir, atender las necesidades afectivas, generando conciencia sobre los fenómenos de la depresión profunda infantil y el consecuente del suicidio, ya que serán estos los principales agentes de cambio en la vida psíquica/emocional de sus hijos.

Bibliografía

- Ana María Chávez-Hernández*, F. E.-R.-C.-G. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en muestra de niños mexicanos. En F. E.-R.-C.-G. Ana María Chávez-Hernández*, *Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en muestra de niños mexicanos*.
- Avila, A. (1990). Psicodinamica de la depresión. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*,, 6(1), 37-58. Obtenido de Anales de Psicología / Annals of Psychology: Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/28131>
- Ballesteros, B. (13 de Julio de 2021). *El País*.
- Basadre, c. H. (2014). Depresión y conducta suicida en la niñez . *Cúpula*, 19-30.
- Becerra-Partida, O. F. (2014). La salud mental en México, una perspectiva, hisotica, juridica y bioética. *Partida O*, 18(2). 238-253.
- Boris, D. I. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN* , 19.
- Cabra o.l., I. d. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Rev. Medica Sanitas* , 28-35.
- Capdevila, A. (s.f.). EL niño normal desde el punto de vista psicologico. En A. Capdevila, *EL niño normal desde el punto de vista psicologico*.
- Castillo, D. P., & Ana María Chávez Hernández. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 59-67.
- Cervera, A. Z. (2020). LA IMPORTANCIA DE LO SOCIOEMOCIONAL EN LA EDUCACIÓN. *Academia/ IGETH*, 7.
- Ciro Maguiña Vargas, R. G. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Med Hered*, 125-131.
- D.W.Winnicott. (1984). *Deprivación y Delincuencia*. Paidos.
- Dios, J. G. (2020). Epidemias y pandemias: cuando la historia supera a la ficción. *XIII Jornada Nacional de Pediatría Dominicana*. Santo Domindo.
- Dr. Rolando Neri-Vela, A. D.-E.-R.-V. (2020). Una revisión panoramia de las epidemia a traés del tiempo. *Revista Mexicana de Anestesiología*, pp 329-332.
- Dra. Guadalupe Wilbur Gonzalez, D. M. (2021). Los niños ante la muerte. *Los niños ante la muerte*.
- Gálvez, E. Á. (1998). El niño y la muerte. *Asociacion Espaola Neuropsiq*, 45-61.
- Ger, C. S. (s.f.). Las competencias parentales en la familia contemporanea: descripción, promoción y evaluación. *Revistes Caralanes amb Accés Obert*, , nº. 49, p25 p47.

- Gerardo García Maldonado, V. M. (2006). Principios generales sobre la psicofarmacoterapia en niños y adolescentes y adolescentes. Una revisión. *Salud Mental*, 30-39.
(Rivera, 2008)
- Rivera, J. L. (MAYO-JUNIO de 2008). Teoría y práctica de la psicopatología . *MONOGRAFÍAS DE PSIQUIATRÍA*, VOL 3°.
- Gómez, Y. E. (2019). *Manual "Escala de Parentalidad Positiva – E2P v.2"*. Santiago: Ediciones Fundación América por la Infancia.
- Guillermina Gabriela Castillo-Castillo, M. I.-L. (2021). Factores socioemocionales que afectan el desarrollo educativo por pandemia del COVID-19. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria KOINONIA*, Año VI. Vol VI. N°3. Edición Especial: Educación II.
- Henao-Kaffure, L. (2010). El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 53-68.
- Inegi. (2020). *Estadísticas a propósito del día mundial*.
- Jorge Alejandro Montiel Villaseñor, T. P. (2021). Procedimiento para denuncia de delito cibernetico, protocolo de información en general.
- Juan, T. O. (31 de Octubre de 1996). *Aperturas psicoanalíticas*. Obtenido de Proceso psicoanalítico y relaciones objetales: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000093>
- Klein, M. (1921-1945). *Amor, culpa y reparación*. Paidós .
- Knobel. (s.f.). Niñez, adolescencia y familia. En Knobel, *Niñez, adolescencia y familia* (pág. 46).
- López, L. E. (2007). Caracterización del desarrollo psicoafectivo en niños y niñas escolarizados entre 6 y 12 años de edad de estrato socioeconómico bajo de la ciudad de Barranquilla. *Psicología desde el Caribe* , 44.
- Mairoby barrios, m. J. (2020). Depresión, ideación suicida y ansiedad en menores de 8 a 12 años. Proyecto de grado. En m. J. Mairoby barrios, *depresión, ideación suicida y ansiedad en menores de 8 a 12 años. Proyecto de grado*. (pág. 52). Sanara marta dtch.: universidad cooperativa de colombia.
- Mireia Orgilés, I. F. (2013). hábitos y problemas de sueño en niños con sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, pp. 173-181.
- Mora, V. E. (s.f.). "Lo sabido no pensado" Análisis de un caso de depresión a la luz de la teoría del complejo de la madre muerta. Fundación Universidad del Norte, Barranquilla-Atlántico.
- PAHO. (2021). Curso y Diplomado de especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida en la red de servicios de salud. *Curso y Diplomado de especialización en identificación, valoración e intervención del comportamiento suicida en la red de servicios de salud*.

Rey JM., B.-A. T. (2017). Depresión en niños y adolescentes. En B.-A. T. Rey JM., *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP* (pág. 3).

Rodulfo, R. (2004). *El niño y el Significante*. Paidós.

Roque Quintanilla Montoya, L. M.-L. (2015). Conceptos de muerte y suicidio en una muestra de menores mexicanos de 5 a 14 años de edad. *Redalyc*, pp 24-28.

Sadock, K. &. (2015). *Sionosis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer.

Sara Zabarain Cogollo, Liliana Quintero Díaz, Ana Rita Russo De Vivo. (2015). Logros del yo durante el desarrollo psicoafectivo en la etapa de latencia. *PsicoEspacios*, Vol. 9- N 14.

Schejtman, c. (2004). Efectos de la depresion materna. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 281-302.

Sosa, M. T. (13 de Julio de 2021). Las llamadas de ayuda por casos de ideación suicida en menores subieron un 145% el año pasado. *El País*.

Vilar, N. T. (2006). Reflexiones acerca del desarrollo emocional de la madre, a partir de la obra de Winnicott. *Persona*, 203-215.

Ximena Palacios Espinosa, A. M. (2007). Analisis bibliometrico de la produccion cientifica sobre suicidio en niños en ele peridod 1985- 2005. *Avances en Psicología Latinoamericana* , 40-62.

Zapata, C. L. (2018). Representaciones de las conductas suicidas infantiles en el contexto escolar desde las. Medellín, Colombia.

A. Polaino Lorente., (1980). *Las depresiones infantiles*. Morata. España.

Boris Cyrulnik., (2011). *Cuando un niño se da muerte*. Gedisa. España.

Herrera Basadre., (2014). "Depresión y conducta suicida en la niñez y la adolescencia". *Revista Cúpula*.

Springer.(2020). "Risk of Suicide and Self-harm in Kids: The Development of an Algorithm to Identify High-Risk Individuals With in the Children's Mental Health System"

Bonet de Luna, C., Fernández García, M., & Chamón Parra, M. (2011). Depresión, ansiedad y separación en la infancia: Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Pediatría Atención Primaria*, 13(51), 471-489. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300012>

Seminario de Ingeniería Eléctrica-Electrónica., FI-UNAM., http://profesores.fi-b.unam.mx/jjfl/Seminario_IEE/Seminario_IEE_Tema_1.pdf

W. Creswell. J., (1998). *Investigación Cualitativa y Diseño Investigativo. Selección entre cinco tradiciones*

- Murica, N. Rojas, Tobón, A. Henao. (2009). *Análisis bibliométrico de la depresión infantil*. *Revista Pensamiento Psicológico*, pp. 59,60.
- Sánchez Medina A. (2006). *Los trastornos del pensamiento y las enfermedades psicosomáticas*. *Revista MEDICINA*, Vol. 28.
- Raznoszczyk de Schejtman, Clara (2006). *Regulación afectiva diádica madre-bebé y autorregulación del infante en la estructuración psíquica temprana*. *Anuario de investigaciones*, xiii(),185-191.[fecha de consulta 23 de abril de 2021]. *Issn: 0329-5885*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139942050>
- Rojas, María Cristina (2008). *Psicoanálisis con niños: un enfoque vincular*. *Vínculo - revista de nesme*, 5(1),37-44.[fecha de consulta 23 de abril de 2021]. *ISSN: 1806-2490*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139412687005>
- Rodríguez G, Gempeler R, Pérez R, Solano S, Meluk, Guerrero, & Liemann. (2007). *Entre el sufrimiento interno y las palabras silenciadas: análisis de narrativas de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario, trauma y automutilaciones*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 237-254. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200007&lng=en&tlng=es.
- Albores- Gallo, Mendez-Santos, García- Luna, Delgadillo-Gonzalez, Chavez-Flores, Martinez., (2014). *Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México*. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42 (4):159-68.
- Arditi, Silvia, Canelo, Elisa, Pandolfi, Marcela, Simari, Cecilia, Sztern, Miriam, Sosa, M. Emilia y Cervone, Nélida (2005). *Reflexiones e interrogantes que son puntos de partida de una investigación sobre depresión en niños*. *XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Daiana Jacquier., (2019) *El desafío de la Ballena Azul. El límite entre la socialización y el riesgo en los jóvenes*. *FCECO-UNER.*, pp. 79-98.

Alamo, Nicolle; Krause, Mariane; Pérez, J. Carola; Aracena, Marcela. (2017). Impacto de la salud psicosocial de la madre adolescente en la relación con el niño/a y su desarrollo. Revista Argentina de Clínica Psicológica, vol. XXVI, núm. 3, pp. 332- 346.

Caraveo A., Medina Mora, Villatoro, Rascón. (1994). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños.

Becerra Labrador A., Vega Vásquez L. T., (2020). Prevalencia y factores de riesgo asociados a la depresión infantil en estudiantes de 7 a 12 años del colegio rural Guillermo Suarez Díaz del municipio de Socorro, Santander. Universidad autónoma de Bucaramanga Extensión Unisangil.Rojas.

Glosario

Alelo: Distintas versiones en que se puede presentar un gen.

Función del cuidado materno: Empatía con el infante, cubriendo sus necesidades fisiológicas, emocionales, preocupándose por lo que siente y espera. (Boyzo, Ochoa Bautista, Lezama, 2013).

Constancia Objetal: Capacidad de mantener una relación con una persona, la cual puede ser percibida aun en su ausencia.

Libido: Energía del deseo o impulso sexual que dirige toda conducta.

Pulsión: Impulso nacido de un estado de excitación interior, propio del ser humano que se dirige a un objetivo (Freud, 1905)