

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN
PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.
(OPCIONAL)**

Bogotá, D.C., Agosto 6 /2009

Marque con una X

Tesis doctoral Trabajo de Grado

Señores
BIBLIOTECA GENERAL
Ciudad

Estimados Señores:

Los suscritos

Luzkarime Calderón Calderón, con C.C. No. 1015395350, Olga Cecilia Espinosa Barrios, con C.C. No. 1102807783, Magda Lorena Gasca Martínez, con C.C. No. 28551712, Maryi Andrea Rodríguez Ortiz, con C.C. No. 1018403708, autoras del trabajo de grado titulado *Percepción del suicidio en la niñez intermedia* presentado y aprobado en el año 2009 como requisito para optar al título de Psicólogas; autorizamos a la Biblioteca General de la Universidad Javeriana para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad Javeriana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en Biblos, en los sitios web que administra la Universidad, en Bases de Datos, en otros Catálogos y en otros sitios web, Redes y Sistemas de Información nacionales e internacionales “Open Access” y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Javeriana.
- Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, **“Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores”**, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

LUZKARIME CALDERÓN CALDERÓN
C.C. 1015395350

OLGA CECILIA ESPINOSA BARRIOS
C.C. 1102807783

MAGDA LORENA GASCA MARTÍNEZ
C.C. 28551712

MARYI ANDREA RODRÍGUEZ ORTÍZ
C.C. 1018403708

NOTA IMPORTANTE: El autor y o autores certifican que conocen las derivadas jurídicas que se generan en aplicación de los principios del derecho de autor.

C. C. FACULTAD PSICOLOGÍA PROGRAMA ACADÉMICO PSICOLOGÍA

ANEXO 3

FORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO: _____

SUBTÍTULO, SI LO TIENE: _____

AUTOR O AUTORES

Apellidos Completos	Nombres Completos

DIRECTOR (ES) TESIS DOCTORAL O DEL TRABAJO DE GRADO

Apellidos Completos	Nombres Completos

ASESOR (ES) O CODIRECTOR

Apellidos Completos	Nombres Completos

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: _____

FACULTAD: _____

PROGRAMA: Carrera ___ Licenciatura ___ Especialización ___ Maestría ___ Doctorado ___

NOMBRE DEL PROGRAMA: _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL DIRECTOR DEL PROGRAMA: _____

CIUDAD: ___ BOGOTA ___ **AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO:** _____

NÚMERO DE PÁGINAS _____

TIPO DE ILUSTRACIONES:

Ilustraciones
Mapas
Retratos

Tablas, gráficos y diagramas
Planos
Láminas

Fotografías

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento _____

MATERIAL ANEXO (Vídeo, audio, multimedia o producción electrónica):

Duración del audiovisual: _____ minutos.

Número de casetes de vídeo: _____ Formato: VHS ____ Beta Max ____ $\frac{3}{4}$ ____ Beta Cam
____ Mini DV ____ DV Cam ____ DVC Pro ____ Vídeo 8 ____ Hi 8 ____

Otro. Cual? _____

Sistema: Americano NTSC _____ Europeo PAL ____ SECAM _____

Número de casetes de audio: _____

Número de archivos dentro del CD (En caso de incluirse un CD-ROM diferente al trabajo de grado): _____

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial*):

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS: Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (*En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Unidad de Procesos Técnicos de la Biblioteca General en el correo biblioteca@javeriana.edu.co, donde se les orientará.*)

ESPAÑOL

INGLÉS

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS: (Máximo 250 palabras - 1530 caracteres):

ANEXO 4
MODELO PARA LA MARCACIÓN Y ROTULACIÓN DEL CD-ROM

Se marca la portada de la caja y del CD - ROM

La portada de la caja debe ser rotulada de acuerdo con el siguiente modelo:

<p>PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA TESIS DOCTORAL</p> <p>NOMBRE DE LA FACULTAD PROGRAMA</p> <p>AUTOR (es): Nombres y apellidos completos</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>TÍTULO: _____</p> <p>AÑO: _____</p>

Ejemplo:

<p>PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA</p> <p>TESIS DOCTORAL</p> <p>FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES CARRERA DE HISTORIA</p> <p>ANGELA MARIA VILLEGAS GUTIÉRREZ_____</p> <p>CALI CAPITAL: TRES DÉCADAS DE TRANSFORMACIÓN, 1900 – 1930</p> <p>2004</p>

ANEXO 5

El CD-ROM debe ser rotulado de acuerdo con el siguiente modelo

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
TESIS O TRABAJO DE GRADO

NOMBRE DE LA FACULTAD
PROGRAMA

AUTOR (es): Nombres y apellidos completos

TÍTULO: _____

AÑO _____

Ejemplo:

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
TESIS DOCTORAL

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE HISTORIA

ANGELA MARIA VILLEGAS GUTIÉRREZ _____

CALI CAPITAL: TRES DÉCADAS DE
TRANSFORMACIÓN, 1900 – 1930

2004

PERCEPCION DEL SUICIDIO EN NIÑOS QUE ATRAVIESAN LA NIÑEZ INTERMEDIA

Identificar cuál es la percepción del suicidio de un grupo de niños y niñas entre las edades que atraviesan la niñez intermedia.

Luzkarime Calderón C, Olga Espinosa Barrios, Magda Lorena Gasca M, Maryi Rodríguez O,

Carolina Barbosa*

Pontificia Universidad Javeriana

* Directora de tesis

Tabla de contenido

RESUMEN.....	3
ABSTRAC.....	4
0. INTRODUCCION.....	5
0.1. Planteamiento del problema.....	8
0.2. Fundamentación bibliográfica.....	20
0.3. Objetivos.....	49
0.3.1. Objetivo general.....	49
0.3.2. Objetivos específicos.....	49
0.4. Categorías.....	50
1. METODO.....	52
1.1. Diseño.....	52
1.2. Instrumento.....	52
1.3. Participantes.....	52
1.4. Procedimiento.....	52
2. RESULTADOS.....	54
3. DISCUSION.....	55
REFERENCIAS.....	65
APENDICES.....	69
Apéndice A. Formato guía para entrevista semiestructurada	
Apéndice B. Formato utilizado de consentimiento Informado del Participante	
Apéndice C. Matriz de resultados	
Apéndice D. Transcripción de entrevistas	

Resumen

Percepción del Suicidio en Niños que atraviesan la Niñez Intermedia

Olga Espinosa Barrios, Luzkarime Calderón Calderón, Magda Lorena Gasca Martínez, Maryi

Rodríguez O, Carolina Barbosa Ramírez*

El objetivo de éste estudio de corte cualitativo con un diseño descriptivo, fue identificar y comprender la percepción del suicidio que tienen los niños y las niñas que están viviendo la etapa de la niñez intermedia. En un colegio de Bogotá se estableció una muestra de propósito que incluía niños y niñas cuyas edades oscilan entre 7 y 11 años, a quienes se les invitó y motivó para que contestaran el siguiente instrumento: una entrevista semiestructurada en la que se combinaron dibujos proyectivos y el juego para la creación de una historia donde se identificara cómo definen el suicidio, las causas que consideran llevan a alguien a suicidarse, las consecuencias que trae y las alternativas que podrían existir para que no se sucediera. Para la presentación y análisis de los resultados la información recogida se trabajó a partir de un análisis de contenido por medio de matrices descriptivas, a través de las subcategorías deductivas establecidas en la revisión bibliográfica. De acuerdo con los resultados encontrados, los niños y niñas que atraviesan la niñez intermedia, perciben el fenómeno del suicidio de manera similar a los adultos; así mismo se encontraron diferencias entre los conceptos de acuerdo con el género y la edad.

Palabras Claves: Suicidio (CS 50620), Percepción (CS 37350), Niñez Intermedia (CS 26130).

*Directora del Proyecto de Grado. Psicólogo, Pontificia Universidad Javeriana. Docente de la Universidad Javeriana.

Abstract

This research was realized to identify and explore children's perception about suicide, including main factors as causes, consequences and prevention alternatives. The idea was to search concerning to the thoughts of children who are in an intermediate childhood, in relation to their death's and suicide's notions. This study used a qualitative and descriptive methodology, the instrument was a semi-structured interview in order to deepen in the meaning around death, suicide and its implications. The children were choose from a school in Bogota, their age must be between 7-11 years, including both genders. The results were gathered and analyzed by descriptive charts, based on deductive subcategories from the theory. This results permit to conclude that children from an intermediate childhood have similar notions about suicide from adults and at the same time these notions can change according to the gender and the age.

Key words: Perception (CS 37350), Suicide (CS 50620), Intermediate Childhood (CS 26130).

0. INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye un problema importante de salud, un verdadero drama existencial del hombre, reconocido desde la antigüedad, recogido en la Biblia y otras obras literarias de entonces. En la Era Cristiana, fue considerado un pecado, siendo perseguido y condenado por la Iglesia todo individuo de conducta suicida. A principios del siglo XX fue que comenzaron los estudios acerca del suicidio a partir de dos corrientes principales, la sociológica representada por *Durkheim* y la psicológica expuestas por *Menninger* y *Freud* que involucraban diferentes mecanismos inherentes al psiquismo (Peña, Casas, Padilla, Gómez, Gallardo, 2002).

Por otro lado, se afirma que este fenómeno es la octava causa de muerte en el total de la población y la tercera entre personas cuyas edades oscilan entre los 15 a los 24 años. Más personas mueren por suicidio que por homicidio. Cerca de 500.000 personas al año cometen un intento serio de suicidio como para recibir atención en salas de urgencias y millones más sufren de pensamientos suicidas (Consejo Eclesial, 1999). En este sentido se dice que este fenómeno es una problemática inherente a la existencia humana; a lo largo de la historia se han conocido diversos casos que, por diferentes motivos, han terminado en una muerte autoinfligida. Por esta razón, el estudio del suicidio se hace relevante en tanto que es un fenómeno que afecta a toda una sociedad, sin discriminación de sexo, edad, clase social, ocupación y demás aspectos psicosociales. Actualmente la conducta suicida es considerada como un hecho de causas multifactoriales en la que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El intento suicida y el suicidio son las dos formas más representativas de la conducta suicida; aunque representa un *continuum* que va desde la idea suicida hasta el suicidio.

Aquellos que consideran y "rumian" la idea de suicidarse, y los que lo intentan con o sin éxito, son vistos negativamente por la mayoría de la gente. Las actitudes hacia los suicidas van desde la lástima y la compasión hasta implacables juicios sobre su cobardía, su presumible

problemática psiquiátrica o su censurable deslealtad y desobediencia frente a Dios, quien como incuestionable Ser Supremo da y quita la vida.

La conducta suicida ha sido considerada una urgencia psiquiátrica, entendiendo como tal “aquella situación en la que unos síntomas psicopatológicos o un trastorno de conducta (ambos con sus dimensiones objetivas y subjetivas) son percibidos como perturbadores o amenazantes por el propio individuo, la familia u otros elementos sociales, de modo que llegan a producir una solicitud de atención psiquiátrica urgente” (Vallejo, 1991). Es este sentido, se afirma que históricamente ha habido una tendencia a aminorar las conductas suicidas, especialmente en niños y adolescentes, así mismo se ha tendido a negar su ocurrencia, lo cual se ha traducido en registros estadísticos que no reflejan la magnitud real de esta problemática (Mardomingo, 1998; Montenegro & Guajardo, 2000).

Aun así, pese a esta tendencia, se ha notado un incremento de este fenómeno en la niñez y adolescencia (Larraguibel, González, Martínez & Valenzuela, 2000). A partir de este hecho, ha comenzado a considerarse a la conducta suicida en estas etapas del desarrollo, como un problema de salud pública debido a la alta demanda de recursos profesionales y financieros que representa para los sistemas de salud (Cruz, Roa, Sepúlveda, 2005), aparece así la necesidad de otorgarle mayor importancia a los sucesos que envuelven las conductas suicidas de niños y adolescentes, iniciando indagaciones que abarquen más a fondo este tipo de comportamientos y que tengan en cuenta que no da lugar el hecho de ocultarlos sino que por el contrario, darlos a conocer implica apropiarse del verdadero conflicto y así empezar a generar soluciones.

Es de resaltar que el concepto de muerte en los niños es muy rudimentario, en esta etapa, entre los 7 y los 11 años, la muerte se objetiviza como una persona mala o buena, como un lugar desagradable o tranquilo; a esta edad es común que los niños consideren la muerte como un evento reversible, es decir, que como sucede en los “muñequitos”, donde le personaje se levanta luego de morir, el infante cree que esto mismo puede ocurrir en la vida real y es solo a partir de estas edades cuando se comienza a visualizar que el ser que muere no volverá, además concluye que es un

evento inevitable y que todos los seres, incluyéndolo, tienen que morir. Así mismo, paralelo a este concepto se desarrolla el concepto de suicidio, que por lo general el niño comprende ya sea de manera errada o correcta, en donde se entremezclan creencias racionales e irracionales, articuladas y lógicas y poco coherentes y comprensibles (Mardomingo, 1994).

Por estas y otras importantes razones se ha pensado en abordar como propósito de este estudio la indagación por la percepción del suicidio que manejan los niños y las niñas, teniendo en cuenta que según Papalia (2005), la niñez intermedia la comprenden edades entre 7 y 11 años. Esta población, de la que se tiene el supuesto de no padecer este tipo de fenómenos, cuenta con un elevado índice de estadísticas, desde el suicidio consumado hasta el parasuicidio, generando innumerables teorías e imaginarios, señalando de esta misma forma responsables al azar, sin llegar a considerar múltiples razones intrínsecas en la subjetividad del niño que pueden correlacionar con trastornos psiquiátricos o la misma formación de muerte y suicidio en el menor.

0.1. Planteamiento del problema

Son diversos los estudios que se han realizado con el fin de conocer y comprender el fenómeno del suicidio desde diferentes perspectivas, es así como se citan planteamientos sociológicos y psicológicos que se han realizado en referencia al tema de investigación.

El suicidio y los intentos de suicidio son fenómenos que han acompañado el devenir de la humanidad desde tiempos remotos y que han sido abordados y estudiados desde diferentes perspectivas. La religión, la ética, la antropología, la filosofía, la sociología, la medicina y la psicología han abordado su estudio desde sus enfoques particulares, y tal vez ha sido la religión, en la sociedad occidental, la que ha tenido un peso mayor en la conceptualización del acto suicida hasta bien avanzado el siglo XX (Mardomingo, 1997).

Desde la perspectiva sociológica, la obra de Durkheim: “El Suicidio”, ha sido el punto de referencia obligado. Según su teoría, el comportamiento suicida no representa un acto estrictamente individual, sino que debe ser entendido y explicado en función de las relaciones y lazos que el sujeto mantiene con la sociedad, de cómo se sitúa ante las normas sociales y de una serie de condicionamientos de tipo cultural, religioso y familiar que la propia sociedad impone (Mardomingo, 1997).

De acuerdo con este presupuesto, Durkheim (1971) distingue tres tipos de suicidio: 1. El suicidio “egoísta”, producto de una integración social deficiente, generada por una excesiva individuación. El individuo se orienta más por sus intereses particulares que por los de su grupo de referencia. No interesa lo que los demás opinen o sientan sobre su situación, dado que no puede percibirse mayor dolor o abatimiento que el propio, y eso es precisamente lo que se desea evitar. 2. El suicidio “altruista”, explicado como consecuencia de una excesiva identificación e integración social, se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal, y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. 3. El

suicidio “anómico”, generado por el impacto de la dislocación o disgregación anárquica del grupo. Se produce ante una confusión de valores sociales, que lleva a una crisis individual acerca del sentido de la existencia. El elemento fundamental en el suicidio anómico es la inexistencia de norma (anomia), y por lo tanto no existe un parámetro por el cual guiarse.

La mirada sociológica encontró su limitación al no poder explicar las diferencias de motivación hacia la muerte entre aquellos sujetos que enfrentan problemáticas sociales similares. Como lo señala Mardomingo (1997), magnificar el peso de la sociedad implicó dejar de lado una importante dimensión de la realidad humana, la del mundo individual, en constante relación e interdependencia con su dimensión social. El énfasis en la dimensión individual apareció con la aproximación psicológica/psiquiátrica un poco más tarde, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, examinando al sujeto y los conflictos internos o mentales particulares que podían llevarlo a una conducta autodestructiva.

Desde esta aproximación, para comprender al suicida es necesario recurrir a una perspectiva diferente de la habitual, pues lo que se suele llamar suicidio es, en el fondo, un intento del sujeto de salvarse a sí mismo de algo que para él es mucho peor que la muerte: el tormento interior, la desesperación, la locura. Se trata entonces de una crisis interna que, ya sea reciente o antigua, en ese momento se percibe como insoportable y que termina por derrotar la esperanza (Rojas, 1984).

Cuando el impulso aparece, puede encontrarse también un evento desencadenante que suele ser llamado "experiencia gatillo" (Fonnegra, 1999), que unido a la convergencia de un conjunto de variables biológicas, sociológicas, psicológicas y existenciales tales como desintegración familiar, conflictos con la autoridad, serotonina disminuida, etc., activa el evento (Geo Stone, 2003). Para que se dé el suicidio, muchos factores tienen entonces que coincidir y muchos otros que estar ausentes, por esto es muy importante descartar el mito de que para todo suicidio hay una razón y un culpable, que trata de establecer una relación causa-efecto entre algún acto del final de la vida y el suicidio. En realidad, lo último que ocurre antes de la muerte no es la causa sino el detonante

(Fonnegra, 1999).

Judith Stillion (citado por Fonnegra, 1999), experta en suicidios, ha elaborado un grupo de categorías de factores de riesgo (biológicos, psicológicos, y sociológicos), que pueden influenciarse mutuamente en diferentes proporciones. Cuando el peso combinado de estos factores es tan grande que la capacidad de adaptación se ve amenazada, surge la ideación suicida. Según esta autora, puede considerarse como “Población del alto riesgo suicida” a aquellas personas que:

1. Han llevado a cabo intentos previos de suicidio.
2. Amenazan, directamente o implícitamente, con suicidarse.
3. Tienen historias de parientes que han utilizado el suicidio como una posible solución a las adversidades que debieron enfrentar.
4. Poseen historias de alcoholismo.
5. Padecen adicciones crónicas a barbitúricos, tranquilizantes u otras sustancias.
6. Padecen desórdenes afectivos como depresión, esquizofrenia o diferentes tipos de psicosis.
7. Padecen enfermedades crónicas o terminales, especialmente en el momento del diagnóstico.
8. Personas con duelos complicados, dificultades conyugales, desempleo o en quiebra económica.
9. Atraviesan con dificultad y desesperanza por los procesos de vejez y jubilación.
10. Pasan por una crisis aguda de adolescencia.

De acuerdo a lo anterior, todo suicidio tiene una historia conformada por una serie de hechos que deben ser considerados en conjunto y por ende todo indicio debe ser tomado en serio. Todos aquellos que aún mantienen algo de esperanza piden auxilio y solo aquellos que la han perdido por completo acaban rápidamente con su vida, con desesperación.

Teniendo en cuenta que el deseo de morir es temporal, lo que implica que un tiempo después esta idea puede desaparecer, la ayuda, compañía y atención que el individuo reciba en ese lapso crítico de tiempo puede hacer la diferencia entre la elección que hace por su vida o su muerte (Pérez, 2005); sin embargo, la disposición de quienes le rodean a prodigar dicho apoyo, e incluso el tipo de ayuda que consideran adecuada, suele estar mediada por las creencias o imaginarios que tienen con respecto a la conducta suicida y son, en definitiva, los mitos a los que nos referiremos en este estudio.

Como lo expresa Geo Stone (2003), existe la tendencia social a negar el hecho y por otra parte las reacciones emocionales ante el conocimiento de un suicidio suelen pasar desde la estupefacción y sorpresa macabra hasta la consumación de otro suicidio. Así mismo, también se tiende a buscar culpables para poder dar una explicación lógica y aceptable a la muerte de alguien, y como consecuencia de todo ello, se van arraigando mitos y falsas creencias que reafirman la actitud de negación y censura hacia el suicidio.

En el mismo orden de ideas, Fremouw, Perczel & Ellis (1990) plantean el impacto negativo que estos mitos sin fundamentación empírica pueden conllevar, perpetuando muchos prejuicios, oscureciendo hechos objetivos y de esta forma interfiriendo con la prevención y la identificación del comportamiento suicida, y más concretamente con la posibilidad de que reciban un apoyo efectivo y oportuno. Una intervención apropiada y efectiva necesita reconocer los mitos que envuelven las conductas suicidas y saber las alternativas basadas en los hechos. Por esta razón la presente propuesta pretende profundizar en algunos aspectos psicosociales asociados a mitos acerca del “intento de suicidio” en la población más joven, centrando el estudio en las nociones y creencias que tiene los infantes sobre el suicidio.

A partir de los conceptos abordados anteriormente, se tiene en cuenta que las cifras en Colombia y especialmente en la capital sobre los suicidios se encuentra en constante aumento, sin embargo, un aspecto aun más preocupante es el incremento que en los últimos años ha tenido el suicidio en niños y adolescentes, aún así se resalta cómo estas cifras intentan ser maquilladas y olvidadas, sin tenerse en cuenta el alto riesgo que implica el ascenso de ellas, por lo cual se asume que así como se ha intentado evadir cifras, así mismo se busca evadir una urgente intervención.

Por otra parte, esta investigación posee una relevancia a nivel interdisciplinar, ya que aporta indicios sobre la percepción del suicidio en los niños, en las diferentes áreas, como la sociología, la antropología y la teología; lo cual permite no solo aproximarse al fenómeno sino también acercarse a las reflexiones que los niños elaboran sobre el hecho.

Desde esta perspectiva, la presente investigación se hace relevante para la psicología, en tanto que intenta comprender y aproximarse a las representaciones construidas sobre el fenómeno del suicidio, evidenciando la singularidad de las construcciones que hacen los niños de acuerdo con su contexto social y la etapa del ciclo vital por la que atraviesan.

El problema planteado interesa a la antropología, en tanto que abarca problemas sociales y culturales del mundo actual en diferentes sociedades; de igual forma permite enriquecer la descripción y el análisis del sentido de la variabilidad del ser humano, así como las diferentes interpretaciones que una población construye acerca de la percepción del suicidio. Así mismo se hace pertinente para la sociología, ya que comprende un fenómeno social, pues como es señalado por Durkheim (1971) el suicidio es un “acto social”, por ende tiene efectos sobre el comportamiento individual y colectivo, el cual produce cambios en la interacción y el orden social, lo que implica transformaciones en la estructura social. Por último, también concierne a la teología, ya que al aproximarse a las ideas que tienen los niños sobre el suicidio también se cuestiona el concepto de vida y de muerte que poseen estos, además de las creencias que tienen frente a ello. Así mismo, permite explorar la influencia de la religión en las creencias particulares de los niños y en el sentido que le atribuyen al suicidio.

La orientación multidisciplinaria que se le otorga a este trabajo surge de la necesidad de adoptar una mirada más amplia del fenómeno para lograr abarcar todos los factores que influyen en este, de manera que se pueda tener una concepción más real sobre la percepción del suicidio como una problemática social actual. En esta medida, es importante vislumbrar un poco más esta realidad, para plantear alternativas de prevención del suicidio teniendo en cuenta los acercamientos logrados, pues la psicología, tal como se expresa en la ley 1090 de 2006, es una ciencia sustentada en la investigación, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales como: la salud, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos

de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida.

Esta propuesta de investigación considera de vital importancia indagar y explorar sobre las percepciones que manejan los infantes alrededor de la muerte y el suicidio, observada desde las diferencias entre niños y niñas que atraviesan la niñez intermedia, desde este punto, la formulación del problema que la orienta es:

¿Cuál es la percepción del suicidio que tiene un grupo de niños y niñas entre las edades que atraviesan la niñez intermedia (7 a 11 años)?

0.2. Percepción del suicidio en niños que atraviesan la niñez intermedia

Antecedentes

En una investigación realizada por Viñas, F. & Doménech, E. (1999) acerca del nivel de concepción de muerte en dos grupos de niños entre 8 y 12 años con ideación suicida en contraste con un grupo de control (sin ideación suicida) se encontró que los niños con ideación suicida e independencia de sexo tienen la misma percepción y conocimiento de muerte que los niños del grupo de control. Es importante mencionar que en la realización de la investigación se controló que existiera equivalencia en ambos grupos estudiados en cuanto a la edad, sexo, curso escolar, nivel intelectual, nivel socioeconómico.

Los resultados encontrados demuestran que los niños con ideación suicida tendrían una visión más real de la muerte pudiendo tener a los 8 años la misma percepción que el adulto. Un aspecto a tener en cuenta es que se observa que el 75% de los niños evaluados entiende y describe correctamente el significado de la palabra suicidio, es común encontrar “como matarse uno mismo” incluso indican causas “como cansancio de vivir”. Esto muestra que contrariamente a lo creería que los niños de esa edad con ideación suicida tendrían una visión clara del concepto de suicidio; se encontró que no difieren en la comprensión y claridad del concepto este con el grupo de control (niños sin ideación suicida). Es decir, los resultados obtenidos en esta investigación son indicios de que la conducta suicida en la infancia no responde necesariamente a un desconocimiento de la muerte ya que como se confirma a los 8 años el niño puede tener la misma percepción de muerte que el adulto.

Por otro lado, el comportamiento suicida abarca el suicidio consumado, intento suicida, las amenazas suicidas y la ideación suicida con ideas y pensamientos específicos, así como en general llamados por algunos autores parasuicidio y síndrome presuicidal. Cualquier conducta debe considerarse como alto riesgo futuro, este fenómeno va en aumento en todos los países según datos de la OMS, sobre todo los países de alto desarrollo tecnológico, donde las causas más importantes

de muerte son las llamadas "enfermedades del desarrollo" (cardiovasculares, cerebrovasculares, accidentes, etcétera) con incremento del suicidio en un 15 % en dichos países, convirtiéndose en segunda causa la muerte entre individuos menores de 35 años.

Por otro lado, la tasa estimada de suicidio en América oscila entre dos y trece por 100 mil habitantes aproximadamente. Estas tasas en Colombia se han modificado de manera relevante en las últimas dos décadas fluctuando entre tres y cinco por cada 100 mil habitantes. En el año 2002 perdieron la vida en Colombia 2.045 suicidas, para una tasa aproximada de cinco suicidios por cada 100 mil habitantes, siendo el 1.77% de las víctimas varones, destacando que por cada mujer que se suicida lo hacen tres hombres, siendo la edad promedio de los hombres de 35 años y de las mujeres de 26 años (Ceballos, 2003).

De esta manera se informa entonces que, los departamentos con mayor número de casos fueron Valle del Cauca con 296, Antioquia con 273, Santander con 124 y Cundinamarca con 97, (sin incluir Bogotá). Las mayores tasas se presentaron en los departamentos de Quindío con 9, Huila con 9, Caldas con 8 y Risaralda con 8 por 100 mil habitantes, siendo las tasas más bajas las de Amazonas con 2, Córdoba con 1 y Chocó con 1. Por ciudades, el mayor número se encontró en Santa Fe de Bogotá con 333 casos, Cali con 152, Medellín con 124 y Bucaramanga con 90, cuyas tasas por 100 habitantes fueron respectivamente 5, 7, 6 y 9. Sin embargo, al realizar el análisis por municipio y teniendo en cuenta su distribución poblacional, las mayores tasas se presentaron en Chocontá con 57 casos, Líbano con 38 y La Plata con 31, superando entre 6 y 10 veces la tasa nacional (Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - INML y CF, 2000).

Entre tanto, en Bogotá, en el año 2000, se estimó una tasa de suicidio de 5 por 100 mil habitantes por año, hallándose la mayor tasa en el grupo de hombres de 45 a 49 años, lo cual es concordante con el hallazgo de que progresivamente se ha disminuido la edad de los suicidas. El fenómeno de disminución de la edad de los suicidas se ha evidenciado también en países como Inglaterra, Australia y otros países anglosajones. No obstante, persiste vigente la fuerte asociación de suicidios en el grupo de mayor edad, con enfermedad mental, física o limitaciones funcionales,

en estos grupos, especialmente si hay asociación con enfermedad mental crónica, puesto que se utilizan algunos métodos poco usuales para suicidarse como el uso de armas corto punzantes, la sumersión y la inmolación. Es en este tipo de muertes donde suele existir más dificultad para establecer si es un caso de suicidio, homicidio o de muerte accidental (Sánchez, Orejarena, Guzmán, 2004).

Para el año 2000 en Bogotá se calculó una tasa de 5,4 por 100 mil habitantes, similar a lo reportado en el resto del país que fue de 5,02 por 100 mil habitantes; del total de víctimas, el 50% tenía entre 11 y 28 años de edad, lo cual evidencia que la incidencia del suicidio ha aumentado en los últimos años y en la actualidad es la novena causa de muerte en países desarrollados. En los adolescentes se ha visto que la frecuencia de suicidios se ha cuadruplicado desde 1950, al pasar de 2,5 por cada 100 mil adolescentes a 3,6 por cada 100 mil en 1960 y a 11,3 por cada 100 mil adolescentes en 1988, lo cual significa que el suicidio es responsable del 12% de las muertes en la adolescencia (Sánchez, Guzmán, Cáceres, 2005). A partir de lo anterior, se afirma entonces que para el año 2020, cerca de 1.53 millones de personas morirán en el mundo a causa del suicidio y 10 o 20 veces más personas harán un intento de suicidio en el mundo (Waserman, 2001). Esto representa un promedio de suicidios de uno cada 20 segundos y de un intento de suicidio cada 1 ó 2 segundos.

Es de resaltar, que así como el suicidio es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con una proporción de 10 a 3, los intentos de suicidio son más frecuentes en las chicas que superan a los varones en una proporción de 9 a 1, pues las chicas intentan suicidarse más veces que los chicos, pero lo logran menos, mientras que los chicos utilizan métodos más contundentes.

Es por ello que, al calcular las tasas de suicidio con los datos que los países han reportado desde 1950 y 1995 y proyectándolos sobre la población mundial, se aprecia un incremento de aproximadamente un 49% en el índice de suicidios masculinos y de aproximadamente un 33% en el de suicidios femeninos (Waserman, 2001).

Explicar las diferencias entre ambos sexos respecto del suicidio, y las diferencias en las tasas de prevalencia de unos países a otros, es difícil. Sin embargo, lo que sí es evidente es que las

adolescentes realizan intentos de suicidio con mucha más frecuencia que los chicos, además, se ha invocado una maduración más precoz de las niñas, que les hace captar e interiorizar antes que a los varones los problemas propios del mundo de los adultos y muy especialmente la conflictividad de las relaciones interpersonales. Asimismo, las niñas ante una situación desestabilizadora consideran la ingesta de medicamentos como una posible solución, mientras que los chicos suelen optar por reacciones agresivas y consumo de alcohol y otras drogas (Mardomingo, 1997).

Además de encontrar diferencias por género en las tasas de suicidio, a nivel mundial también se han encontrado diferencias significativas según el rango de edad evidenciándose un incremento en las tasas acorde con el incremento de edad hasta llegar a los 45, momento en el cual los índices de suicidio empiezan a decrecer. Esta tendencia se mantiene estable sin importar el género con la única salvedad del grupo de adolescentes (15 a 24 años) en donde se presenta un mayor número de intentos de suicidio entre las mujeres que en los hombres (Waserman, 2001).

Las indagaciones de Fundamor (2002) coincide con los hallazgos encontrados en la investigación adelantada por Waserman en el 2001: "Suicide an Unnecessary Death". Se relacionan el número de suicidios según género y edad en la siguiente tabla:

Tabla 1

Número de Suicidios según Género y Edad Estados Unidos 1998

Edad	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 +	Total
Hombres	241	3.532	4.404	5.246	3.896	2.305	2.161	2.686	24.471
Mujeres	83	603	961	1.591	1.235	658	436	520	6.087
Total	324	4.135	5.365	6.837	5.131	2.963	2.597	3.206	30.558

Es de resaltar como el incremento por suicidio es mucho mayor que por homicidio, cerca de 500.000 personas al año cometen un intento de suicidio lo suficientemente serio como para recibir atención en salas de urgencias, y millones de personas más sufren de pensamientos suicidas.

La capital del país ha presentado, históricamente, tasas de suicidio levemente mayores respecto a la realidad nacional, sin que hasta el momento se tengan conocimientos claros sobre los

factores determinantes de ese fenómeno. Por otra parte, existe un claro subregistro de los intentos de suicidio, pues esta información se diluye entre los múltiples centros de tratamiento de la consulta privada y particular y su ocultamiento frente a las lesiones accidentales, dada la estigmatización que aún persiste para el problema (Centro regulador de Urgencias, 2001).

En Colombia sucede un suicidio cada cuatro horas y Pereira registra un alarmante cuadro donde, por ejemplo, el suicidio por lanzamiento desde el Viaducto Pereira-Dosquebradas presenta estadísticamente uno mensual, entre noviembre 97 y septiembre del año 2000. “La situación de los adolescentes es considerable. En 1997 el 38% de los suicidios en el país fluctuaba en personas entre 15 y 24 años, por cada uno de ellos pudo haber unos diez intentos fallidos y cuatro suicidios no consignados en las estadísticas. De la cifra anterior, el 69% correspondía a edades entre los 15 y 17 años y el 31% a niños entre los 5 y 14 años. Del total de la cifra, solo entre el 12% y el 15% de los suicidas tenían trastornos mentales”. Este último dato, relativo a un porcentaje mínimo de trastornos mentales, llama a reflexionar sobre la existencia de factores exógenos que precipitan la determinación de auto eliminarse (Fundamor, 2002).

Durante el año 2000, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, realizó 2.070 necropsias por posible suicidio en los 140 puntos de atención observándose una tasa de 4,9 por cada 100.000 habitantes al año. El suicidio corresponde a la cuarta causa de muerte violenta en el país. La distribución por género se ha mantenido a lo largo de los años y es consistente con los hallazgos en el ámbito internacional: 19% se presentó en hombres y por cada mujer se suicidaron 4 hombres (Centro regulador de Urgencias, 2001).

Durante el año 2000 la Regional Bogotá del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 4.459 necropsias, cuyas maneras de muerte correspondieron a 2.428 (54% por homicidio), 383 (8% por suicidios), 1.014 (23% por muerte en accidente de tránsito), 488 (10,5% por muerte accidental) y 180 (4% por muerte no establecida la manera). Entre enero y diciembre del año 2000, se identificaron 11 casos de Homicidio-Suicidio, en los cuales se encontraron 20 personas fallecidas (15 homicidios y 11 suicidios), siendo el 100% hombres quienes

cometieron el homicidio y luego se suicidaron. Su estado civil al momento de la muerte era 37% separados, 21% casados, 18% solteros y 18% vivían en unión libre. Todos usaron el arma de fuego tanto para cometer el homicidio como el suicidio, presentándose el 2% de las muertes en la residencia, 11% en otra residencia, 11% en el lugar de trabajo y en la vía pública (respectivamente) y un 4% en automóviles (Centro regulador de Urgencias, 2001).

Tradicionalmente en Colombia los grupos más afectados han sido los adolescentes y adultos mayores. Sin embargo, en el 2000, la mayor tasa se presentó en el grupo de 18 a 24 años de edad (10.3 por cada 100.000 hab/año) (Centro regulador de Urgencias, 2001).

Todas estas cifras muestran cómo la ideación suicida está presente en un altísimo porcentaje de la población en general y muestran la seriedad y complejidad del fenómeno del suicidio en los niños manifestando una urgente necesidad de fortalecer las investigaciones tendientes a la prevención y atención terapéutica de esta población.

Al realizar una revisión teórica resulta evidente encontrar gran cantidad de estudios realizados sobre el suicidio en adultos y jóvenes, pero es limitada la información que se encuentra sobre el tema en la población infantil. Esto puede deberse a que los datos registrados muestran que el índice de suicidio es menor en niños que en adultos, causando que esta población sea menos estudiada; así mismo los registros suelen estar errados y alterados, en tanto que en muchos de los casos los padres o acudientes registran estos intentos como “accidentes”, debido a la responsabilidad que implica el suicidio de un menor.

Tanto la conducta suicida como el suicidio consumado representan un importante problema de salud pública en todo el mundo, aun así, sólo a partir de los últimos 25 años, el suicidio o el intento de suicidio han comenzado a considerarse como una señal de crisis mental aguda o de posible enfermedad; hasta entonces, los intentos de suicidio se habían considerado ilegales en muchos lugares del mundo, y se castigaban de acuerdo con la ley, esta visión fortalecía la creencia de que los pensamientos y acciones suicidas eran vergonzosos o antirreligiosos, con el resultado de que los esfuerzos por comprender su verdadero significado estaban seriamente dificultados. Así

mismo, en Colombia el suicidio es un problema de salud pública sobre el cual se ha dirigido la mirada tímidamente, por las múltiples connotaciones familiares, sociales, culturales, religiosas y políticas que lo caracteriza; la comunidad Bogotana no se escapa a esta situación, que está afectando la población mundial, nacional y local con predominio en los jóvenes; los datos registrados en los antecedentes de este trabajo muestran las alarmantes cifras que genera este fenómeno (Fundamor, 2002).

A partir de lo anterior, se encuentra pertinente la elaboración de una investigación que dé cuenta del significado que los niños le otorgan al suicidio, pues como se verá en el presente trabajo, es de gran interés profundizar e indagar por la percepción de este fenómeno en niños que atraviesan la niñez intermedia, ya que esta puede variar de acuerdo con la representación que estos tengan frente al suicidio.

Fundamentación Teórica

El concepto de vida humana, es comprendido como el grupo de funciones biológicas que permiten al ser humano la posibilidad de conocerse a sí mismo reconocer el mundo que halla a su alrededor. Posibilita también reconocer las diferentes interacciones que pueden darse entre distintas partes de su organismo y el ambiente. Estas funciones posibilitan algunas capacidades inseparables que van facilitando ciertos procesos propios a su esencia, como desarrollo, reproducción, crecimiento y muerte. A partir de esta representación se afirma que el concepto de vida se encuentra intrínsecamente ligado al de relación consigo mismo y con los demás, en tanto que involucra conceptos como voluntad, libertad y conciencia de bienestar (Franco, Toro, 2002).

A partir de lo anterior, se tiene en cuenta que la muerte hace parte del concepto de vida humana, desde donde se ha buscado una definición permisible para delimitar el concepto de muerte, lo cual se encuentra aún en discusión, puesto que no se ha localizado una tesis correctamente adecuada para ella, ni en términos biológicos, ni en términos filosóficos. Es de resaltar que en la historia, este concepto se ha construido desde un ámbito negativo, por ejemplo ausencia de vida. La

definición de muerte que otorga la esfera Médico-Legal, hace referencia a este término como la detención del proceso que preserva la integridad física del cuerpo, es decir, "la detención del proceso de la vida y como tal es una secuencia de hechos que culminan en la cesación de las funciones biofisiológicas". El ámbito del derecho, ha estudiado a profundidad algunas manifestaciones de la muerte, estableciéndola como la comprobación de la abolición de las funciones nerviosas, lo cual se halla relacionado con inmovilidad, flacidez muscular, parálisis de esfínteres, ausencia de actividades psíquicas y ausencia de pulso y latidos cardiacos. En un sentido más humano se identifica que el viejo, el enfermo o el atormentado vislumbran la muerte como una liberación, puesto que la vejez priva al ser humano de todos los placeres, renunciando aún vivo a su apetito por ellos, lo cual conlleva a un sufrimiento para la persona (Franco, Toro, 2002).

Es por esto, que como afirma Escobar (1998), la muerte y el proceso de morir ha sido una preocupación desde siempre en el ser humano, sin embargo, desde hace unas décadas la tecnología y su continuo avance ha replanteado este concepto, buscando prolongar el tiempo de vida de las personas, así mismo se busca también otorgarle a este tiempo calidad de vida.

Otro aspecto relevante que se tiene en cuenta de este concepto, es la forma como la sociedad actúa ante este fenómeno, Francés Abel citado por Escobar (1998), afirma que la actitud de la sociedad occidental ante la muerte, se ha transformado de manera paulatina desde la edad media hasta mitad del siglo XIX, en tanto que en este siglo y hasta mitad del siglo XX, se destaca el culto a los muertos con visitas a cementerios en Europa. La definición de muerte se resalta en gran parte, por falta de claridad que se tenía sobre la terminación de la vida, por un lado es importante interesarse por conocer cuando se acaba la vida biológica y la otra, es cuando la persona deja de existir, estas dos concepciones plantean situaciones que determinan definiciones y afirmaciones de muerte del ser humano (Escobar, 1998).

De acuerdo a lo anterior, Escobar (1998) argumenta que la muerte es un inevitable hecho biológico en el cual cesa toda actividad vital. Tanto la muerte como el nacimiento, son experiencias individuales y tanto una como la otra, marcan ciertos límites que pueden ser inescrutables, puesto

que nadie experimenta su propio nacimiento y tampoco su propia muerte, estas experiencias son aceptadas por medio de otros, ya que nadie regresa de la muerte a revelarnos la experiencia. En este mismo sentido, se afirma que solo existen algunas informaciones de las condiciones que se viven previas a la muerte, los cuales son relatos de personas agonizantes que tienen una recuperación frente a un inminente riesgo de morir. Así mismo, el proceso del morir comprende diversos estados de ánimo, que se dan de acuerdo a comportamientos de la persona agónica, los cuales son modificados debido a los procedimientos actuales de la biomedicina y por las decisiones del personal de salud que les rodea, así como de la interacción y relación que tenga el médico con la persona, ya que este se ve afectado por su propio miedo de morir y por la idea errónea de tomar la muerte de un paciente como un fracaso profesional.

Las diferentes concepciones y/o actitudes que se han construido a lo largo de la historia en el entramado social acerca del concepto de muerte, conllevan a plantear interrogantes acerca de las diferentes circunstancias por las que puede llegar a morir una persona. Entre tanto, uno de estos escenarios, el cual es tema de interés en la presente investigación, es el hecho que una persona decida acabar con su propia vida, de aquí, que este tipo de acciones se transforman en otras maneras de visualizar el concepto de muerte, y observarlas desde la visión de una persona que se suicida, indica resignificar o replantear las diferentes formas, que a través de la historia, se han venido construyendo acerca de lo que significa terminar con la vida, sin embargo, es importante conocer la historia que tiene este importante concepto, y los diferentes aspectos que han venido rodeando la esfera del suicidio.

La palabra suicidio procede del latín, y se compone de dos términos: *sui*, de sí mismo, y *caedere*, matar. Es decir, matarse a sí mismo, atentar contra la propia vida. No se trata sólo de quitarse la vida violentamente, sino de dañarse o perjudicarse corporalmente (Rojas, 1984).

Según Clemente, González, (1996), el término suicidio surgió, según algunas fuentes, en Gran Bretaña en el siglo XVII, y según otras en Francia en el siglo XVIII. Rojas (1984), comenta que este término fue utilizado por primera vez como *suicide* en Inglaterra en el año de 1643 y se

incluyó en un diccionario inglés sólo hasta el año de 1656. Sin embargo, se ha defendido que la palabra tenía su origen en el abate Prévost en 1734, y que posteriormente fue retomada por Voltaire y los enciclopedistas, hasta que en 1762 fue incluida por la Academia Francesa de la Lengua, y definida entonces como “el acto del que se mata así mismo”. En España, la palabra fue utilizada por primera vez en 1772 en una obra de Fray Fernando de Cevallos destinada a criticar la obra de Voltaire, pero solo hasta 1817 fue incluida en el Diccionario de la Real Academia Española, cuando la palabra se había difundido con una etimología paralela a la de homicida. De esta forma, la lengua española definió el suicidio como el acto o conducta que daña o destruye al propio agente (Clemente, Gonzales, 1996).

Antes de su inclusión oficial, se utilizaron en España distintas expresiones para hablar del suicidio y se tenía una idea muy negativa de él, dada la fuerza que tenía en España la religión católica, que la había categorizado como una “mala muerte” (Clemente y González, 1996). Aún cuando no había sido expresamente prohibido en el Antiguo ni en el Nuevo Testamento, la condena de la Iglesia pudo haberse debido a la necesidad de contrarrestar los deseos de inmolación y martirio de los primeros cristianos durante los años en que fueron sometidos a persecuciones (Mardomingo, 1997).

Ramírez (1998), afirma que excepto en los casos de los soldados vencidos que se suicidaban por honor, la Iglesia Católica prohibía dar sepultura al cuerpo del suicida. Desde su punto de vista el único con potestad sobre el destino humano era Dios, el hombre, por tanto, no tenía derecho a modificarlo ni a imponer a la sociedad la presencia intempestiva de la muerte por una decisión personal. Así mismo, Clemente y Gonzales (1996) comentan que la prohibición de la religión de sepultar en Campo Santo a quienes se habían suicidado, llevó a que los allegados alegaran trastornos mentales en los suicidas; de esta forma, además de garantizar su admisión en los cementerios, se cambiaba el pensamiento de que su ser querido estaba condenado eternamente al infierno por el de la falta de conciencia de sus actos. De este modo y de manera indirecta la religión contribuyó a la creación del estereotipo del suicida como “el loco”.

La posición filosófica frente al suicidio, expuso a lo largo de la historia un punto más reflexivo, resaltando argumentos y razones a favor y en contra, especialmente de tipo social y existencial, aunque sin descartar la locura. Dentro de la filosofía griega, fue rechazado por Sócrates, Platón, Aristóteles y Plotino, aunque eran admitidas circunstancias especiales que lo ameritaban. Sócrates planteaba el suicidio como un atentado contra los dioses, únicos dueños de la vida y del destino, aunque reconocía en la muerte la liberación del alma. Platón por su parte, consideraba la conducta suicida como transgresora de las normas y signo de una falta de la propia estima, sin embargo, la consideró lícita para aquellas personas que tuvieran que enfrentar una vergüenza tan grande que les impidiera vivir. Para Aristóteles se trataba de un acto de cobardía personal que iba contra la polis, por lo que era justo que sus protagonistas perdieran ciertos derechos, y Plotino reconocía los casos extremos en los que las personas tenían que “salir de la vida”. Entre los filósofos griegos, solo los epicúreos y estoicos aceptaron el suicidio, aunque no sin reservas. Su principal representante fue Séneca, quien estableció los criterios por los que quedaría validado en el mundo occidental, Séneca reivindicó la vida como una potestad del individuo, quien podría decidir terminarla como una salida honrosa a una vida infructífera y dolorosa, por lo tanto, el “bien morir” implicaba la evitación del “mal vivir” (Clemente y González, 1996).

En otro extremo, se encontraban San Agustín y Santo Tomás de Aquino, quienes, retomando a Aristóteles, dejarían establecidos los principios por los cuales se prohibía el suicidio. San Agustín, cuyo pensamiento tendría tanto peso en la historia de la Iglesia, consideró al suicidio como un crimen contra el quinto mandamiento de *no matarás* (Mardomingo, 1997), y Santo Tomás de Aquino, agregó ciertos matices al planteamiento aristotélico, presentando al suicidio como un acto contra la naturaleza, que va contra el amor natural que cada uno siente por sí mismo, y contra el impulso de conservación. En este sentido, Santo Tomás rescata el planteamiento de Aristóteles al considerar el acto suicida como un acontecimiento que aparece en contra de la sociedad, la comunidad, o el estado, en la medida en que le priva de uno de sus miembros y de los posibles beneficios que puedan rendirse, y desde su planteamiento, el suicidio representa por encima de

todo, un acto contra Dios, único capaz de proporcionar la vida al hombre (Clemente y González, 1996).

En otro sentido, la Psiquiatría, desde sus comienzos, comprendió el suicidio como una enfermedad mental o una alteración psíquica; esta rama empezó a ocuparse del fenómeno en su dimensión individual, las expresiones “suicidio” e “intento de suicidio” son las más utilizadas para referirse al deseo de buscar la muerte, que en el primer caso se consigue y en el segundo no (Rojas, 1984). Sin embargo, fue Durkheim quien propuso una de las primeras definiciones de la época moderna, la cual difiere de las concepciones anteriores, en tanto que utiliza una perspectiva que defiende el suicidio como un efecto de la estructura social, en cuanto ésta se fundamenta en la reglamentación o cohesión social, excesivas o muy débiles (Durkheim, citado por Rojas, 1984). Este autor refiere que se conoce como suicidio, a todo caso de muerte fruto de un acto positivo o negativo, realizado directamente por la víctima misma, teniendo claro que genera este resultado.

Esta definición expresa lo que Durkheim, citado por Rojas (1984), considera que es la conducta suicida, pero no el suicidio como fenómeno social, que es en lo que realmente fundamenta su teoría. Así pues, no se puede considerar esta definición más que como un punto de partida de su análisis, en vez de una conclusión, que fundamentalmente se centra en las variables que actúan para que en una sociedad concreta se den unas tasas específicas de suicidio de sus miembros, específicas no tanto por el número, como por los factores desencadenantes, que resume en tres (Durkheim, citado en Rojas, 1984):

1. La naturaleza de los individuos que componen la sociedad,
2. La manera como están asociados, es decir, la naturaleza de la organización social.
3. Los acontecimientos pasajeros que perturban el funcionamiento de la vida colectiva, sin alterar su constitución anatómica, como las crisis nacionales, económicas, etc.

Durkheim, citado por Clemente y Gonzales (1996), entendió el suicidio como un acontecimiento mucho más social que psicológico, desde su visión del ser humano como

desbordado por una realidad circundante que es la colectividad en la que está inmerso. Desde este punto de vista, consideró imposible desarrollar una clasificación según las clases de suicidio para llegar a sus motivos, y en lugar de ello encontró viable presentar las diferentes modalidades del mismo según las causas que lo condicionan.

En esta línea explicativa, Durkheim (1971) planteó los tres tipos de suicidios, ya conocidos: el egoísta, el altruista y el anómico, el primero lo explicó como el producto de un debilitamiento en la relación entre el individuo y la sociedad o en otros términos de la deficiencia de los nexos de integración que consigue una sociedad en concreto. De ésta forma aparece un trastorno de la integración en la colectividad social, tendiendo el Yo individual a sobrepasar el Yo colectivo.

Dentro del primer tipo de suicidio, la familia desempeña un papel fundamental, ya que en la medida en que exista una adecuada integración familiar, habrá una fuerte cohesión que disipe esas posibles fisuras por donde penetre con fuerza la idea suicida. En segundo lugar, Durkheim comenta acerca del suicidio altruista, si en el caso anterior el suicidio era debido a una individualización excesiva, en este tipo sucede que la organización social reduce la libertad personal, de tal modo que el sujeto se quita la vida pretendiendo de esta manera aliviar de su carga a la sociedad. Este es solidario de esa refinada moral que eleva la personalidad humana para que no quede subordinada a ninguna adhesión especial. El suicidio anómico, proviene de “anomia”, o todo aquello que significa un quebrantamiento de las leyes que impone la sociedad. En sentido literal significa faltar a la ley (Durkheim, 1858-1917).

Según Rojas (1984), será Freud quien proponga un concepto totalmente opuesto al de Durkheim con relación al suicidio, y que serviría de base para los criterios que sobre el mismo establecieron el Psicoanálisis y la Psiquiatría. Aunque Freud realmente apenas lo trató, relacionándolo con un impulso natural de muerte, Thanatos, que se impone al de la vida, Eros.

Posteriormente, es Menninger quien trabaja el suicidio desde los presupuestos de Freud, considerándolo como un homicidio a sí mismo, surgido al dirigir hacia sí mismo el deseo de matar a otro y sentir él mismo el deseo de ser matado y de morir. A partir de estos autores, se han

desarrollado a lo largo del siglo teorías y concepciones del suicidio, extendiendo la concepción del mismo a conductas que indirectamente pueden provocar la muerte (Clemente y González, 1996), como el consumo de sustancias psicoactivas, consumo de alcohol o tabaco, conductas de riesgo como las que implican los deportes extremos o simplemente malos hábitos alimenticios.

A partir de esta concepción, la Organización Mundial de la Salud decidió adoptar en 1969 una interpretación, mediante la cual se pretendía salvar la diferencia entre los conceptos de suicidio y la tentativa de suicidio, así como los análogos que habían surgido, reduciéndolos al de acto suicida, que quedaba definido como “aquel acto por el que un sujeto se provoca intencionadamente daños, sea cual sea el grado de intención letal y de conocimiento del móvil”. Años más tarde, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-8), se incluyó dentro de la categoría de suicidio el suicido consumado, la tentativa de suicidio y las lesiones auto infligidas intencionadas (OPS/OMS, 2000). Actualmente no hay unanimidad en la concepción del suicidio, aunque sí se tiende a contemplarlo y definirlo desde su perspectiva individual, delimitándolo en aspectos anormales y/o patológicos, es el efecto de que la Psiquiatría haya impuesto su perspectiva del suicidio (Clemente y González, 1996).

En este mismo sentido, Clemente y González (1996), recuperan una serie de concepciones más integradoras del fenómeno del suicidio que surgen de diferentes autores. Soubrier, citado por estos mismos autores, afirma en su investigación “Perspectiva de la Suicidología” de 1984, que el fenómeno suicida parece más bien una patología de la desesperanza en cualquier medio, cultura o entorno. Por su parte, el sociólogo francés Baechler (1975), citado por Clemente y Gonzales (1996), afirma que el suicidio es todo comportamiento que busca y encuentra la solución de un problema existencial en el hecho de causar daño a la propia vida.

Finalmente, son los propios Clemente y González (1996) quienes plantean su propia definición, afirmando que “El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidades sociales, que le suscita una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él y ante la falta de refuerzo existencial, su

vínculo se va deteriorando, lo que provocará exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada, que actúan como refuerzo de su actitud de exclusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente, abriendo su paso a la muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento”.

De acuerdo con lo anterior, puede identificarse que las definiciones existentes a cerca del suicidio son muchas y complican, general y cualitativamente, el concepto manejado en el lenguaje habitual, aun cuando se encuentren aspectos subjetivos añadidos que coinciden con algunas de las teorías. Y como reconoce Ana Talak en su “Estudio Sociológico de las Creencias en Salud” (2001), las definiciones propuestas por las distintas teorías, son igualmente subjetivas por cuanto responden a presupuestos teóricos y morales; al reconocer esta condición, la subjetividad, debemos hacer el máximo esfuerzo para entender el fenómeno del suicidio, explorándolo en profundidad al interior de los grupos de riesgo que reportan los diferentes estudios.

De otro lado, desde la perspectiva actual y desde diferentes reportes, la OMS señala que el suicidio es una de las tres principales causas de mortalidad en todos los países del mundo, en su mayoría entre personas de 15 a 34 años de edad. Por lo tanto, es relevante dar a conocer algunos índices de suicidio obtenidos a partir de investigaciones centradas en América Latina y específicamente en Colombia, las cuales revelan que la tasa estimada de suicidio en América oscila entre dos y trece por 100 mil habitantes, aproximadamente, estas tasas en Colombia se han modificado de manera relevante en las últimas dos décadas, fluctuando entre tres y cinco por cada 100 mil habitantes. En el año 2002 perdieron la vida en Colombia 2.045 suicidas, para una tasa aproximada de cinco suicidios por cada 100 mil habitantes, siendo el 1.77% de las víctimas varones, destacando que por cada mujer que se suicida lo hacen tres hombres, siendo la edad promedio de los hombres de 35 años y de las mujeres de 26 años (Ceballos, 2003).

De esta manera se informa entonces que, los departamentos con mayor número de casos fueron Valle del Cauca con 296, Antioquia con 273, Santander con 124 y Cundinamarca con 97,

(sin incluir Bogotá). Las mayores tasas se presentaron en los departamentos de Quindío con 9, Huila con 9, Caldas con 8 y Risaralda con 8 por 100 mil habitantes, siendo las tasas más bajas las de Amazonas con 2, Córdoba con 1 y Chocó con 1. Por ciudades, el mayor número se encontró en Santa Fe de Bogotá con 333 casos, Cali con 152, Medellín con 124 y Bucaramanga con 90, cuyas tasas por 100 habitantes fueron respectivamente 5, 7, 6 y 9. Sin embargo, al realizar el análisis por municipio y teniendo en cuenta su distribución poblacional, las mayores tasas se presentaron en Chocontá con 57 casos, Líbano con 38 y La Plata con 31, superando entre 6 y 10 veces la tasa nacional (Centro de Referencia Nacional sobre Violencia - INML y CF, 2000).

Entre tanto, en Bogotá, en el año 2000, se estimó una tasa de suicidio de 5 por 100 mil habitantes por año, hallándose la mayor tasa en el grupo de hombres de 45 a 49 años, lo cual se encuentra relacionado con el hallazgo de que progresivamente se ha disminuido la edad de los suicidas. El fenómeno de disminución de la edad de los suicidas, se ha evidenciado también en países como Inglaterra, Australia y otros países anglosajones. No obstante, persiste vigente la fuerte asociación de suicidios en el grupo de mayor edad, con enfermedad mental, física o limitaciones funcionales, en estos grupos, especialmente si hay asociación con enfermedad mental crónica, puesto que se utilizan algunos métodos poco usuales para suicidarse como el uso de armas corto punzantes, la sumersión y la inmolación. Es en este tipo de muertes, es donde suele existir más dificultad para establecer si es un caso de suicidio, homicidio o de muerte accidental (Sánchez, Orejarena, Guzmán, 2004).

Para el año 2000 en Bogotá, se calculó una tasa de 5,4 por 100 mil habitantes, similar a lo reportado en el resto del país que fue de 5,02 por 100 mil habitantes; del total de víctimas, el 50% tenía entre 11 y 28 años de edad, lo cual evidencia que la incidencia del suicidio ha aumentado en los últimos años y en la actualidad es la novena causa de muerte en países desarrollados. En los adolescentes se ha visto que la frecuencia de suicidios se ha cuadruplicado desde 1950, al pasar de 2,5 por cada 100 mil adolescentes a 3,6 por cada 100 mil en 1960 y a 11,3 por cada 100 mil adolescentes en 1988, lo cual significa que el suicidio es responsable del 12% de las muertes en la

adolescencia (Sánchez, Guzmán, Cáceres, 2005). A partir de lo anterior, se afirma entonces que para el año 2020, cerca de 1.53 millones de personas morirán en el mundo a causa del suicidio y 10 o 20 veces más personas harán un intento de suicidio en el mundo (Waserman, 2001). Esto representa un promedio de suicidios de uno cada 20 segundos y de un intento de suicidio cada 1 ó 2 segundos.

Es de resaltar, que así como el suicidio es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con una proporción de 10 a 3, los intentos de suicidio son más frecuentes en las jóvenes, que superan a los varones en una proporción de 9 a 1, pues ellas intentan suicidarse más veces que ellos, pero lo logran menos, en tanto que los jóvenes utilizan métodos más contundentes.

Es por esta razón que, al calcular las tasas de suicidio con los datos que los países han reportado desde 1950 y 1995 y proyectándolos sobre la población mundial, se aprecia un incremento de aproximadamente un 49% en el índice de suicidios masculinos y de aproximadamente un 33% en el de suicidios femeninos (Waserman, 2001).

Explicar las diferencias entre ambos sexos respecto al suicidio, y las diferencias en las tasas de prevalencia de unos países a otros, es difícil. Sin embargo, lo que sí es evidente es que las adolescentes realizan intentos de suicidio con mucha más frecuencia que los adolescentes, además, se ha evidenciado una maduración más precoz de las niñas, que les hace captar e interiorizar antes que a los varones los problemas propios del mundo de los adultos y muy especialmente la conflictividad de las relaciones interpersonales. Así mismo, las adolescentes ante una situación desestabilizadora, consideran la ingesta de medicamentos como una posible solución, mientras que ellos suelen optar por reacciones agresivas, como consumo de alcohol y otras drogas (Mardomingo, 1997).

Por otro lado, se comenta que el suicidio puede además, según Mardomingo (1997), aparecer como una expresión del honor personal, como un gesto de protesta encaminado a conmocionar a la sociedad y, por último como un acto de dignidad del individuo adulto, que considera que su curso vital ha llegado a su fin y no desea pasar por la enfermedad y el deterioro que preceden a la muerte. Según la autora, cuando se trata de los niños y de los adolescentes, los

suicidios y los intentos de suicidio constituyen unas de las expresiones más reveladoras del sufrimiento humano. El impulso suicida es inconstante: va y viene. Según GeoStone (2003), los individuos vulnerables de suicidio entran y salen de los períodos de riesgo suicida, a veces por períodos breves, a veces por períodos moderados o largos, de acuerdo a la fluctuación de sus circunstancias vitales.

Así mismo, el estado de conciencia de quien intenta suicidarse es lo que se ha denominado “visión de túnel”: todo alrededor es confuso, ya que los estímulos externos se excluyen de la conciencia y ésta permanece enfocada en una imagen que se considera la única salida (la ventana, la soga, etc.). Al ser este un estado temporal, no puede considerarse a nadie cien por ciento suicida, ya que alguien que hoy ve en el suicidio su única salida, puede considerar días después esta idea como innecesaria, impensable o terrorífica (Fonnegra, 1999). Las investigaciones acerca de la desesperanza sobre el futuro en relación con el suicidio, han mostrado que esta parece ser un mejor predictor de suicidio que la depresión. Por ejemplo, en un grupo de 207 pacientes con riesgo suicida, 89 obtuvieron altas puntuaciones en una escala de desesperanza ampliamente usada. Trece de los catorce suicidios ocurridos dentro de los cinco años posteriores vinieron de este subgrupo, aunque sólo la mitad de ellos tenía un diagnóstico de depresión. No obstante, 76 de estos 89 no se mataron, mostrando de esta forma las grandes dificultades que pueden enfrentarse al tratar de predecir la conducta suicida, incluso en los grupos de alto riesgo (GeoStone, 2003).

Por otro lado, se encuentra determinante conocer el lenguaje suicida, el cual se encuentra definido por símbolos específicos que no siempre son fáciles de interpretar, sus ideas poco se entienden y esto dificulta un acercamiento eficaz. Según recientes análisis (Shea, 1999), los pasos finales hacia un suicidio se recorren de una manera similar: la persona escoge el método (casi siempre exclusivo), luego lo planea con cuidado, para posteriormente implementarlo exitosamente; en todo este proceso el suicida está permanentemente dando avisos y señas de lo que está ideando.

El grado en el que el familiar, el amigo o el terapeuta se familiaricen con este lenguaje y sus matices, es el grado en el cual se accede a su mundo interno en donde se tejen las ideas suicidas

y se debe desarrollar una habilidad asertiva para hacer preguntas explícitas sobre sus planes implícitos (Shea, 1999). Ningún detalle es lo suficientemente pequeño o irrelevante en el momento de comprender lo que sucede en la mente de un suicida, ya que a menudo es sobre estos pequeños detalles sobre los que se elaboran los planes para quitarse la vida (Maris y cols., 2000).

Si se escucha con atención, es posible encontrar serios indicios de que una persona piensa cometer un intento de suicidio, pues habitualmente se encuentran conductas previas al suicidio, como elaboración de testamentos o variaciones sobre los ya redactados, adquisición o ampliación de pólizas de seguros de vida, deshacerse de posesiones valiosas y preciadas, conversaciones de muerte o suicidio, conductas autodestructivas que van desde el conducir vehículos sin precaución, hasta cortes de pelo sin ningún sentido estético, pasando por abuso de alcohol y drogas psicotrópicas o conductas sexuales indiscriminadas, faltar sin explicación al trabajo o a los estudios; también pueden aparecer preocupaciones ignoradas hasta ese momento como si existe vida después de la muerte o conductas religiosas desmedidas (Maris y cols., 1992). Cualquiera que sea la manifestación y la voz de alerta que la persona esté dando, es necesario escucharla con detenimiento y darle la trascendencia que se merece.

Es importante reconocer que los avisos que surjan de la ideación suicida, no necesariamente coinciden con una intención clara del suicida para compartir abierta y explícitamente sus intenciones con otras personas, por ello se hace aún más relevante el explorar con cuidado lo que sucede en su interior, tanto en lo que sobresale de manera evidente y con mucha relevancia, como en esos aspectos que en primera instancia parecen insignificantes, ya que son ellos los que pueden suministrar claves importantes para adentrarse en los reales e insondables motivos del suicida (Fremow y cols., 1990).

Fremow y cols. (1990), relatan que cuando a un grupo de estudiantes se les pregunta, qué tan común es la idea del suicidio entre las personas del común, aquellos que nunca han tomado este camino como una opción, con seguridad pensarán que es una idea aberrante y fuera de juicio, mientras que otros quizás habiendo tenido experiencias más cercanas con el suicidio en ellos

mismos o en personas de su entorno, lo considerarán como algo mucho más común en la sociedad y predecirán que la ideación suicida suele ser más la regla que la excepción.

Los autores de este estudio, afirman que este último grupo está mucho más cerca de la realidad y apoyados en diversos estudios, describen que la ideación suicida es bastante común entre estudiantes escolares y universitarios: sobre una población estudiantil analizada, el 40% de la muestra presentó una mínima consideración de suicidio (Berman, en Fremow y cols., 1990); en otras valoraciones con población no clínica encontraron un rango de un 50% a un 80% con ideas suicidas (Westefeld and Furr, 1987 en Fremow y cols., 1990); en otro estudio (Shneidman, 1981 citado en Fremow y cols., 1990) que arrojó más de 300.000 respuestas se encontró que más de un 50% de este muestreo reconoció haber considerado seriamente la posibilidad del suicidio en algún momento de sus vidas. Este fenómeno va en aumento en todos los países según datos de la OMS, sobre todo en los países de alto desarrollo tecnológico, donde las causas más importantes de muerte son las llamadas "enfermedades del desarrollo" (cardiovasculares, cerebrovasculares, accidentes, etcétera), con incremento del suicidio en un 15 % en dichos países, convirtiéndose en segunda causa la muerte entre individuos menores de 35 años.

En este mismo sentido, una expresión que se ha popularizado mucho en nuestra sociedad en la expresión parasuicidio, la cual se define como una conducta intencional que busca hacerse daño. Se refiere a actos definidos por el paciente o por el terapeuta como suicidas pero que cuando se estudian en profundidad se descubre que la intención, los motivos y los resultados no tenían una clara intención de muerte (Fremow y cols., 1990); los actos de automutilación se excluyen de esta categoría ya que deben ser abordados como un trastorno grave de la personalidad y requieren de una intervención terapéutica diferente.

El parasuicidio es un problema de salud pública, que ocurre por lo menos 10 veces más frecuentemente que el suicidio y deben ser entendidos como dos fenómenos distintos, ya que obedecen a características diferentes; mientras que en el suicidio es más común en personas mayores y en hombres, el parasuicidio es más frecuente en personas jóvenes y en mujeres; los

métodos empleados por los suicidas son mucho más letales que los empleados en el parasuicidio. Clínicamente, los parasuicidas responden rápidamente a los tratamientos terapéuticos, contrario a los suicidas que desarrollan sentimientos negativos y de resistencia con aquellos que busquen ayudarlos (Shea, 1999).

De acuerdo con la información hallada respecto al fenómeno de suicidio y parasuicidio, diferentes autores como Wasserman (2001), hacen referencia a las posibles causas que pueden conllevar a un ser humano a presentar comportamientos suicidas. Dicho autor sustenta, que los cambios inesperados en la vida de una persona pueden traer sentimientos dolorosos y confusos que terminan por hacer daño y desestabilizar el mundo interior del sujeto. Algunos estudios han mostrado, que eventos negativos en la vida de las personas actúan como elementos desencadenantes del acto suicida; sin embargo, es importante reconocer que no necesariamente estos eventos negativos son la causa única y directa del suicidio. Mucho más acertado es remontarse no sólo a los acontecimientos más cercanos, sino a los mediatos e incluso a aquellos ya pasados y que constituyen incluso sus comienzos biográficos. Dentro de los que se encuentran los siguientes:

La discordia familiar y separaciones: la soledad, el desánimo o la depresión causadas por problemas con familiares cercanos, son factores desencadenantes, así como esposos que no son apoyo o actúan como padres de su pareja son un riesgo para un posible suicidio (Wasserman, 2001).

Los problemas financieros y desempleo: Este es un importante factor desencadenante de riesgo de suicidio, que se presenta sobre todo en adultos y adultos mayores, aspectos que desencadena ideas suicidas hasta llegar a idear y consumar el acto suicida (Wasserman, 2001).

La pérdida de un ser querido: La pérdida de una persona clave (pareja, familiar, amigo, vecino, etc.) siempre es un evento traumático, pero para aquellas personas con mayor nivel de dependencia como ancianos, minusválidos, preadolescentes o amas de casa, la sensación de pérdida e indefensión, puede llegar a tomar proporciones insospechadas, desencadenando el suicidio (Robins, 1981).

La pérdida repentina de la salud: caer en enfermedad o tener una recaída,

independientemente de que se trate de enfermedades somáticas o abuso de sustancias, se experimenta como algo negativo y afecta fuertemente la autoestima y la percepción sobre sí mismo, mientras que una fase aguda o una enfermedad crónica obliga a la persona a vivir con su enfermedad y encontrar caminos y soluciones para mejorar su calidad de vida (Mortón, 1985).

La pérdida de una afiliación cultural o nacional: Las tasas de suicidio son altas entre refugiados y migrantes que no han podido ajustarse a su nueva nación o región (Robins, 1981).

La hospitalización: Para pacientes psiquiátricos y gente mayor que están crónicamente enfermos, entrar en un hospital puede ser percibido como un atentado a la autonomía personal y como un intento doloroso e infructuoso de recobrar la salud perdida, entonces el suicidio suele producirse como un escape a las intervenciones terapéuticas y médicas que no se desean (Waserman, 2001). El corto tiempo de hospitalización: Dejar el hospital poco tiempo después de un intento de suicidio o en el curso de un tratamiento por enfermedad mental, se considera de alto riesgo como factor desencadenante del suicidio (Morton, 1985). Un cambio en las fases de vida, entrar o dejar atrás fases como la pubertad, la edad media, la menopausia o entrar en la vejez se constituye en un riesgo para el suicidio (Waserman, 2001).

El abuso físico y mental, la violencia, intimidación, victimización, acoso y abuso, ya sea en el sitio de trabajo o en la institución educativa, son eventos desencadenantes de un suicidio; éste mismo riesgo puede aparecer también cuando aparecen amenazas o actos de violencia como torturas, asalto o secuestro, contra la persona o contra familiares cercanos (Morton, 1985).

La injuria narcisista, es decir, lesiones graves hacia el autorrespeto provocadas por la misma persona, por lo general logran desencadenar el comportamiento suicida. Las personas con tendencias autodestructivas son proclives a provocar a los demás con diferentes tipos de agresiones y ofensas, con lo cual reciben una obvia respuesta en los mismos términos ofensivos y agresivos con lo cual el suicida justifica su sentimiento de no ser amado y ser rechazado por su entorno afectivo más cercano. Estas personas tienen una facilidad enorme para sentirse ofendidos, incluso en situaciones donde ninguna otra persona lo percibiría; esta tendencia es tan marcada, que muchas

ofensas imaginarias pueden eventualmente ser interpretadas como un patrón coherente adoptando una actitud paranoica hacia los otros. La injuria narcisista no termina en daño pero si en amargura y soledad, con una furia explosiva que desencadena en actos autodestructivos (Waserman, 2001).

También se ha visto que un patrón adquirido por muchos suicidas es el de la soledad, un autoaislamiento de su grupo social de referencia y de sus familiares y amigos más cercanos que conduce a la desesperanza y a la “visión de túnel” que le resta posibilidades y alternativas a la persona diferentes al suicidio (Fonnegra, 1999). Es de resaltar que los jóvenes, son especialmente sensibles a este factor de riesgo y suelen tener una sensible susceptibilidad que les hace perder fácilmente la esperanza, además de una enorme capacidad para sobrecargarse de cuestionamientos y dudas sobre su propia existencia y sus relaciones.

Otra investigación realizada por Vásquez, R. (1994) a cerca del intento de suicidio en un grupo de seis pacientes menores de 10 años, quienes fueron llevados al Hospital Pediátrico Universitario de la Misericordia, muestra que los factores que precipitaron el intento de suicidio en este grupo de niños fueron por un lado, conflictos familiares reiterados, expresados en constantes discusiones con sus padres. Así mismo, antecedentes familiares en los que se hallaron problemas de alcoholismo e intento de suicidio en algunos de los progenitores. Por otro lado, dificultades escolares, manifestadas en bajo rendimiento escolar, así como dificultades económicas que conllevan a que los niños sientan que son una carga más para sus padres. Esto permite ver, como algunos niños a esta edad tienen claridad frente al concepto de suicidio, ya que es considerado como una alternativa de resolver un conflicto interno cuando no se hallan otras posibilidades.

Desde este aspecto, se hace relevante mencionar como en los últimos años ha incrementado considerablemente el interés por los aspectos psicológicos de la muerte y el suicidio en el niño, disponiéndose mayormente estudios sobre el tema. El estudio del concepto de muerte en el niño tiene interés en muchos ámbitos, en primer lugar, interesa conocer el concepto de muerte en el niño, y de manera especial cuando este se enfrenta a una enfermedad incurable o se halla en fase terminal, por otro lado, es importante en la prevención de los accidentes en tanto que pueden ser

más frecuentes si el infante niega la finalidad de la muerte, en tercer lugar, la idea que tiene el niño de la muerte constituye un factor importante en el estudio de la conducta suicida tanto en el niño como en el adolescente, sin embargo es de tener en cuenta que si se tiene un concepto erróneo de la muerte, la noción de suicidio puede ser un concepto insuficiente, en tanto que puede ser arriesgado juzgar por suicidio un acto que tal vez no lo sea debido a que posiblemente no existe la voluntad de quitarse la vida (Viñas y Domenech, 1999).

Ahora bien, conviene establecer en primer lugar una definición operativa del concepto de muerte, en donde se concluye que este es considerado como un concepto multidimensional, la mayoría de autores convienen en que para que un niño tenga una percepción real de muerte debe tener una buena comprensión de tres conceptos fundamentales; universalidad, irreversibilidad y cesación de los procesos corporales. Por universalidad se comprende la noción de que todo ser viviente debe morir en un momento u otro, es decir, que la muerte es un fenómeno que nos afecta a todos. La irreversibilidad se refiere a la idea de que la muerte es un proceso irrevocable, sin retorno, en otras palabras cuando un ser vivo no puede volver a la vida, finalmente, el tercer concepto hace referencia a que tras la muerte cesa toda la actividad corporal. Otro término para referirse a este mismo concepto es de disfuncionalidad, es decir, que todas las funciones vitales finalizan con la muerte. Por lo tanto, se considera que el concepto de muerte está adquirido cuando el niño ha consolidado estas tres nociones. Aun así, estos no son los únicos componentes ya que existen otros aspectos, no menos relevantes, como la causalidad, en otras palabras, además de una buena comprensión de que la muerte es un fenómeno que afecta a todo ser viviente y que supone un estado permanente e irreversible, es necesario conocer cuáles son las causas reales que la producen (Viñas y Domenech, 1999).

Así mismo, es necesario tener en cuenta a qué edad se consolidan estos tres parámetros y de qué manera se consolidan estos tres conceptos. Con respecto al cuando, la mayoría de los autores consideran que a partir de los once o doce años los niños generalmente ya tienen una percepción real de la muerte, no obstante existen datos que ponen de manifiesto que con anterioridad el niño

puede tener la misma percepción de muerte que el adulto. Con respecto al desarrollo de este concepto, parecen existir dos grandes líneas de estudio, en primer lugar, aquellos que realizan una aproximación descriptivo cronológica, estableciendo una edad de corte, a partir de la cual el concepto de muerte se encuentra adquirido y por otro lado, los que se inclinan por describir estadios o fases de desarrollo. En consecuencia, desde este segundo enfoque el concepto de muerte se adquirirá una vez el niño haya superado o alcanzado una cierta fase. Un ejemplo de esta segunda perspectiva, serian los trabajos de Bárbara Kane (1979), quien describe tres fases del concepto de muerte que se hallan muy vinculadas con los estadios evolutivos de Piaget. En una primera fase, el niño adquiere la noción de que los difuntos tras su muerte ya no viven entre nosotros y permanecen inmóviles, el niño de este estadio, se caracteriza por su egocentrismo y su pensamiento mágico. En una segunda fase, el niño adquiere una visión específica y concreta de la muerte, poco a poco va comprendiendo que la muerte es un fenómeno universal que nos afecta a todos los seres vivos y que tras la muerte, termina toda actividad corporal, también se desarrolla la idea de irrevocabilidad de la muerte junto con la causalidad, al inicio de este estadio el niño cree que la muerte tiene una causa externa para posteriormente incorporar la idea de causalidad interna. Cuando empieza a interrelacionar los componentes de la muerte, se inicia el tercer estadio en el cual ya es capaz de pensar en la muerte en términos abstractos, es de resaltar que estos tres estadios corresponden a los tres estadios descritos por Piaget, pre operacional, operaciones concretas y operaciones formales (Viñas y Domenech, 1999).

En este mismo sentido, se tiene claro que por debajo de los 6 ó 9 años, los niños tienen un concepto rudimentario acerca de la muerte o el morir, por lo que resulta prácticamente improbable que se participe activamente de ella. En esta etapa, la muerte se representa, personifica u objetiviza como una persona con buenas o malas intenciones, o un lugar desagradable o apacible. También a estas edades, es común que la muerte se asocie a la vejez y a las enfermedades y es por encima de esta edad, cuando se comienza a considerar la muerte como un suceso inevitable y universal, llegando el niño o la niña a la conclusión de que todas las personas, incluyéndolo a él, tienen que

morir. Paralelamente con el concepto de muerte se desarrolla el de suicidio. Por lo general, los niños han tenido alguna experiencia sobre el tema mediante la visualización de este tipo de acto en la televisión, sea a través de programaciones para los adultos o dirigidos a los niños y las niñas (muñequitos o comics). Otras veces, el concepto se va adquiriendo mediante diálogos con compañeros de su propia edad que han tenido familiares suicidas o por conversaciones que escuchan a los adultos. En sus concepciones sobre el suicidio, en el niño se entremezclan creencias racionales e irracionales, articuladas y lógicas y poco coherentes y comprensibles (Mardomingo, 1994).

De igual forma, hay niños y niñas que adquieren ambos conceptos, muerte y suicidio a una edad más temprana y otros más tardíamente, creyendo estos últimos que la muerte es una continuidad de la vida o que es un estado parecido al sueño del cual es posible ser despertado tal y como ocurre en el cuento “La Bella Durmiente”. En la infancia, como podría suponerse, los factores de riesgo suicida deben ser detectados principalmente en el medio familiar. Por lo general, el clima emocional familiar es caótico, pues no hay un adecuado funcionamiento de sus integrantes y no se respetan los roles ni las fronteras de sus respectivos miembros. Los padres, cuando conviven juntos se enrolan en constantes discusiones, llegando en muchas ocasiones a la violencia física entre ellos o dirigiéndolas a los integrantes más vulnerables, en este caso los más jóvenes, niños y niñas y los más viejos, personas de la tercera edad. Es frecuente que los progenitores padezcan alguna enfermedad mental, entre las que se citan por su frecuencia, el alcoholismo paterno y la depresión materna. El alcoholismo paterno es sufrido por el resto de la familia, pues esta toxicomanía involucra a todos los integrantes, sea por los desórdenes conductuales, por la violencia, los actos suicidas, los problemas económicos o la incapacidad de cumplir con los roles asignados al alcohólico y que otros tienen que asumir (Pérez, 1996).

La depresión materna, además del peligro suicida que, se convierte en un estímulo para el pesimismo, la desesperanza, la sensación de soledad y la falta de motivación. A ello se añaden las situaciones de maltrato por no poder la madre, en estas condiciones, satisfacer las necesidades

emocionales y de cuidados del niño o la niña. Otro factor de riesgo suicida de importancia en la niñez, es la presencia de conducta suicida en alguno de los progenitores. Aunque no está demostrado que el suicidio esté determinado genéticamente, es un hecho que el suicidio puede ser imitado, principalmente por las generaciones más jóvenes, lo cual ha dado origen al término “Efecto Werther”, por los suicidios ocurridos entre los jóvenes que habían leído la novela de Goethe *Las penas del joven Werther*, cuyo protagonista termina su vida por suicidio con arma de fuego. En ocasiones este proceso no es plenamente consciente y el suicidio se produce por un mecanismo de identificación, proceso mediante el cual se incorporan a la personalidad algunos rasgos de la personalidad o formas de ser del sujeto identificado. Otras veces lo que se transmite es la predisposición genética, no para el suicidio, sino más bien para alguna de las enfermedades en las que este síntoma es frecuente. Entre estas enfermedades se encuentran las depresiones y las esquizofrenias en cualquiera de sus formas clínicas. Ambos trastornos están descritos como uno de los principales factores de riesgo suicida en la adolescencia (Pérez, 1996).

Las relaciones entre los progenitores y sus hijos pueden convertirse en un factor de riesgo de suicidio cuando están matizadas por situaciones de maltrato infantil y de abuso sexual, físico o psicológico. La violencia contra los niños y las niñas en cualquiera de sus formas, es uno de los factores que entorpecen el desarrollo de la personalidad, contribuyendo a la aparición de rasgos en ella que predisponen a la realización de actos suicidas, entre los que se destacan la propia violencia, la impulsividad, baja autoestima, las dificultades en las relaciones con personas significativas, la desconfianza, por sólo citar algunos. En otras ocasiones las relaciones están caracterizadas por la sobreprotección, la permisividad y la falta de autoridad, todo lo cual conspira en contra de un adecuado desarrollo de la personalidad de los niños y las niñas, quienes se tornan caprichosos, demandantes, poco tolerantes a las frustraciones, manipuladores y egocéntricos, pretendiendo que todos los seres humanos los traten de la misma manera indulgente que lo hacen los familiares, lo que provoca diversos problemas de adaptación desde la más temprana infancia, lo que se intensifican en la adolescencia, cuando la socialización ocupa un lugar preponderante en la

conformación definitiva de la personalidad (Pérez, 1996).

Es así que los motivos que pueden desencadenar una crisis suicida infantil son variados y no específicos, pues también se presentan en otros niños que nunca intentarán contra su vida. Entre los más frecuentes se encuentran: a) Presenciar acontecimientos dolorosos como el divorcio de los padres, la muerte de seres queridos, de figuras significativas, el abandono, etc. b) Problemas en las relaciones con los progenitores en los que predomine el maltrato físico, la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual. c) Problemas escolares, sea por dificultades del aprendizaje o disciplinarios. d) Llamadas de atención de carácter humillante por parte de padres, madres, tutores, maestros o cualquier otra figura significativa, sea en público o en privado. e) Búsqueda de atención al no ser escuchadas las peticiones de ayuda en otras formas expresivas. f) Para agredir a otros con los que se mantienen relaciones disfuncionales, generalmente las madres y los padres. h) Para reunirse con un ser querido recientemente fallecido y que constituía el principal soporte emocional del niño o la niña.

Indiscutiblemente, una crisis suicida infantil surge de la relación del niño o la niña con su medio familiar y se manifiesta por una serie de señales en la conducta que se expresan, de manera general, en cambios de todo tipo. Comienzan a tornarse agresivos o pasivos en su comportamiento en la casa y en la escuela, cambian sus hábitos de alimentación y de sueño, mostrando en algunos casos inapetencia o por el contrario, un apetito inusual. En cuanto al hábito del sueño, los cambios pueden consistir en desvelos o insomnio, terrores nocturnos, en los cuales el niño o la niña despiertan, al parecer, pues realmente no lo están aún, con los ojos desmesuradamente abiertos, temerosos, sudorosos y quejándose de lo que están visualizando y que les ocasionan el terror que experimentan. También sufren de pesadillas o malos sueños, así como enuresis, o lo que es lo mismo, orinarse en las ropas de cama mientras se está durmiendo. En otras ocasiones lo que pueden presentar es una somnolencia excesiva, que puede ser un síntoma depresivo a estas edades.

Durante la crisis suicida infantil, son comunes los problemas relacionados con el rendimiento y comportamiento del niño o la niña en la escuela. Las dificultades académicas, las

fugas de la escuela, el desinterés por las actividades escolares, la rebeldía sin motivo aparente, la no participación en los juegos habituales con los demás niños y amigos, la repartición de posesiones valiosas, y hacer notas de despedidas, son signos que pueden ser observados en una crisis suicida infantil. Para el manejo de esta crisis suicida en la infancia, es necesaria la participación de los padres y las madres en la terapia, lo cual no se logra en muchas ocasiones, pues el niño o la niña provienen de hogares quebrantados o con un clima emocional que impide tal procedimiento. (Pérez, 1996).

La atención psicoterapéutica a una crisis suicida infantil, debe ir dirigida a la sensibilización de padres o tutores para que tomen conciencia de los cambios ocurridos en el niño o la niña, que anuncian la ocurrencia de un acto suicida. Hay que insistir con ellos en el control de los métodos mediante los cuales el niño o la niña puedan autolesionarse y ubicar en un lugar seguro sogas, cuchillos, armas de fuego, tabletas de cualquier tipo, combustibles, sustancias tóxicas y otros venenos, etc. Si el niño o la niña realizan una tentativa de suicidio, hay que investigar qué intención perseguían con este acto, pues necesariamente no tiene que ser el deseo de morir el principal motivo, aunque sea el de mayor gravedad. Los deseos de llamar la atención, la petición de ayuda, la necesidad de mostrar la magnitud de sus dificultades, pueden ser algunos de los mensajes enviados con un acto suicida. Para esto, en la medida de lo posible se debe intentar realizar un diagnóstico correcto del cuadro clínico que está condicionando la crisis suicida, para descartar que este sea la iniciación de una enfermedad psiquiátrica mayor, como un trastorno del humor o una esquizofrenia, y en ello puede desempeñar un papel muy útil la observación de sus juegos y la entrevista médica, la cual debe correr a cargo de un especialista en psiquiatría del niño y el adolescente (Pérez, 1996).

De otro lado, la actitud de la familia ante el intento de suicidio infantil, constituye un dato de suma importancia y cuando sea posible hay que evaluar la capacidad que tienen los padres y las madres para comprender y modificar los factores que han predisuesto o precipitado el intento de suicidio. Por lo tanto, es necesario que la familia comprenda que la conducta suicida siempre indica una adaptación inadecuada y requiere tratamientos psicológicos, psiquiátricos o ambos, según sea la

gravedad del caso y nunca limitarlo a la resolución de la crisis suicida. Se debe evitar que los padres y las madres se ataquen mutuamente, para lo cual se le hace entender que ya la familia tiene un problema, que es el intento suicida del niño o la niña y no se debe sumar uno más, dado por los continuos ataques mutuos, que lo único que pueden conseguir es entorpecer el manejo de la crisis o provocar mayor malestar en el pequeño que puede sentirse culpable a raíz de estos enfrentamientos (Mardomingo, 1994).

De esta manera, la hospitalización del niño o la niña que han intentado contra su vida puede ser una indicación válida si persisten las ideas suicidas, si el intento de suicidio es el principio de una enfermedad psiquiátrica grave, si existe comorbilidad, especialmente el consumo de drogas, alcohol u otras sustancias adictivas, si los progenitores padecen de trastornos mentales de importancia o si el clima emocional familiar no constituye un medio idóneo para que la crisis suicida sea resuelta. De manera general, se puede dividir la biografía de los futuros adolescentes con conducta suicida en tres momentos: 1) Infancia problemática, caracterizada por un elevado número de eventos vitales negativos, tales como abandono paterno o materno, bajas expresiones de afecto de los padres para con sus hijos, hogar roto, muerte de seres queridos por conducta suicida, alcoholismo paterno, depresión materna, dificultades socioeconómicas, abuso sexual, maltrato físico o psicológico, etc. 2) Aumento de los problemas previos con la incorporación de los propios de la edad, como son las preocupaciones sexuales, los cambios somáticos, los nuevos retos en las relaciones sociales, la independencia, la vocación, etc. 3) Etapa previa al acto de suicidio, que se caracteriza por la ruptura de una relación valiosa o un cambio inesperado de su rutina cotidiana, a la cual le es imposible adaptarse de una manera creativa, apareciendo los mecanismos autodestructivos (Mardomingo, 1994).

Por último, teniendo en cuenta que nuestro objeto de estudio son niños entre los siete y los once años, se hace relevante abordar el concepto de niñez intermedia, la cual abarca las edades de nuestro grupo objetivo, definido por Papalia (2005). Este autor propone cinco períodos secuenciales del desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial del niño y el adolescente, así mismo, señala que la

niñez intermedia comprende las edades de 7 a 11 años en la cual ocurren una serie de cambios en su desarrollo. Por otra parte Feldman, (2007) separa el desarrollo en la niñez intermedia, en desarrollo cognoscitivo, desarrollo social y de la personalidad y desarrollo moral, donde destaca que en este último existen diferencias entre niños y niñas.

Alrededor de los siete años, los niños entran una etapa del desarrollo que Piaget, citado por Papalia (2005), llamó etapa de las operaciones concretas. En este periodo, los niños son menos egocéntricos, aplican principios lógicos para situaciones concretas (reales), es decir, pueden considerar diversos aspectos de una situación, sin embargo, aun se limitan a utilizar el pensamiento interno para solucionar problemas que encuentran en el momento presente (aquí y ahora). Es decir, no pueden pensar en términos hipotéticos sobre lo que podría ser, sino en términos concretos solo sobre lo que es. A esto, Piaget, citado por Papalia (2005), lo llamo el desarrollo de un pensamiento lógico pero no abstracto. Los niños entre los 7 y los 11 años son más competentes en las tareas que exigen un razonamiento lógico, como el pensamiento espacial, la comprensión de la causalidad, la categorización, el razonamiento inductivo y deductivo, la conservación y el trabajo con números, al igual que mejoran la memoria y las habilidades de lenguaje. Por su parte, los avances cognoscitivos permiten al niño beneficiarse de la escuela formal (Papalia, 2005).

Además Feldman (2007) citando a Piaget agrega, que una vez que ocupan plenamente el pensamiento operacional concreto los niños muestran varios avances cognoscitivos. Por ejemplo, alcanzan el concepto de reversibilidad, es decir, que los procesos que transforman un estímulo pueden revertirse, regresando a su forma original. Comprender la reversibilidad permite a los niños entender que una bola de arcilla que ha sido amasada en forma de serpiente puede volver a su estado original. También el pensamiento de las operaciones concretas permite a los niños entender conceptos como la relación entre tiempo y velocidad. Pese a estos avances que ocurren en esta etapa los niños siguen experimentando una limitación crucial en su pensamiento; permanecen atados a la realidad física concreta. Además, son incapaces de entender cuestiones verdaderamente abstractas o hipotéticas, o las que requieren de la lógica formal, tales como los conceptos de libre albedrío o el

determinismo.

Así mismo, en cuanto al desarrollo cognoscitivo Feldman (2007) citando a Vygotsky expresa que el autor recomienda que los estudiantes se concentren en el aprendizaje activo por medio de interacciones niño-adulto y niño-niño que caigan dentro de la zona de desarrollo proximal de cada niño. Es decir los niños deberían tener la oportunidad de experimentar y participar activamente con sus colegas en sus experiencias educativas. De igual forma, Feldman (2007) sostiene que durante los años escolares aumenta el control sobre los procesos de la memoria (codificación, almacenamiento y recuperación) y el desarrollo de la metamemoria mejora el procesamiento cognoscitivo y la memorización. Por su parte, el desarrollo del lenguaje en los años escolares es considerable, con mejoras en el vocabulario, sintaxis y pragmática. Los niños aprenden a controlar su conducta mediante estrategias lingüísticas y aprenden de manera más eficaz buscando aclaraciones cuando las necesitan.

De otra parte, el desarrollo social y de la personalidad se caracteriza además por un enfoque en el esfuerzo por cumplir los desafíos presentados por los padres, los compañeros, la escuela y demás complejidades del mundo moderno, etapa a la que Erikson llama de industriosidad. (competencia). El hacerse un lugar para sí mismos en su mundo social produce sentimientos de dominio y aptitud y un creciente sentido de destreza. Asociado con el éxito, más que con la inteligencia o los antecedentes familiares. Los niños tratan de definir su lugar en el mundo más no con la urgencia de la adolescencia; los niños están en la búsqueda de comprender el yo. Empiezan a verse menos en cuanto a atributos físicos externos y más en cuanto a rasgos psicológicos. El uso de rasgos internos para determinar el autoconcepto proviene del incremento de habilidades cognoscitivas. Buscan tareas que puedan realizar con éxito; descubren que son buenos para ciertas cosas y para otras no. Se divide el auto concepto en esferas personal y académica. A la edad de siete años, la mayoría de los niños tiene una autoestima que refleja una visión global y bastante simple de sí mismos. Sin embargo, en la niñez intermedia su autoestima se eleva en algunas áreas y desciende en otras. Por lo general, la autoestima global se eleva durante la niñez intermedia, con una breve

bajada alrededor de los 12 años, (Transición escolar). (Feldman, 2007)

Por otra parte, el desarrollo moral es el resultado de la personalidad, las influencias culturales y las actitudes emocionales, el juicio moral se desarrolla a medida que se despliega el desarrollo cognitivo. Los niños pequeños no pueden emitir juicios morales sólidos hasta haber alcanzado un nivel suficiente de madurez cognitiva que les permita apreciar las cosas desde el punto de vista de otra persona (Papalia, 2005). Por su parte, Feldman (2007) manifiesta que al haber alcanzado la etapa de las operaciones formales los niños son capaces de comprender principios abstractos de moralidad y consideran ciertos casos con conceptos más amplios de moralidad, y del bien y el mal.

Según Piaget citado por Papalia (2005), el desarrollo moral ocurre en tres etapas en las cuales los niños pasan de la obediencia estricta a la autoridad a juicios más autónomos, basados primero en la justicia y posteriormente en la equidad. Esta es una fase de transición en el control del comportamiento, en el que los padres ejercen una supervisión general y en el que los niños realizan una autorregulación en cada momento, refleja un cambio gradual en el control, de los padres hacia el niño. Es por esto, que durante esta etapa los padres asumen una importancia central. También es importante mencionar que en este período el auto concepto se vuelve más complejo, afectando la autoestima.

En cuanto al desarrollo físico, se observa que durante este periodo disminuye el ritmo de crecimiento, se incrementa la fuerza y mejoran las habilidades atléticas. Así mismo, Kohlberg citado por Feldman (2007), sugiere que el desarrollo moral surge con una secuencia de tres niveles, la cual se subdivide además en seis etapas. En el nivel más bajo, *moralidad preconvencional* (etapas 1 y 2), la gente sigue las reglas rígidas basadas en castigos o recompensas. En el siguiente nivel, el de la *moralidad convencional* (etapas 3 y 4, los individuos abordan los problemas morales según su posición como miembros buenos y responsables de la sociedad. Por último, los individuos que usan la *moralidad posconvencional* (etapas 5 y 6) invocan principios morales universales considerados más amplios que las reglas de la sociedad en la que viven.

La teoría de Kohlberg propone que las personas pasan por los periodos del desarrollo moral con un orden fijo y no alcanzan la etapa superior hasta la adolescencia, debido a las deficiencias del desarrollo cognoscitivo que no se superan hasta entonces. Sin embargo, no se supone que todos llegan a las etapas más altas: Kohlberg encontró que el razonamiento posconvencional es relativamente escaso. Finalmente, en cuanto al desarrollo moral, Feldman (2007) citando a Carol Gilligan, psicóloga (1982; 1987), destaca las diferencias que pueden existir en cuanto a este entre niños y niñas diciendo que la autora sugirió que la diferencia en la manera de educar a los niños y las niñas en nuestra sociedad da lugar a variaciones básicas en el modo de ver la conducta moral. Según ella, los niños ven la moralidad basándose principalmente en principios amplios como la justicia y la equidad, mientras que las niñas la ven en referencia a la responsabilidad hacia los demás y la disposición a sacrificarse para ayudar a alguien en especial dentro de sus relaciones particulares. Por lo tanto, la comparación es un factor más destacado en la conducta moral de las mujeres que en la de los hombres.

La autora considera además que la moralidad se desarrolla entre las mujeres en un proceso de tres etapas. En la primera etapa, llamada “orientación hacia la supervivencia individual”, las mujeres se concentran en lo que es práctico y mejor para ellas, y de manera gradual hacen una transición del egoísmo a la responsabilidad, en la cual piensan en lo que podría ser mejor para los demás. En la segunda etapa, llamada “bondad como autosacrificio”, las mujeres empiezan a pensar que deben sacrificar sus propios deseos por lo que las otras personas desean. De manera ideal, las mujeres hacen una transición de la “bondad” a la “verdad”, en la cual toman en consideración sus propias necesidades y las de los demás. Esta transición da lugar a la tercera etapa, “moralidad de la no violencia”, en la cual las mujeres llegan a considerar que es inmoral lastimar a cualquiera, incluyendo a sí mismas. Eso establece una equivalencia moral entre ellas y los demás y representa, de acuerdo con Gilligan, el nivel más sofisticado de razonamiento moral.

Feldman (2007), expresa que las secuencias de etapas de Gilligan y Kohlberg son muy diferentes, y algunos estudiosos sugirieron que el rechazo del trabajo de Kohlberg es demasiado

radical y que las diferencias de género no son tan pronunciadas como se pensó en un principio.

Por último, se hace importante hablar sobre cómo son las relaciones que establecen los niños y las niñas en la niñez intermedia. Sobre esto Feldman (2007) opina que el modo en que los niños conciben la amistad pasa de compartir actividades agradables, a considerar rasgos de la personalidad que satisfacen sus necesidades, y luego a centrarse en la intimidad y la lealtad. La confianza mutua es la pieza clave de la amistad durante esta edad. Las amistades en la niñez muestran jerarquía de estatus; entendido como la valoración del papel o la persona por parte de los miembros relevantes de un grupo, así como el poder social que tiene un miembro. Las mejoras en la solución de problemas sociales y en el procesamiento de la información social dan lugar a mejores habilidades interpersonales y a mayor popularidad. Progresivamente los niños y las niñas hacen amistades del mismo género, los niños en relaciones grupales y las niñas por parejas de igual estatus. Aunque los grupos del mismo sexo dominan la niñez intermedia, cuando los niños y las niñas hacen incursiones ocasionales en el otro territorio, a menudo se debe a insinuaciones románticas. Según esto se hace importante hacer buena empatía con los niños y las niñas a la hora de trabajar o indagar sobre un tema, ya que dependiendo de las relaciones que se logren hacer con ellos y ellas, el trabajo podrá ser más productivo.

Todos estos cambios señalados por Papalia (2005) y Feldman (2007), permiten que las percepciones de los niños, en esta etapa, sean mucho más elaborados y puedan construir conceptos e ideas sobre un fenómeno en específico, como lo es el suicidio.

A partir de estos referentes teóricos, surge la pregunta sobre la percepción del suicidio que tiene de un grupo de niños que están pasando por la etapa de la niñez intermedia, descrita por Papalia (2005) y Feldman (2007), en tanto que, aunque son muchas las investigaciones que se han hecho sobre el tema del suicidio, se hallaron muy pocas sobre el tema específico, es decir sobre el suicidio en infantes y de manera especial en la etapa que aquí describimos, por lo tanto, nos adentramos en este complejo fenómeno que en la actualidad afecta de manera cuantiosa la población mundial.

0.3. *Objetivos*

0.3.1. *Objetivo General*

Identificar y comprender la percepción que tienen del suicidio niños que están pasando por la etapa de la niñez intermedia (7 a 11 años).

0.3.2. *Objetivos Específicos*

Identificar y comprender la definición que tienen del suicidio niños que están pasando por la etapa de la niñez intermedia (7 a 11 años).

Identificar y comprender las causas que llevan al suicidio para niños que están pasando por la etapa de la niñez intermedia (7 a 11 años).

Identificar y comprender las consecuencias que trae el suicidio para niños que están pasando por la etapa de la niñez intermedia (7 a 11 años).

Identificar y comprender las alternativas para prevenir el suicidio para niños que están pasando por la etapa de la niñez intermedia (7 a 11 años).

0.4. Categorías de análisis

Las categorías descritas a continuación se eligieron teniendo en cuenta la documentación bibliográfica que se realizó a propósito del tema de investigación y la importancia que tiene cada categoría aquí expuesta, dentro de los parámetros que se han de indagar.

Percepción: función psíquica que permite al organismo a través de los sentidos recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto. (Psicoactiva.com). Se indagaron cuatro subcategorías claves: definición, causas, consecuencias y alternativas de prevención (Consuegra, 2004).

Subcategorías:

Definición Suicidio: “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, 1971). Dentro de la definición se tendrá en cuenta los medios utilizados para llevarlo a cabo.

Causas del suicidio: Se comprenden como causas, los factores externos o internos que ocasionan que una persona atente contra su propia vida, dentro de estos podrían estar factores familiares, relacionales, académicos y socioeconómicos. Las causas familiares incluyen aspectos determinantes en el círculo familiar relacional en el cual se encuentra el sujeto, desde problemas maritales como con los padres, hermanos y sujetos que conviven con la persona implicada en el suicidio. Las causas relacionales hacen referencia a las relaciones personales que maneja la persona que atenta contra su vida, como amistades y relaciones de pareja. Las causas académicas hacen mención a los factores escolares que puedan conllevar a que una persona piense en el suicidio. Finalmente las causas socioeconómicas hacen referencia a factores como el dinero, los acreedores y/o deudas que puedan ocasionar en el individuo una situación sin “salida” que le inviten a terminar con su vida.

Consecuencias: En el presente estudio, las consecuencias del suicidio hacen referencia a aquellas secuelas que subsisten luego que una persona atenta contra su vida, estas derivaciones se vislumbran en diferentes dimensiones del individuo como la familiar, social, escolar, así como aquellas secuelas que quedan en el mismo individuo en el caso que quede vivo.

Alternativas de prevención: Las alternativas hacen referencia a las opciones que pueden existir o deberían realizarse por parte de todos los estamentos sociales incluida la persona que contempla quietarse la vida para evitar el acto, desde el ámbito familiar, escolar y social.

1. Método

1.1. *Diseño*

El presente trabajo investigativo es un estudio no experimental de tipo descriptivo transversal, de acuerdo a la clasificación establecida por Hernández, Fernández y Baptista (1991), con niños que están viviendo la etapa de niñez intermedia. Se buscó a partir de la perspectiva de ellos encontrar elementos para comprender como lo definen, que casusas consideran que lo generan, las consecuencias que trae y las maneras de poder evitar que se dé.

Un estudio cualitativo como este, se caracteriza por partir de un foco de interés con algunos tópicos determinados a indagar y que da cabida a que puedan emerger conceptos nuevos importantes. El interés fue conocer, comprender, interpretar y así describir los significados o vivencias de las personas desde su subjetividad, es decir, desde la vivencia particular de la persona o grupo de personas que lo viven y que constituyen el objeto de estudio. Facilita un mayor acercamiento por parte del investigador y por ser fluida y flexible en su desarrollo permita un acercamiento profundo a la problemática trabajada. (UNAD, 2000).

1.2. *Instrumentos*

Se utilizó la creación de historias a partir de escenarios contruidos a propósito para obtener la percepción acerca del suicidio, alrededor de las categorías establecidas para la presente investigación, esto fue guiado por la entrevista semiestructurada que se encuentra en los anexos.

1.3. *Participantes*

Se seleccionó una muestra de propósito de 33 niños y niñas, que se encuentran cursando primaria en un colegio de Bogotá cuya edad está entre siete y once años, es decir que están viviendo la niñez intermedia, organizados por edad y género.

1.4. *Procedimiento.*

El procedimiento de este trabajo de grado se llevó a cabo en 6 fases:

Fase I. Contacto con el colegio y los padres de familia: se estableció contacto con la dirección, por medio de la orientadora del colegio buscando el permiso para realizar la investigación y se envió a los padres de familia una circular con el fin de obtener su consentimiento informado.

Fase II. Acercamiento a la población: Una vez contactado el grupo, se realizaron visitas de acercamiento a la institución, en este periodo se pretendió hacer un proceso de familiarización a fin de obtener una mayor confianza y especialmente conocimiento de los niños.

Fase III. Aplicación de los instrumentos: Una vez seleccionados los participantes, y realizado el proceso de acercamiento, se procedió a aplicar la entrevista semi estructurada individualmente. Estas entrevistas fueron registradas en una grabadora y se realizó una sesión con cada infante.

Fase III. Sistematización de la información recolectada y análisis de resultados: Durante esta fase se realizó los protocolos o transcripciones de cada entrevista. Después se procedió a sistematizar los resultados por medio de una matriz, en la cual se clasificaron los contenidos de los relatos en las categorías y subcategorías correspondientes, para que así se facilitara el análisis de cada entrevista y se lograra también, encontrar divergencias y convergencias entre los relatos de los y las infantes.

Fase IV. Discusión: Se realizó un escrito crítico y argumentativo que contiene las reflexiones, conclusiones y propuestas que surgieron del análisis de los resultados encontrados, a la luz de los fundamentos teóricos descritos anteriormente.

Fase V. Devolución de los Resultados: Durante esta fase se realizará un taller con la psicorientadora del colegio, por medio del cual se hará una presentación de los resultados obtenidos dentro del estudio, de manera que así conozca qué logros se obtuvieron con la información que suministraron los y las niñas.

2. Resultados

A partir de la aplicación del instrumento, se obtuvo información que fue organizada de acuerdo a la categoría y subcategorías planteadas en esta investigación. Lo anterior fue posible, mediante el diseño de una matriz de análisis, que permitió contrarrestar las subcategorías de análisis con las respuestas otorgadas por los infantes. A continuación, se presentará un resumen de esta matriz mediante cuadros descriptivos, en donde cada uno de éstos comprende subcategorías, edades y género de los participantes. (Ver Anexos 1 y 2)

3. Discusión

Desde la perspectiva de la salud pública y del ciclo vital se analizarán y discutirán los hallazgos más relevantes del presente estudio. Es importante puntualizar que el nivel socioeconómico de los niños y niñas que colaboraron es estrato 1 y 2, estudian en un colegio público y se encuentran cursando entre 2 y 5 primaria.

A nivel general es posible afirmar en primer lugar que los niños y niñas tienen un gran conocimiento del tema de suicidio porque identifican y describen con detalle tanto su definición, como los métodos utilizados, así como las posibles causas, consecuencias y alternativas que son señaladas en la literatura científica existente acerca del tema. Lo cual puede explicarse por una gran exposición a los medios de comunicación y/o por vivir una experiencia cercana bien sea en su medio familiar o escolar.

Los niños y niñas de 7 a 9 años tienen conocimiento del concepto de suicidio, en tanto que todos refieren al hecho de quitarse la vida uno mismo hablando todo el tiempo de suicidio consumado y dejando por fuera el no consumado. Sus descripciones son de situaciones concretas acordes al pensamiento de esta edad destacándose un mayor detalle en el de las niñas.

Lo cual cambia en los niños de 10 y 11 años quienes señalan tanto el consumado como el no consumado destacando en este último la planeación del hecho precedida de una decisión y señalando las niñas la intención de llamar la atención por parte de quien hace el intento. Las verbalizaciones son más sintéticas y se expresan con mayor claridad respecto a los niños de 7 a 9 años, siendo evidente un mayor desarrollo a nivel de pensamiento.

En últimas la presente investigación puede afirmar que los niños y niñas que atraviesan la niñez intermedia tienen claro el concepto de suicidio consumado como el quitarse la vida uno mismo producto de una decisión que conlleva una planeación para su realización. Resultado similar al encontrado por Viñas, F. & Doménech, E. (1999) en dos grupos de niños entre 8 y 12 años con ideación suicida en contraste con un grupo de control (sin ideación suicida) en cuanto a que el 75% de los niños participantes en dicho estudio entienden y describen correctamente el significado de la

palabra suicidio, definiendo “como matarse uno mismo”.

En cuanto a los métodos utilizados los niños de 7 a 9 años describen detalladamente el método y lo que genera en quien se va a suicidar. Señalan: cuerdas para ahorcarse, “matarse” con un cuchillo, venenos, pastillas, tirarse de una ventana o de un puente, colgarse de un árbol, darse un tiro con una pistola, quemarse, desnucarse, cortarse las venas. Los métodos descritos por los niños tienen un mayor número de medios utilizados. Es posible afirmar que saben cómo lograr que se dé un suicidio y cuales métodos serian más eficaces. Un elemento importante que aparece es que nombran la intención del suicida de que el hecho sea presenciado por sus pares en el ámbito escolar

En los niños de 10 a 11 años los métodos mencionados van desde tirarse de un edificio, tomarse unas pastillas en dosis excesivas, ahorcarse, cortarse las venas y desangrarse, dispararse con un arma, tomarse un veneno, cortarse con un vidrio. Enumeran los métodos como naturalizando la situación y al parecer disminuyendo con ello el impacto que podría generarles.

Se puede afirmar que los mecanismos y/o métodos mencionados reiterativamente en todas las edades que comprenden la niñez intermedia fueron el cuchillo, cortase las venas, armas para dispararse, ahorcamiento con sogas e ingerir altas dosis de pastillas, demostrándose con esto que tienen claros los métodos que pueden ser eficaces para terminar con la vida.

Este resultado es similar al encontrado por Pérez, (1996), quien señalo que los niños y las niñas entre 7 y 12 años, tienen conocimiento claro de los métodos mediante los cuales una persona se puede autolesionar y clarifica que dichos métodos pueden ser sogas, cuchillos, armas de fuego, tabletas de cualquier tipo, combustibles, sustancias tóxicas y otros venenos, etc. De hecho los estudios destacan que las niñas ante una situación desestabilizadora, consideran la ingesta de medicamentos como mecanismo para la posible solución a dicha situación, mientras que los chicos suelen optar por reacciones agresivas y consumo de alcohol y otras drogas (Mardomingo, 1997).

Causas

Las causas son las que mayor despliegue tienen en los niños y niñas siendo evidente una especial tendencia a señalar que el suicidio siempre tiene una explicación referida a causas

personales, familiares o sociales que conducen sin remedio al acto suicida. En las que parecería que el “suicida” se convierte en una víctima de las circunstancias que le generan problemas irremediables.

Dentro de las causas señaladas por los niños y niñas de 7 a 9 se encuentra:

Dificultades para resolver problemas económicos y sentimentales. En los económicos nombran las deudas y en los sentimentales el matrimonio del papa con otra mujer, papa engañado por la esposa y su mejor amigo, esposo no la quiere, no es correspondido en el amor, porque va a perder a la mujer que ama por su culpa, porque perdió la mujer

Problemas familiares: niños que los encierran y no los dejan salir, les pegan mucho, castigo de los padres, falta de afecto de los padres hacia el hijo,

Problemas en el colegio: niños a los que les va mal en los exámenes, rechazo o burlas de los compañeros, dificultades en el colegio, el profesor que señala a los niños.

Eventos vitales desencadenantes: muerte de un hijo, muerte de un familiar o una persona muy significativa

Problemas psicológicos-emocionales: tristeza, aburrimiento, llanto, malas relaciones con otras personas, como consecuencia de matar a otro, culpa por pensar o hacer algo malo, esta culpa entendida desde la concepción religiosa del pecado.

Sociales: críticas que bajan autoestima, subvaloración de las personas,

Los niños nombran especialmente el aspecto emocional centrado en la tristeza y la sociedad. Los de menor edad tienden a construir historias fantasiosas. Las niñas por su parte mencionan aspectos emocionales – relacionales conectados con la realidad llena de conflictos y violencia.

Las causas dadas por los niños y niñas de 10 y 11 años pueden clasificarse de la siguiente manera:

Dificultades para resolver problemas económicos y sentimentales. Dificultades económicas de la familia. En lo sentimental: rechazo afectivo decepciones amorosas, infidelidad, peleas con novias, abandono por parte de la pareja

Problemas familiares: indiferencia emocional de las personas significativas, maltrato en la familia, rechazo por parte de sus papas, venganza por ser abandonado.

Problemas en el colegio: problemas de rendimiento académico, ataques a la apariencia personal de los compañeros, rechazo al colegio por no contar con el apoyo de los papas, intimidación

Eventos vitales desencadenantes: muerte de personas significativas.

Problemas psicológicos-emocionales: tristeza y aburrimiento, remordimiento por portarse mal.

Sociales: drogadicción, alcoholismo, guerrilla, delincuencia, pobreza, matoneo, abuso sexual, acoso sexual y pandillas emos.

El panorama descrito coincide con las causas que especifican autores como Wasserman (2001), Pérez (1996), Robins (1981), Morton (1985), Vásquez (1994), Mardomingo (1994), quienes señalan que las causas que incitan a que una persona atente contra su propia vida van desde factores internos hasta externos, los cuales comprenden factores familiares, relacionales, académicos, socioeconómicos y culturales.

En síntesis podría decirse que los niños y niñas que están atravesando la niñez intermedia nombran especialmente como causas del suicidio las dificultades y violencia que se da a nivel social, de la pareja, padres-hijos, compañeros de colegio, profesores y en especial nombran en forma reiterativa los que tienen que ver con rendimiento académico y la intimidación en el contexto escolar como causantes del suicidio. Coincidiendo con los factores desencadenantes de suicidio descritos por otros autores (Robins, 1981; Morton, 1985) y con las preocupaciones propias de la etapa de industriosidad (competencia) descrita por Erikson en la que los niños centran sus intereses y acciones en el esfuerzo por cumplir los desafíos presentados por los padres, los compañeros, la escuela y demás complejidades del mundo moderno Feldman (2007) y Papalia (2005) .

Tanto en los niños como en las niñas los protagonistas son hombres agresivos que terminan haciéndose daño a sí mismos. Los niños tienden a nombrar causas de orden social y las niñas por su

parte de orden familiar, siendo evidente una mayor tendencia a manejar elementos de la realidad del contexto social, familiar o escolar cargados de carencias afectivas y relaciones maltratantes especialmente en la familia y en el colegio, en la medida que tiene más edad el niño o la niña. Destacándose que los conflictos se van complejizando, acompañados de una gran carga emocional y de contrastes que perciben ellos, generan situaciones complicadas y peligrosas que pueden llevar al suicidio.

Las causas relacionadas por los participantes en esta investigación muestran la presencia de un gran número de factores de riesgos descritos ya en investigaciones previas que merecerían especial atención para el diseño de programas de prevención. En especial el sentirse solos, sin amigos o no ser aceptado, señalados como causas relevantes en el presente estudio a las cuales se le debe prestar especial mayor atención por parte del medio inmediato como una causal de suicidio (Fonnegra, 1999).

Así como las causas mencionadas en la investigación realizada por Vásquez, R. (1994) acerca del intento de suicidio en un grupo de pacientes menores de 10 años, son los mismos que señalaron los niños de la presente investigación, entre los que se destacan conflictos familiares reiterados, expresados en constantes discusiones con sus padres. Así mismo, antecedentes familiares en los que se hallaron problemas de alcoholismo e intento de suicidio en algunos de los progenitores. Por otro lado, dificultades escolares, manifestadas en bajo rendimiento escolar, así como dificultades económicas que conllevan a que los niños sientan que son una carga más para sus padres

De nuevo aparecen las creencias religiosas especialmente en los niños para explicar la causa del suicidio desde la culpa o el remordimiento por haber pensado o hecho algo “malo”, refiriéndose al pecado, esto puede explicarse desde la influencia de las creencias religiosas ya que se hizo explícito en estos participantes.

Consecuencias

En cuanto a las consecuencias puede plantearse que tanto niños como niñas de 7 a 11 años

coincidieron en destacar de manera reiterativa los efectos que el suicidio tiene para la familia en cuanto a la tristeza que se genera y al vacío que deja la ausencia del que ya no está. Las niñas destacan los proyectos que no se van a poder realizar por la partida de la persona y el sentimiento de culpa que puede tenerse por sentirse responsable del suicidio.

Destacan el llanto y el sufrimiento como las principales manifestaciones tanto de familiares como de personas cercanas. Plantean que puede generarse suicidios en cadena a partir uno consumado.

Como parte del proceso de duelo que vive una familia después del suicidio señalan que vive una mezcla de rabia, tristeza, dolor y angustia. Algunos piensan que la familia nunca se logra recuperar y que se pueden presentar suicidios en cadena. Otros consideran que si se consigue superar la pérdida después de un tiempo e incluso destacan que existen casos en que el suicidio podría ser un descanso para las personas cercanas.

Es importante destacar la aparición permanente de aspectos religiosos en los cuentos narrados por niños y niñas en cuanto a lo que sucede a la persona después de muerta, en lo que se destaca la creencia del cielo y el infierno, al igual que del premio y el castigo por portarse bien o mal.

Piensan aludiendo a lo religioso que debe existir culpa en los que realizaron el suicidio porque podrían entender que ese acto era malo, así pueden ir al cielo o al infierno dependiendo de cómo se portara en la tierra. Los niños y niñas mayores expresaban que el suicidio es un pecado y su “castigo” es irse para el infierno.

Los niños de 10 y 11 años además de la familia destacan a los amigos y a la pareja en particular. Hacen especial mención de la culpa en las personas cercanas y las promesas que surgen de cambiar los comportamientos que consideran llevaron al suicidio, entre ellas no maltratar a otros y quererlos más. Destacan el castigo que recibirán estas familias bien sea que queden penando o se enloquezcan. Siempre buscaran una razón para tratar de comprender lo sucedido aunque nunca logre explicarlo. Describen los ritos religiosos derivados de la muerte por suicidio.

Las consecuencias descritas por los niños participantes en la presente investigación coinciden con lo señalado por Geo Stone (2003) acerca de las consecuencias que acarrea el suicidio. Existe la tendencia social a negar el hecho y por otra parte las reacciones emocionales ante el conocimiento de un suicidio suelen pasar desde la estupefacción y sorpresa macabra, hasta la consumación de otro suicidio. Así mismo, también se tiende a buscar culpables para poder dar una explicación lógica y aceptable a la muerte de alguien, y como consecuencia de todo ello, se van arraigando mitos y falsas creencias que reafirman la actitud de negación y censura hacia el suicidio.

Alternativas

Dentro de las alternativas plantean las acciones que se podrían hacer directamente con la persona, así, consideran que la mejor manera de prevenir el suicidio es evitar que la persona lo realice con la intervención de un tercero que contenga físicamente al suicida o lograr que se arrepienta.

De igual manera destacan las acciones de terceros como padres, profesores o psicólogos, quienes deben brindar apoyo emocional.

Las niñas por su parte piensan que lo que se debería hacer es atacar las causas que conducen a que una persona piense en suicidarse. Debe entonces darse un mejoramiento de las relaciones familiares en las que la persona se sienta querida, acompañada y protegida. De igual manera deberían mejorarse las relaciones las relaciones afectivas, de pareja, la comunicación y la situación económica. En especial debería enseñarles a los papás el manejo de las situaciones escolares. Esta posición de las niñas quizás se debe a la maduración precoz que les hace captar e interiorizar antes que a los varones los problemas propios del mundo de los adultos y muy especialmente la conflictividad de las relaciones interpersonales (Mardomingo, 1997).

Todos quieren soluciones donde se den finales felices en las que se logre mágicamente transformar la situación que desencadenó el suicidio.

Lo anterior, lleva a concluir que los niños y niñas que atraviesan la niñez intermedia,

exponen alternativas viables que pueden ayudar a prevenir un suicidio, señalando hechos concretos, como los que podría sugerir un adulto.

Para finalizar, es posible afirmar que la temática del suicidio es definida, entendida y/o comprendida por los niños y niñas de igual forma como lo hacen los adultos, ya que como se pudo identificar a partir de los resultados hallados en esta investigación los niños y niñas que se encuentran en la etapa de niñez intermedia tienen conocimiento de este concepto y es identificado a partir de las definiciones, mecanismos, causas, consecuencias y alternativas que ellos manifiestan en cada una de las historias. Sin embargo, se encontraron algunas diferencias entre las edades y el género, pues en las narraciones de los niños y niñas mayores (de nueve a once años), se identificaron percepciones y conceptos mucho más elaborados que vislumbraban una mayor comprensión del fenómeno trabajado, pudiéndose decir que a mayor edad, mayor complejidad en la elaboración, lo que puede ser explicado desde los cambios a nivel físico, cognoscitivo y psicosocial por los que atraviesan (Papalia, 2005; Feldman, 2007)

Por otro lado, se evidenció que las narraciones de las niñas eran mucho más detalladas y específicas que la de los niños, pues hacían alusión a aspectos micro de las problemáticas, mientras que los niños elaboraron historias con descripciones macro de los sucesos. De igual forma, en las niñas se identificó una mayor fluidez verbal, ya que su proceso madurativo va mucho más rápido.

Algunas de las convergencias entre ambos géneros, fue el desarrollo del concepto de suicidio, los mecanismos y que ambos poseen un mayor desarrollo de causas. Dentro de dichas convergencias, más específicamente frente a los mecanismos, surge la preocupación de que los niños y niñas tengan un conocimiento claro de los artefactos que se pueden emplear para suicidarse y la facilidad que tienen para acceder a los mismos. Especialmente la mención que realizan de armas cortopunzaste con mayor énfasis cuchillos que quizás ameritarían ser tenido en cuenta para programas de prevención.

Así mismo, en los resultados se observó que los conflictos planteados eran de adultos pero la vivencia es de la niñez, aspecto que genera inquietud, puesto que los infantes se consideran una

población susceptible al suicidio, debido a que no se encuentran ajenos a este fenómeno. Todo esto, relacionado con las causas que señalan los niños y niñas, debido a que éstas son afines a sus vivencias cotidianas.

Es relevante mencionar de nuevo que la población que participó en este estudio, son niños y niñas de estratos socioeconómicos bajos (1 y 2), quienes viven en un contexto social de mayor vulnerabilidad, puesto que se presentan altos índices de violencia y pobreza. De aquí, que éste tenga una alta influencia en las construcciones de los conceptos trabajados, lo cual contribuye a que los infantes tengan una mayor comprensión de esta temática y hagan elaboraciones sobre problemáticas sociales que son presenciadas en su realidad. Por lo tanto, sería pertinente realizar investigaciones futuras que intervengan en estratos socioeconómicos altos, lo que permita identificar si existen diferencias significativas frente a la comprensión y elaboración de los conceptos y percepciones que enmarcan el suicidio, de acuerdo con el contexto en el que se vive.

De hecho, Mardomingo, (1994) destaca que la influencia que tiene el contexto en el que se encuentre un niño o niña influye en su conocimiento y elaboración de conceptos que le permiten comprender el mundo. Específicamente, para que los niños y niñas de esta edad, tengan conocimiento del concepto de suicidio, es porque tal vez han tenido alguna experiencia sobre el tema mediante la visualización de este tipo de actos en la televisión, sea a través de programaciones para los adultos o dirigidos a los niños y las niñas (muñequitos o comics). Otras veces, el concepto se va adquiriendo mediante diálogos con compañeros de su propia edad, que han tenido familiares suicidas o por conversaciones que escuchan a los adultos. En sus concepciones sobre el suicidio, en el niño se entremezclan creencias racionales e irracionales, articuladas y lógicas y poco coherentes y comprensibles.

Por último, y de manera significativa se destaca el aspecto religioso, pues a lo largo de los resultados se evidenció como éste influye en la percepción y concepción que tienen los niños y niñas sobre el suicidio, ya que éste es visto como un factor fundamental a la hora de definirlo y señalar las consecuencias que éste fenómeno trae para las personas; para todos los infantes existe

una vida después de la muerte, la cual es determinada e influenciada por la religiosidad. Sin embargo, es relevante indicar que este aspecto puede ser visto como un factor protector, ya que otorga una visión negativa y sancionatoria del suicidio. Más aún, las autoras del presente trabajo investigativo, tomaron este factor para hacer el cierre en las intervenciones con los niños y niñas que fuera posible utilizar este recurso.

Referencias

- Ceballos, G. (2003). Características De Las Personas Que Consumaron Suicidio En La Ciudad De Santa Marta durante el año 2002: Un Informe De Casos. *Asociación Colombiana para el Avance de las Ciencias de Comportamiento*. Recuperado el 28 de agosto de 2008, en <http://www.abacolombia.org.co>
- Centro de estudios de población CENEP (2000). *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva de Buenos Aires*. Recuperado el 01 de agosto de la página Web de la Organización Mundial de la Salud <http://www.paho.org/Spanish/>
- Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (2000). *Manual del nuevo sistema de variables de lesiones de causa externa*. Santa Fe de Bogotá.
- Centro Regulador de Urgencias (2001). *Informe sobre el Consumo de Substancias y disfunción familiar: factores asociados a los intentos de suicidio en menores de 20 años*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.
- Clemente, M. González, A. (1996). *Suicidio: Una alternativa social*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Consejo Eclesial de la Iglesia Evangélica Luterana en América (1999). *Prevención del Suicidio*. Recuperado el 4 de septiembre de 2008, del sitio Web del Concejo eclesial: <http://www.elca.org/dcs/suicidio.html>.
- Consuegra, N. (2004). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Ecoe ediciones.
- Cruz, F. Roa, V. Sepúlveda, G. (2005). Intento Suicida en Niños y Adolescentes. *Revista Gaceta médica espirituana [online]*, 9 (2). 23 – 35.
- Durkheim, E. (1971). *El Suicidio*. Buenos Aires; Schapir.
- Escobar. T. (1998). *Morir como el ejercicio final de derecho a una vida digna*. Bogotá: El Bosque.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. Mc Graw Hill. México.
- Franco. E, Toro, J. (2002). *La eutanasia: Estimación del sufrimiento*. Bogotá: Universidad Libre.

- Fonnegra de Jaramillo, I. (1999). *De Cara a la Muerte: cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir con plenitud*. Bogotá: Intermedio Editores.
- Fremouw, W., Perczel, M., Ellis, T. (1990). *Suicide risk: Assessment and response guidelines*. Chicago: Pergamon Press.
- Fundamor (2002). *Epidemiología del Suicidio en Colombia y otros Países*. Recuperado el 10 de septiembre de 2008, del sitio Web de Fundamor <http://www.fundamor.org.co/paises/europa.htm>.
- García, S. (2003). La evaluación del aprendizaje matemático. *Agenda académica*, 10, (1). Recuperado el 13 de septiembre de 2008, de la página Web <http://www.googleacademico.com>.
- Geo Stone (2003). *Los Hechos del Suicidio: La sociología, psiquiatría, y biología estudiando el suicidio*. Recuperado el 10 de septiembre de la Web <http://www.w3.org/TR/REC-html40/loose.dtd>.
- Larraguibel, M., Martínez, V., Valenzuela, R., González, P. & Schiattino, I. (2001). Intento de suicidio en adolescentes. *Factores asociados. Psicopatología*, 21 (4), 237 – 253. Recuperado el 15 de septiembre de 2008 de la base de datos Scielo.
- Mardomingo, M. (1998). Los intentos de suicidio. En Rodríguez, J. (Eds.) *Psicopatología del niño y del adolescente*. (pp. 709 – 714). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Mardomingo, M. (1997). El Suicidio en la Adolescencia. *Revista Razón y Fe: Revista Hispanoamericana de Cultura*, 235 (1). 56-71.
- Mardomingo, M. (1994). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Ed. Diaz de Santos.
- Maris, R. (1986) *Biology of suicide*. Nueva York: The Guilford Press.
- Maris, W., Berman, A., Yufit, J. (1992). *Assessment and prediction of suicide*. Nueva York: The Guilford Press.
- Montenegro, H. & Guajardo, H. (2000). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Santiago de Chile: Mediterranean.

- Morton, L. (1985). *The suicide syndrome: Origins, manifestations and avallation of human self – destructives*. Nueva York: Human Science Press
- Organización Panamericana de la Salud (2005). El suicidio. *Revista LatinSalud*. Recuperado el 12 de agosto de 2008, de <http://www.latinsalud.com>
- OPS/OMS Colombia (2000). *Informe Mundial sobre Violencia y Salud*. Recuperado el 10 de septiembre de 2008 de la página Web de la Organización Panamericana de Salud <http://www.col.ops-oms.org/noticias/violenciaplan.asp>.
- Papalia, D. (2005). *Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.
- Peña, L., Casas, L., Padilla, M., Gómez, T. & Gallardo, M. (2002). Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes y jóvenes. *Revista cubana medica militar*, 31(3). 182-187.
- Pérez, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34 (3), 386-394. Recuperado el 20 de agosto de 2008 de la base de datos Scielo.
- Pérez, S. (1999) El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana médica para gente integra*, 15 (2), 196-217. Recuperado el 20 de noviembre de 2008 de la base de datos Scielo.
- Pérez, S. (1996). Factores de riesgo suicida en la adolescencia. *Revista Psiquiátrica del Uruguay*, 11 (4). 318-25.
- Preocupa suicidios de niños en Colombia (2000). Recuperado el 4 de octubre de 2008 de la página web <http://www.noticierostelevisa/internacionales.tv>.
- Ramírez, M. (1998). *La Horrorosa Belleza del Suicidio*. Recuperado el 15 de septiembre de 2008 de la Web <http://www.psiconet.com/ramirez/articulos2/suicidio.html>.
- Robins, E. (1981). *The Final Months: A Study of the Lives of 134 Persons Who Committed Suicide*. Nueva York: Oxford University Press
- Rojas, E. (1984), *Estudios sobre el Suicidio*. Barcelona: Salvat Editores
- Sánchez, R, Orejarena, S, & Guzman, Y. (2004). Características de los suicidas en Bogotá: 1985-

2000. *Revista de Salud pública*, 6 (3). 217-234. Recuperado el 10 de agosto de 2008 de la base de datos Scielo.

Sánchez R. Guzmán Y. & Cáceres H. (2005). Estudio de la imitación como factor de riesgo para ideación suicida en estudiantes universitarios adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría*, 34 (1). 12-25. Recuperado de la base de datos Scielo.

Shea, S. (1999). *The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide For Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors*. Los Ángeles: Jhon Wiley & Sons, Inc.

Talak, A. (2001). Estudio Sociológico de las Creencias en Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia*, 19 (1). Recuperado de la página Web <http://www.psi.uba.ar/investigaciones/secretaría/articulos/relativismo.htm>.

Vallejo, J. (1991). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Bulbena, A. (Eds), *Urgencias psiquiátricas*. (pp. 714 – 720). Barcelona: Salvat Editores.

Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vásquez, R. (1994). *El Intento de Suicidio en Niños Pequeños*. *Revista Colombiana de Psiquiatría* Vol. 23, no. 4 (1994), p. 279-285.

Viñas, F. & Domenech, E. (1999) El concepto de muerte en un grupo de escolares con ideación suicida. *Revista de psicología general y aplicada*, 52 (1). 89 – 104. Recuperado El 20 de noviembre de 2008 de la base de datos Scielo.

Waserman, D. (2001). *Suicide an unnecessary death*. Stockholm: Swedish National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill Health.

Apéndices

Apéndice A. Formato guía para la entrevista semiestructurada

Descripción

Vas hacer cuatro historias acerca de personas que se suicidan. Para hacerlas puedes utilizar todos estos materiales.

Sobre la historia se hacen las siguientes preguntas si el niño no lo hace espontáneamente:

1. Por qué dices que este es un suicidio?
2. Existen otras maneras de suicidarse?
3. Por qué crees que esa persona se suicido?
4. Qué crees que les pasa a las personas que se suicidan?
5. Que paso con la familia de esta persona?
6. Al final de cada historia pedirle al niño que le ponga un titulo.

Ahora escoge una de las historias que hiciste y vas hacer otra historia en la que muestres que se hubiera podido hacer para que esta persona no se suicidara.

Apéndice B. Formato utilizado de consentimiento Informado del Participante



INSTITUCION EDUCATIVA DISTRITAL
“ALFREDO IRIARTE”
LOCALIDAD 18 RAFAEL URIBE URIBE



Fecha: Bogotá, Marzo 30 de 2009
Asunto: INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD JAVERIANA

Estimados Padres de Familia: Reciban un cordial saludo.

La rectoría autorizó la realización del presente estudio. Les solicitamos su colaboración llenando el formato anexo y enviarlo con su hijo para que lo entregue a la profesora del curso al que pertenece **antes del viernes 3 de Marzo del año en curso.**

Myriam Luz Mora Cely

Psico.orientadora Jornada Tarde

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El suicidio de niños en Bogotá ha aumentado en los últimos años. **La universidad Javeriana quiere investigar el porqué de esta situación y con este motivo ha planteado una investigación con niños entre los 7 y los 11 años.**

El estudio se hará para **buscar disminuir la cantidad de niños que en los distintos colegios de Bogotá se suicidan.** Los niños se reunirán con psicólogas para realizar historias y dibujos sobre historias con distintos personajes acerca del tema. **Le solicitamos su colaboración autorizando a que su hijo participe, llenando el presente formato. Se cuenta con la autorización de la rectoría para la realización de este trabajo.**

Este formato le será entregado a todos los niños de **segundo a quinto primaria**, dentro de los que autoricen se sacará a la suerte los participantes. Es importante recalcar que el nombre del niño no quedará registrado en ninguna parte de los resultados del estudio, porque la información será manejada como grupo, **manteniendo el secreto de quien hizo cada historia.**

Mil gracias por su ayuda.

POR FAVOR responder, firmar Y ENTREGAR ESTA CIRCULAR A LA PROFESORA ENCARGADA DEL CURSO ANTES DEL VIERNES 3 DE ABRIL.

Yo _____ con c.c No. _____

Padre o madre del niño _____

Estudiante del colegio Alfredo Iriarte, del curso: _____ que tiene _____ años de edad; Autorizo para que mi hijo **SI** _____ **NO** _____ participe en la investigación sobre percepción del suicidio en niños. Manifiesto y certifico por medio de mi firma que conozco los objetivos y metodología de la investigación expresados en esta circular.

Firma y cedula

Firma y cédula

DOCUMENTO OFICIAL, SIN SELLOS SEGÚN DECRETO 2150 DEL 5 DE DICIEMBRE DE 1995

Transv 5J No 48 F – 69 Sur Int. 1 Telefáx: 769 71 78 – Teléfono 769 71 79

Bogotá sin indiferencia