

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Facultad de Medicina
Escuela de Postgrado
Departamento de Psicología



**IDEACIÓN SUICIDA EN ESCOLARES DE 10 A 13 AÑOS, DE AMBOS SEXOS, DE COLEGIOS DE LA
COMUNA DE VIÑA DEL MAR:
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS,
PSICOLÓGICOS Y FAMILIARES ASOCIADOS.**

Tesis para optar al grado de Magister en Psicología,
Mención Psicología Clínica Infante Juvenil

Nombre de la alumna: Carol Moraga Armijo.
Nombre del profesor tutor: Ricardo García Sepúlveda.

Santiago, 2015.

*A Carolina, Sebastián y Javiera,
por su inmensa paciencia y amor.*

*A Juan y Mony,
por enseñarme a ser perseverante y disfrutar la vida.*

A Rodrigo, por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Ricardo García Sepúlveda por su generoso apoyo y orientación, que fue fundamental para la realización de esta Tesis.

A los colegios que abrieron sus puertas y confiaron en la propuesta, por su valioso aporte y por permitir la posibilidad de contactar y trabajar con los niños y niñas que participaron de esta investigación.

A los padres y apoderados, por autorizar que sus hijos e hijas participaran de esta investigación.

Y a todos los niños y niñas, por su valiosa cooperación.

A todos, muchas gracias.

RESUMEN

La presente investigación pretende aportar conocimientos respecto de la ideación suicida en preadolescentes y los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados.

Metodología: Estudio transversal, de carácter descriptivo-comparativo. La muestra fue constituida por 291 escolares de ambos sexos, cuyas edades fluctuaban entre los 10 y 13 años, que asisten a colegios de dependencia municipal, subvencionada y particular de la comuna de Viña del Mar. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Depresión infantil (CDI), Escala de Autoconcepto de Piers-Harris y el FACES III que evalúa cohesión y adaptabilidad familiar. **Resultados:** El 25,1% de la muestra presentó ideación suicida. Respecto a las variables estudiadas se observa una asociación estadísticamente significativa de la ideación suicida con el nivel socioeconómico y los factores psicológicos, depresión y autoestima. **Conclusiones:** La ideación suicida se presenta en preadolescentes de nuestro país y se identifican como factores de riesgo que predisponen su manifestación en estas edades: el nivel socioeconómico bajo, la depresión y la baja autoestima, factores que debiesen ser considerados en estrategias preventivas focalizadas, con el fin de evitar que los pensamientos autodestructivos sigan el continuum de la conducta suicida que en muchos casos, llega al suicidio consumado.

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	12
2.2. CONDUCTA SUICIDA INFANTO-JUVENIL	14
2.2.1. Definición	14
2.2.2. Epidemiología conducta suicida infanto-juvenil	16
2.2.3. Proceso suicida en niños/as y adolescentes	18
2.3. CONDUCTA SUICIDA Y PREADOLESCENCIA	21
2.3.1. Preadolescencia	21
2.3.2. Preadolescencia y conducta suicida	24
2.4. IDEACIÓN SUICIDA Y PREADOLESCENCIA	30
2.5 FACTORES ASOCIADO A LA CONDUCTA SUICIDA INFANTO-JUVENIL	35
2.5.1. Factores Biológicos	35
2.5.2. Factores Psicológicos	37
2.5.2.1. Depresión	37
2.5.2.2. Autoconcepto	39
2.5.2.3. Antecedentes de tentativa suicida	40
2.5.2.4. Otros factores psicológicos	41
2.5.3. Factores Familiares	42
2.5.3.1. Abuso sexual	44
2.5.3.2. Maltrato infantil	45
2.5.3.3. Cohesión familiar	47
2.5.3.4. Antecedentes familiares de conducta suicida	47
2.5.3.5. Antecedentes familiares de psicopatología	48
2.5.4. Factores Sociales	49
2.5.4.1. Bullying	50

2.5.4.1. Nivel socioeconómico	51
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	52
3.1. OBJETIVO GENERAL	52
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
3.3. HIPÓTESIS	53
4. MARCO METODOLÓGICO	54
4.1. DISEÑO	54
4.2. MUESTRA	54
4.3. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	56
4.4. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	59
4.5. ANÁLISIS	61
4.6. PROCEDIMIENTOS	61
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	63
5. RESULTADOS	65
6. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	73
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	89

1-. INTRODUCCION

La Salud Mental infanto-juvenil es un tema preocupante en nuestro país, lo que se asocia a la alta prevalencia de trastornos psiquiátricos presentados por niños/as y adolescentes - especialmente en sectores socioeconómicos bajos - que según cifras estimativas, alcanza entre el 10 y 20% en la población menor de 18 años (Recart, Castro, Álvarez & Bedregal, 2002; MINSAL, 2005; De la Barra, 2010; Vicente, Valdivia, Melipillán, Valdivia & Kohn, 2012). Al respecto, un estudio realizado en Chile por Vicente et al. (2012) con niños/as y adolescentes de 4 a 18 años, revela que la prevalencia global general de cuadros clínicos alcanza el 22,5%. Esto cobra aún más relevancia, si se considera lo planteado por estos autores, que indican que sólo un porcentaje menor (34%) de estos niños/as y adolescentes son atendidos por especialistas.

El suicidio está estrechamente relacionado con la Salud Mental, ya que más del 90% de los casos de suicidio se asocian con trastornos psiquiátricos (Gvion & Apter, 2012; Silva, Vicente, Saldivia & Khon, 2013; Bertolote & Fleischmann, 2002; citado en OPS, 2014), siendo los trastornos depresivos los que se vinculan con mayor frecuencia - según la literatura - a la manifestación de la conducta suicida infanto-juvenil (Viñas, Ballabriga & Domènech, 2000; Tishler, Staats & Rhodes, 2007; Miranda, Cubillas, Román & Abril, 2009; Toro, Paniagua, González & Montoya, 2009; Dias de Mattos, Azevedo, Jansen, Peretti & Tavares, 2010; Almonte, 2012; Vianchá, Bahamón & Alarcón 2013; Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013). En ese sentido, resulta preocupante la prevalencia de los trastornos depresivos en niños/as y adolescentes en nuestro país, que muestra un aumento progresivo a través de los años, alcanzando en la actualidad el 6,1% (Vicente et al., 2012).

La conducta suicida en la niñez y adolescencia, se entiende como un continuo de manifestaciones que incluye el suicidio consumado, la ideación, el gesto y la tentativa suicida, siendo la **ideación suicida** - de interés para esta investigación - el primer eslabón o nivel de menor gravedad (Viñas et al., 2000; Salvo & Melipillán, 2008; Bella, Fernández & Willington,

2010; Almonte, 2012). Al respecto, distintos autores coinciden en que el proceso de la conducta suicida se inicia con las ideas autodestructivas y destacan, que la detección temprana de éstas y de sus factores asociados, son fundamentales para la prevención del suicidio consumado (MINSAL, 2013; Pérez et al., 2013; OMS, 2013; OPS, 2014).

En la actualidad, el suicidio constituye un importante problema de Salud Pública a nivel mundial y nacional (MINSAL, 2013), “esto debido a su prevalencia y al riesgo vital que conlleva” (Posner, 2007; citado en Carballo, Figueroa, Oquendo & Soutullo, 2010, p. 399). En Chile son escasos los estudios publicados que den cuenta de la magnitud y tendencias del suicidio (Duarte, 2007; Retamal, Luengo & Trebilcock, 2010) y más aún, de la conducta suicida en población general de niños/as y adolescentes (Salvo & Melipillán, 2008; Ventura-Juncá et al., 2010). No obstante, en las últimas décadas se evidencia en nuestro país un cambio en las causas de deceso en la edad infanto-juvenil, lo cual ha significado la disminución de la importancia relativa a enfermedades infecciosas y la emergencia, de los traumatismos y el envenenamiento como causa de muerte en estas edades (Leiva, Alamos, Prüssing & Uriarte, 2008; MINSAL, 2013).

Al respecto, se observa un incremento de las conductas suicidas en niños/as y adolescentes, llegando a constituirse en una de las principales causas de muerte entre los 15 y 24 años, asimismo, se evidencia una disminución en la edad de presentación de éstas (Pfeffer, 2002; MINSAL, 2005; Salvo & Melipillán, 2008; Bella et al., 2010; Von Dessauer et al., 2011; Almonte, 2012).

En Chile la población adolescente de 10 a 19 años, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas al 2012, asciende a 2.716.838 personas, lo que corresponde al 15,6% de la población total; de éstos, el 48% corresponde a preadolescentes, entre los 10 y 14 años (en MINSAL, 2013). El suicidio en la adolescencia representa aproximadamente el 10% de las muertes por suicidio en la población general y la tasa de suicidio en el grupo de 15 a 19 años demuestra un aumento importante y sostenido en las tasas de suicidio (MINSAL, 2013), en

tanto, los preadolescentes aparecen como el grupo con menor tasa de mortalidad por suicidio (TMS) en nuestro país, alcanzando un 0,54% (Otzen, Sanhueza, Manterola & Escamilla-Cejudo, 2014). Esta baja tasa de suicidio en preadolescentes, “se ha mantenido estable desde el 2005 en adelante, pero no por eso deja de ser un tema preocupante” (MINSAL, 2013, p. 22). Al respecto, un estudio poblacional de mortalidad por suicidio en Chile realizado por Otzen et al. (2014) muestra que el grupo de menores de 14 años, presenta la mayor variación porcentual anual (6,56%), “pudiendo por consiguiente transformarse en el grupo con mayores TMS” (p. 311).

Cabe destacar, que si bien los suicidios logrados son escasos, distintos autores sugieren que la epidemiología de los suicidios en preadolescentes es imprecisa (Campo et al., 2003; Tishler et al., 2007; Duarte, 2007; Carmona et al., 2010; Cyrulnink, 2014). Al respecto, en este grupo etario, las tasas de mortalidad por suicidio reportadas pueden estar subestimadas (Phillips, 2004; citado en OPS, 2014; Cyrulnink, 2014) ya que las cifras sólo contemplan los suicidios evidentes.

En cuanto a la ideación suicida, existe evidencia de que estos pensamientos se presentan en población pediátrica, es decir, en menores de 14 años (Viñas et al., 2000; Viñas, Canals, Gras, Ros & Domènech, 2002; Schaffer & Greenberg, 2003; Salvo & Melipillán, 2008; Reinherz et al., 2006; citado en Miranda et al., 2009; Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013) no obstante, serían menos frecuentes y con menor significación clínica, comparada con los adolescentes mayores (Carballo et al., 2010). En distintos estudios se encontraron altos porcentajes de ideación suicida en preadolescentes, población normalmente considerada de bajo riesgo (Miranda et al., 2009), pensamientos que pueden servir como un precursor de los futuros intentos de suicidio en la adolescencia (Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013). Al respecto, Ulloa (1996 citado en Cruz & Roa, 2005) plantea que el **suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia.**

La conducta suicida es un fenómeno poco estudiado en la población pediátrica (Palacios, Barrera, Ordóñez & Peña, 2007; Cabra, Infante & Sossa, 2010; Zelaya, Piris & Migliorisi, 2012).

De la revisión bibliográfica realizada, no se encontraron estudios que aborden específicamente la ideación suicida en preadolescentes en Chile, y en un bajo número se encontraron a nivel internacional.

Las investigaciones a modo general, se centran en población consultante con tentativa suicida y el estudio de la conducta suicida en escolares adolescente mayores de 14 años. En estas líneas investigativas, destacan tres estudios realizados en Chile. Dos de ellos en población escolar entre 14 y 19 años, que muestran una prevalencia de ideación suicida en este grupo etario, de 72% (Salvo & Melipillán, 2008) y un 62% (Ventura-Juncá et al., 2010). Y un tercer estudio, realizado el 2011 con preadolescentes, que revela un incremento de los ingresos a alguna Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del país, debido a intoxicación por fármacos con fines suicidas (Von Dessauer et al., 2011). Dichos estudios, dan cuenta de la creciente importancia de este fenómeno en el ámbito infanto-juvenil.

Respecto a la **ideación suicida en población escolar preadolescente**, estudios realizados a nivel internacional indican que oscila entre 14% y 30%. Hay evidencias que la ideación suicida en España en este grupo etario alcanza un 13,6% (Viñas et al., 2002), en Brasil un 14,1% (Dias de Mattos et al., 2010), un 29,2% en México (Miranda et al., 2009), un 16,7% en Colombia (Carmona et al., 2010) y de 20% en Francia (Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013).

En la literatura existe consenso que los factores asociados a la ideación suicida infanto-juvenil son múltiples, donde se interrelacionan factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre ellos, los desórdenes psiquiátricos preexistentes - especialmente el trastorno depresivo y el trastorno disocial - el abuso sexual, la baja autoestima, la disfunción familiar y el bullying, se identifican como los más relevantes. Al respecto, distintos autores señalan la importancia de los factores familiares en la conducta suicida en este grupo etario (Campo et al., 2003; MINSAL, 2005; Melhem et al., 2007; Liu, Sun & Yang, 2008; Bella et al., 2010; Cañon, 2011; Von Dessauer et al., 2011; Zelaya, Piris & Migliorisi, 2012), destacando los antecedentes

de intento suicida en los padres, la baja cohesión familiar y las distintas expresiones de maltrato infantil.

Identificar y precisar cómo la ideación suicida - entendida como fenómeno multicausal y dinámico - se manifiesta en la población preadolescente, considerando que se proyecta un aumento en las tasas de mortalidad por suicidio en este grupo etario y lo escasamente estudiado el tema en población pediátrica en el país, es la principal fuente de motivación para la presente investigación.

Asimismo, que el suicidio sea una de las **principales causas de muerte prevenible** (Kaess et al., 2011; Inzunza et al., 2012; MINSAL 2013; OPS, 2014), plantea la necesidad de focalizar la atención en estrategias preventivas que reduzcan las conductas autodestructivas que pueden llegar a ser mortales (MINSAL, 2013). Al respecto, Pfeffer señala que los profesionales que trabajan con niños/as “están en una situación privilegiada para prevenir y detectar precozmente la conducta suicida en niños. Las ideas de suicidio deben valorarse rutinariamente en niños y adolescentes” (Pfeffer, 2007; citado en Carballo et al., 2010, p. 395). En este sentido, la presente investigación pretende aportar al conocimiento de la ideación suicida en preadolescentes de nuestro país, contribuir al desarrollo de la Salud Mental infanto juvenil y aportar antecedentes para la definición de estrategias preventivas en este ámbito, dada la relevancia - según lo expuesto con anterioridad – de la detección de la ideación suicida y de los factores asociados, para la prevención del suicidio consumado.

La pregunta que guía este estudio es:

- ¿Qué factores sociodemográficos, psicológicos y familiares se asocian a la ideación suicida de escolares de ambos sexos, de 10 a 13 años de edad, de colegios de la comuna de Viña del Mar?

2-. MARCO TEORICO

2.1. SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

La Salud Mental es un concepto amplio e implica un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2011), es decir, es más que simplemente la ausencia de enfermedad.

Según García (2012) la Salud Mental es “una dimensión esencial de la calidad de vida, que es influida por una amplia gama de factores y experimentada en forma individual y colectiva” (en Almonte & Montt, 2012, p. 161). El mismo autor señala que se considera un problema de Salud Mental, cuando se rompe el equilibrio del individuo con su ecosistema e incide en el bienestar psicosocial de la persona. Al respecto, Aceituno, Miranda, & Jiménez (2012) plantean que la prevalencia de los problemas de Salud Mental es un problema para la sociedad en su conjunto.

En cuanto a la Salud Mental del niño y del adolescente, García (2012) plantea que tiene características propias, por tratarse de personas en desarrollo, que requieren del cuidado de otros y reciben la influencia de múltiples factores. Estas influencias pueden resultar en un desarrollo normativo, en problemas de Salud mental o en trastornos psiquiátricos.

En Chile se evidencia una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos presentados por niños/as y adolescentes que según cifras estimativas, alcanza entre el 10 y 20%, en la población menor de 18 años (Recart et al., 2002; MINSAL, 2005; De la Barra, 2010; Vicente et al., 2012). Un estudio realizado en Chile por Vicente et al. (2012) con 1558 niños/as y adolescentes, entre los 4 y 18 años, revela que la prevalencia global general de cuadros clínicos alcanza el 22,5%. Los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en niños/as y adolescentes en nuestro país son el trastorno adaptativo, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, los

trastornos ansiosos y los trastornos afectivos (Vicente et al., 2012). Los autores concluyen que los antecedentes de psicopatología en la familia y la percepción de disfunción familiar estuvieron asociados significativamente a la presencia de los trastornos estudiados.

Cabe señalar, que pese a que más de un tercio de la población infanto-juvenil en Chile presenta algún trastorno psiquiátrico se estima que sólo un porcentaje menor de éstos (34%), son atendidos por especialistas (Vicente et al., 2012), lo que plantea que existe un número significativo de niños/as y adolescentes que no están recibiendo la atención especializada que necesitan. Al respecto, Aceituno et al. (2012) plantean que este acceso restringido a la atención especializada requerida, es reflejo de la relación inversa entre estrato socioeconómico y la prevalencia de muchos trastornos psiquiátricos.

Vicente et al. (2012) también observa en Chile una tendencia en el grupo de más altos ingresos, a presentar menos patologías en comparación al grupo de ingresos más bajos. En ese sentido, desde el **Enfoque de Riesgo**, uno de los modelos de trabajo de Salud Mental - desarrollado por Gerald Caplan en 1964 - el estrato socioeconómico bajo podría ser considerado un **factor de riesgo**, es decir, una condición que aumenta la probabilidad de que aparezca una enfermedad que comprometa la salud, la calidad de vida o la vida del niño/a o adolescente. Sin embargo, cabe señalar que los factores de riesgo “no permiten predecir quién estará o no perturbado y mucho menos el tipo de gravedad de la patología que puedan contribuir a generar” (Areito, Müller & Mateluna, 2003, p. 102).

Las actuales políticas en Salud Mental están orientadas a la prevención de trastornos y la promoción de un adecuado desarrollo del niño/a y adolescente, y su logro, comienza con la identificación de factores de riesgo de trastornos mentales, así como, de factores protectores (Areito et al. 2003; Haquin, Larraguibel & Cabezas, 2004).

2.2 CONDUCTA SUICIDA INFANTO-JUVENIL

2.2.1. DEFINICIÓN

La palabra suicidio viene del latín “*sui*” que significa “sí mismos” y “*caedere*” que significa “matar”, es decir, matarse a sí mismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) define el suicidio como “el acto deliberado de quitarse la vida”, y señala que

es un acto de violencia, la cual genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud (OMS, 2010, pp. 74-75, citado en MINSAL, 2013).

La muerte puede considerarse como uno de los fenómenos individuales que mayor impacto genera en la familia y el contexto inmediato (Casullo, 2005; citado en Vianchá et al., 2013). Y cuando se trata de un suicidio, éste trae consigo nuevos significados respecto a la muerte, ya que además de considerar la pérdida física, las personas cercanas a quien se suicida, deben asumir la voluntariedad del acto (Vianchá et al., 2013). Al respecto, Otzen et al. (2014) plantean que “el impacto psicológico y social del suicidio sobre la familia y la sociedad no es mensurable” (p. 310).

El suicidio es un fenómeno universal que ha estado presente en todas las épocas y culturas, pero la actitud de las sociedades ha sido diferente dependiendo de las influencias religiosas, filosóficas, de las estructuras socio-políticas y culturales (Rodríguez, 1998; en Ros, 1998). En la actualidad, “En gran parte del mundo el suicidio está estigmatizado, es decir, condenado por razones religiosas o culturales, y en algunos países el comportamiento suicida constituye un delito castigado por la ley. Se trata pues de un acto subrepticio y rodeado de tabúes” (OMS, 2002, p. 5) lo que puede incidir, en la tendencia de muchas familias a ocultar que un ser querido ha muerto por suicidio (OPS, 2014).

Cabe señalar, que la nomenclatura de las ideaciones y comportamientos suicidas, ha sido objeto de considerable atención y debate internacional (Gvion & Apter, 2012; Zelaya et al. 2012; Inzunza, Navia, Catalán, Brehme & Ventura, 2012), siendo posible identificar distintos términos para nombrar éstas. Algunos autores se refieren a “tendencias suicidas”, “parasuicidio”, “suicidalidad”, “comportamiento suicida mortal y no mortal”, “espectro suicida” o “conducta suicida”, ésta última, utilizada en esta investigación, y que incluye a la ideación suicida.

La conducta suicida contempla “un conjunto de acciones con las que se asume que la persona busca quitarse la vida” (Miranda et al., 2009, p. 497) y distintos autores señalan que dicho proceso se presenta en un continuum amplio de autodestructividad, de menor a mayor intensidad (Viñas et al., 2000; Schaffer & Pfeffer, 2001; Salvo & Melipillán, 2008; Bella et al., 2010; Almonte, 2012; OMS, 2013), que abarca:

- **Ideación suicida:** Pensamiento y verbalizaciones recurrentes de provocarse autoagresiones o la muerte.
- **Amenaza o gesto suicida:** Verbalizaciones o precursores de actos que, si llegan a realizarse en su totalidad, conducirían a un daño serio o la muerte.
- **Intentos suicidas:** Acciones mediante las cuales el individuo se puede ocasionar la muerte.
- **Suicidio consumado:** Acto autoinfligido por la persona que resulta en su propia muerte.

Esta concepción de continuidad se apoya en la evidencia existente respecto a personas que presentan un mayor grado de severidad de la conducta suicida, es decir, quienes tienen un alto número de conductas suicidas anteriores, ya sea, ideación o tentativa de suicidio (Villardón, 1993). Por su parte, Miranda et al. (2009) plantean que tales manifestaciones pueden ser secuenciales o no, pero cada una de ellas conlleva un gran riesgo hacia la consumación del suicidio. En tanto, Vianchá et al. (2013) plantean que el suicidio es por lo general, el resultado final de una serie de eventos previos, como son la ideación y el intento suicida.

Almonte (2012) indica que esta mirada de continuum, amplía la visión más tradicional del suicidio como una manifestación de psicopatología, destacando el proceso interactivo del desarrollo en el que son relevantes los contextos en que se encuentra el niño/a. Al respecto, existe acuerdo entre los autores que el suicidio no se debe a una causa única, sino más bien, es el resultado de un sinnúmero de factores - personales, familiares y/o sociales - que se combinan entre sí para generar una conducta suicida (Retamal et al., 2010; Von Dessauer et al., 2011; Vianchá et al., 2013).

Cano, Gutiérrez y Nizama (2009) plantean que este continuum va desde ideas no específicas tales como *“la vida no vale la pena”* a ideas específicas que se acompañan de una intención de morir o de un plan suicida, es decir, comprendería desde la idea fugaz, a la idea suicida transitoria, así como, la idea prolongada o planificada, sin embargo, esta continuidad no se da necesariamente. Pérez et al. (2013) plantean que independiente de las características de estas ideas, es necesario resaltar la importancia de la ideación suicida, ya que la teoría acerca del tema, expresa que el suicidio consumado tiene sus inicios en la presencia de pensamientos relacionados con quitarse la vida.

En la actualidad, el suicidio a nivel mundial se ha identificado como un problema de Salud Pública, dado que *“está relacionado no solo con la prevalencia creciente, también con la baja capacidad de predicción para evitar la muerte de las personas que tienen mayor riesgo”* (Retamal et al., 2010, p. 19). Asimismo, es considerado una de las principales causas prevenibles de muerte para ambos sexos (Kaess et al., 2011; Inzunza et al., 2012; MINSAL 2013; OPS, 2014) especialmente entre los 15 y 24 años.

2.2.2 EPIDEMIOLOGIA CONDUCTA SUICIDA INFANTO-JUVENIL

El suicidio en la actualidad se ha transformado en una de las principales causa de muerte prematura (MINSAL, 2013) evidenciándose un aumento de las tasas de suicidio a nivel mundial (OMS, 2013; Otzen et al., 2014), especialmente en adolescentes y jóvenes.

Asimismo, se observa que la tasa de mortalidad por suicidio es tres a cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres (OECD, 2011, citado en MINSAL, 2013; Hernández, González & López, 2013, Otzen et al., 2014). A nivel general, se plantea que las tasas de suicidio consumado, son más elevadas en hombres que en mujeres - tal como lo planteó Durkheim en 1897 - , dado la letalidad de los métodos utilizados por los varones, a diferencia de las mujeres, quienes presentan con frecuencia la ingesta de medicamentos o cortes, casi siempre con resultados no letales (Schaffer & Greenberg, 2003; Saucedo, Lara & Fócil, 2006; Almonte, 2012; Hernández et al., 2013), tendencia que también se observa en población pediátrica (Pérez, Rodríguez, Dussán & Ayala, 2007; Sánchez, López, Ares, Cruz & O`Farril, 2007; Leiva et al., 2008; Carmona et al., 2010; Bella et al., 2010; Von Dessauer et al., 2011; Cyrulnik, 2014).

La literatura indica que por cada suicidio consumado, hay de 10 a 20 intentos suicidas (OMS, 2013) y por cada intento, ocho presentaron ideación suicida (Miranda et al., 2009). Al respecto, las mujeres piensan en suicidarse y lo intentan dos veces más que los varones, sobre todo, por medio de una sobredosis de medicamentos (Hernández et al., 2013). Las edades comprendidas entre 15 y 19 años, es donde se concentra el número mayor de intentos de suicidio (Zelaya et al., 2012).

El patrón de morbilidad de adolescentes y jóvenes en Chile, se caracteriza por la presencia de enfermedades asociadas a conductas de riesgo y al daño ocasionado por agresiones o lesiones autoinflingidas (MINSAL 2013), observándose un cambio en las causas de deceso en la edad infantil, irrumpiendo los traumatismos y envenenamientos como principales causas de muerte en estas edades (Leiva et al., 2008).

Tal como se ha señalado, la mortalidad de los adolescentes en Chile por causas externas ha tenido un preocupante aumento en los últimos años. Las tasas de suicidio para los adolescentes entre los 10 a 19 años, aumentó de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre el 2005 y el 2010, siendo los adolescentes hombres quienes registran una mayor tasa de suicidio, casi 3 veces más que en las adolescentes mujeres (MINSAL, 2013), asimismo, se evidencia una mayor

prevalencia de intentos suicidas en mujeres (Leiva et al., 2008; Von Dessauer et al., 2011; Inzunza et al., 2012; MINSAL, 2013), tendencia similar a la observada a nivel internacional.

Otzen et al. (2014) indican que por grupos de edad, la tasa de suicidio en promedio desde 1998 a 2009, para el grupo menores de 15 años es de 0,54% y el grupo entre 15-24 años, alcanza a un 11,66%.

2.2.3. PROCESO SUICIDA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

La literatura y los antecedentes empíricos, dan cuenta que la conducta suicida en niños/as y adolescentes se caracteriza por la heterogeneidad (Tishler et al., 2007; Almonte, 2012), en ese sentido, no es posible precisar un perfil del niño/a o adolescente que presenta estas conductas, ni condiciones únicas que generan éstas. No obstante, se distinguen algunos procesos que caracterizan la manifestación de la conducta suicida infanto-juvenil.

Relevantes resultan los planteamientos de Ulloa (1996 citado en Cruz & Roa, 2005) quien señala que el **suicidio parece ser el final de un proceso que comienza en la infancia**, donde el adolescente no llega a presentar una conducta suicida de forma abrupta, sino que a través de un proceso que consta de tres fases:

- Fase Inicial: Se constituye por una historia de problemas emocionales y conductuales de moderada magnitud en la niñez temprana.
- Fase de Escalada: Se produce al comienzo de la adolescencia, con la incorporación de nuevos problemas propios de la edad, que llevan al sujeto a un sentimiento de soledad.
- Fase Precipitante Final: Durante los días previos al intento de suicidio, la comunicación con los padres se bloquea, ocurre un distanciamiento de los amigos, elementos con los cuales aumenta el sentimiento de soledad. Hay un

quiebre en las relaciones, después de lo cual probablemente ocurra la conducta suicida. (Ulloa, 1996; citado en Cruz & Roa, 2005, p. 24)

Estos planteamientos hablan de diversas experiencias de vida y múltiples factores que pueden estar involucrados en la manifestación de la conducta suicida, y cómo éstas se van conformando a través del tiempo, respaldando la idea de continuum.

Por su parte, Cyrulnink (2014) diferencia la conducta suicida entre niños/as y adolescentes, señalando que en estos últimos se puede advertir una gradación en la aproximación a la muerte: primero tensión o angustia extrema, luego aparece la idea de muerte, que en muchos casos, implica que piensan regularmente en esto y planifican su ejecución. En cambio, según el autor, en los niños/as no se encuentra esta progresión, ellos/as *“Juegan, se ríen, responden amablemente y luego saltan por la ventana”* (Cyrulnink, 2014, p. 17), dando cuenta de lo impredecible que puede resultar para los adultos la conducta suicida del niño/a.

Al respecto, Bella et al. (2010) plantean que en los preadolescentes que presentan conducta suicida, las decisiones tienden a ser más impulsivas, tienen una gran influencia las características familiares y gozan de menos importancia, la presencia de psicopatología y el consumo de sustancias adictivas, en comparación a los adolescentes mayores. Sin embargo, Saucedo et al. (2006) destacan la seriedad del intento suicida independiente que la impulsividad haya estado presente.

En cuanto a la intención de quitarse la vida, Almonte (2012) plantea que es un aspecto central de la conducta suicida en niños/as y adolescentes. Si bien, es posible encontrar cuestionamientos respecto a la intencionalidad de matarse que pueden presentar - principalmente los niños/as -, ya que el concepto de muerte y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo de la persona (Bella et al., 2010). Al respecto, en el caso de los preadolescentes, los estudios realizados acerca de los intentos

suicidas revelan que la intencionalidad de la conducta suicida en este grupo etario (menores de 14 años) tiende a ser subvalorado (Campo et al., 2003; Leiva et al., 2008).

Algunos autores, plantean que es probable que muchos síntomas clínicos, como es la irritabilidad, en estas etapas de la vida (niñez intermedia y adolescencia) sean considerados erróneamente por los adultos, minimizando la gravedad de la situación y el riesgo suicida (Bella et al., 2010; Cyrulnik, 2014). Al respecto,

Durante mucho tiempo las conductas suicidas infantojuveniles fueron desestimadas y asociadas a malos comportamientos o expresiones reactivas frente a situaciones familiares conflictivas. Esta interpretación llevó a postergar la comprensión de los diferentes factores que intervienen en la salud mental de este grupo etario, entre ellos la influencia que tienen los trastornos mentales (Bella et al., 2010, p. 28).

En cuanto a las características de las ideas suicidas de niños/as y adolescentes, el contenido y la forma de éstas han sido poco estudiadas y con frecuencia no llegan a esclarecerse, así como, existe escaso conocimiento sobre la importancia relativa de las distorsiones cognitivas, el descontrol del comportamiento y la facilidad de acceso al método para transformar los pensamientos suicidas en una tentativa de suicidio (Schaffer & Greenberg, 2003). Los adolescentes “que intentan el suicidio pueden diferir de los que tienen ideas suicidas en que los primeros tienen desesperanza, aislamiento e ideación suicida más intensos y persistentes, y negativa a discutir sus pensamientos suicidas” (Schaffer & Pfeffer, 2001, p. 148).

2.3. CONDUCTA SUICIDA Y PREADOLESCENCIA

2.3.1 PREADOLESCENCIA

Existen distintas denominaciones para la etapa de desarrollo que comprende entre los 10 y 14 años; prepubertad, adolescencia inicial o preadolescencia, está última utilizada en esta investigación.

La preadolescencia comienza alrededor de los 10 años - dado que existen diferentes ritmos de desarrollo - con la llegada de procesos hormonales que dan lugar al desarrollo de caracteres sexuales secundarios y el despertar psicosexual (Berger, 2007; Musalem, en Almonte & Montt, 2012; Florenzano & Valdés, 2012; Papalia, Wendkos & Duskin, 2012), cambios que son experimentados por el niño/a como una “irrupción de elementos nuevos, irracionales y extraños, en un mundo que hasta el momento era ordenado y previsible” (Florenzano & Valdés, 2012, p. 52). Al respecto, Areito, Müller y Mateluna (2003) plantean que “Los desajustes o desequilibrios pueden considerarse normales, como indicadores de la diversidad en el desarrollo, si es que no afectan el movimiento progresivo hacia la adultez, integración y organización” (p. 101).

Musalem (2012) describe la preadolescencia como una “*etapa de aperturas*”, dado por la serie de cambios que se producen en distintos niveles (físico, emocional, social) los cuales pueden ser fuentes importantes de preocupación para ellos/as, y que según Hernández et al. (2013), al producirse bruscamente, pueden provocar inadaptación, confusión y desesperanza en el preadolescente. Este periodo según Musalem (2012), es una

fase crítica en la que se desorganiza la personalidad previa, para incorporar funciones, dinámicas y procesos complejos que dan pie a transformaciones que vienen a organizarse a partir de la pubertad (14 -16 años), etapa en que se

alcanzan logros en cuanto a la integración de la personalidad y la identidad personal (en Almonte & Montt; 2012, p. 50).

En tanto, Abesrastury y Knobel plantean que el proceso de desprenderse de su mundo infantil, es uno de los aspectos que lleva a la inestabilidad más o menos características de los primeros años de la etapa adolescente (en Areito et al., 2003).

Este proceso de cambio parece obedecer a factores genéticos, sin embargo, los factores socioculturales, pueden actuar como modeladores de estos cambios, tanto en dirección de adaptación como en dirección de psicopatología. (Berger, 2007; Musalem, 2012; Papalia et al., 2012)

En general, distintos autores coinciden en que se observa en esta etapa una búsqueda de autoafirmación, así como, el desafío de lograr un lugar en el medio social en el que se desenvuelve. En ese sentido, desarrollar una imagen valorizada y positiva son componentes esenciales para el equilibrio emocional del preadolescente. (Berger, 2007; Musalem, 2012; Florenzano & Valdés, 2012; Papalia et al., 2012)

En ese sentido, Musalem (2012) plantea que las tareas del preadolescente son:

- Lograr adaptarse a los cambios físicos, hormonales y psicológicos.
- Integrar y utilizar apropiadamente las nuevas capacidades.
- Encontrar un lugar en el grupo de pares.
- Integrar en su personalidad características y actitudes que corresponden a expectativas relativas al género. (en Almonte & Montt, pp. 53-54)

Desde un punto de vista cognitivo, se aprecian una serie de nuevas capacidades psicológicas e intelectuales, dejando el niño/a el pensamiento lógico concreto de la etapa escolar, para dar paso al pensamiento formal – en términos de Piaget – que le facilita el acceso

a un mundo de significados variados y complejos, le permite pensar en lo imposible y le brinda la posibilidad de asumir una postura crítica frente a la realidad (Berger, 2007; Musalem, 2012; Florenzano & Valdés, 2012; Papalia et al., 2012).

Es precisamente este incipiente desarrollo del pensamiento abstracto, el que plantea dudas en cuanto a la intencionalidad de matarse y la comprensión del concepto de muerte, que pueden presentar los niños/as en esta edad. Cabe señalar, que según Ros (1998) el concepto de muerte es sumamente abstracto y complejo, y demanda una serie de requisitos cognoscitivos previos, tales como distinción entre lo animado y lo inanimado, completo dominio de la conciencia del objeto, diferenciación del sí mismo y el concepto del tiempo. Por su parte, Cyrulnink, (2014) indica que el desarrollo del concepto de muerte también dependerá del contexto familiar y cultural, en el que esté inserto el niño/a.

Al respecto, distintos autores plantean que:

- La comprensión de la irreversibilidad de la muerte no está presente antes de los 8 años (Bella et al., 2010; Cyrulnink, 2014).
- A partir de los 9 años, “la noción de muerte pasa a tomar un carácter universal, irreversible e inevitable. En esta etapa comienzan los sentimientos de fragilidad y reflexiones en torno a las causas y consecuencias de la muerte” (Almonte & Conejeros, 2012, p. 207) A esa edad, el niño/a puede pensar que la muerte afecta a otros neutros, y más tarde, que también puede afectar a personas próximas (Ros, 1998).
- A los 12-13 años el adolescente presenta - con la adquisición del pensamiento abstracto - un pleno concepto de muerte, que implica el final de la vida y se caracteriza por ser irreversible y biológico (Ros, 1998). Solo con la llegada de la adolescencia, el desarrollo del pensamiento permite la comprensión de la muerte de manera similar a la del adulto (Almonte & Conejeros, 2012).

2.3.2 PREADOLESCENCIA Y CONDUCTA SUICIDA

La manifestación de la conducta suicida a menor edad, se comprende por una alteración del balance biopsicosocial en la adolescencia, es decir, por los cambios profundos que se experimentan con motivo del inicio de la pubertad, la cual tiende a presentarse a más temprana edad (Pérez et al., 2007; Cabra et al., 2010; Zelaya et al., 2012). El grupo de edad más afectado en general dentro de la población infantil, oscila entre los 10 a 13 años. (Cabra et al., 2010).

La epidemiología de los suicidios en preadolescentes, es imprecisa (Campo et al., 2003; Tishler et al., 2007; Duarte, 2007; Carmona et al., 2010; Cyrulnink, 2014). La escasa información se puede entender, por distintos factores, entre otros, porque las cifras de suicidios en estas edades sólo hablan de los suicidios evidentes sin considerar los que pasan inadvertidos (Cyrulnink, 2014). Otros autores plantean que el suicidio en general y particularmente el infantil, está subregistrado, así como, hay escasos estudios que aborden el fenómeno en menores de 15 años (Campo et al., 2003; Paramo & Chávez-Hernández, 2007). Al respecto, Kaess et al. (2011) plantea que la prevalencia de suicidio e intento suicida sigue siendo relativamente baja en la preadolescencia en comparación con el suicidio que es una de las principales causas de muerte en el grupo adolescente.

Si bien, la tasa de suicidio en menores de 14 años en Chile, es la más baja de los distintos grupos etarios, se observa en este grupo, la mayor variación porcentual anual (VPA), que alcanza el 6,56%, hecho que implica un incremento anual considerable en la Tasa mortalidad por suicidio (TMS), **“pudiendo por consiguiente transformarse en el grupo con mayores TMS”** (Otzen et al., 2014, p. 311). Respecto a las causas de muerte de los preadolescentes, según estos autores, las más frecuentes fueron el ahorcamiento (89,4%), el uso de armas de fuego (4,9%) y el envenenamiento (4,9%).

Cyrulnink (2014) plantea que los niños/as cada vez consideran con mayor frecuencia la posibilidad de suicidarse. Señala que antes de los 13 años, un 16% de los niños/as piensan que

la muerte podría ser una solución a sus problemas familiares, escolares o con los amigos. Por su parte, Almonte (2012) plantea que los intentos de suicidio en esta edad, puede ser resultado de una imitación de conductas suicidas efectuadas por mayores.

Respecto a la conducta suicida en preadolescentes, cada vez son mayores los antecedentes que indican que la tentativa suicida ocupa un lugar relevante dentro de los motivos de consulta de la esfera psiquiátrica en las Unidades de Urgencia Pediátrica (Von Dessauer et al., 2011; Pandolfo et al., 2011). Al respecto, Von Dessauer et al. (2011) señalan que el intento de suicidio vía ingesta de fármacos, es una importante causa de morbimortalidad en el mundo y en Chile. Diversos estudios revelan que este método es el más utilizado en población pediátrica (Bella et al., 2010; Pandolfo et al., 2011; Von Dessauer et al., 2011). Al respecto, un estudio realizado en Chile por Bravo et al. (2012) indica que los adolescentes de 11 a 18 años es el grupo más vulnerables de ingerir dosis tóxicas de paracetamol, especialmente, el sexo femenino.

Los antecedentes empíricos en relación a la conducta suicida infanto-juvenil, en su mayoría se orientan a estudiar la Salud Mental y la conducta suicida en adolescentes de entre 15 y 18 años, sin embargo, se observa un interés creciente, por investigar este fenómeno en población pediátrica. Se encontró un número reducido de investigaciones que abordan la ideación suicida en menores de 14 años, centrándose la mayoría de los estudios revisados, en la tentativa suicida y los factores asociados. Los estudios realizados en Chile que aborden la temática con este grupo etario, son escasos.

A partir de la revisión realizada, los **estudios de la conducta suicida en población pediátrica** muestran dos líneas principales de investigación: la primera, estudios en su mayoría de carácter retrospectivo, que caracterizan el intento de suicidio de niños/as y adolescentes ingresados a Servicios de Urgencia Pediátricos, y la segunda, de carácter transversal descriptivo que se orientan a identificar la prevalencia de la ideación suicida en población escolarizada, menores de 15 años.

En la primera línea de investigación, destacan tres estudios – los únicos revisados que están enfocados en población pediátrica en los últimos años - realizados en **Chile**. El primero, de **Inzunza et al. (2012)** con niños y adolescentes de 10 y 19 años, quienes ingresaron en un 100% por intoxicaciones medicamentosas asociada a conductas suicidas, en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. En éste, el 12,8% fueron menores de 13 años y en un 66% de los casos, el desencadenante asociado al intento suicida fue el conflicto con los padres. El segundo estudio fue realizado por **Von Dessauer et al. (2011)** quienes observaron que el 5,8% de los ingresos a la UCIP, fue por intoxicación por fármacos, y de éstos, el 60,6% fue por intento suicida. Identificaron además, que el 69,4% de los casos fue el primer intento, el 8,4% tenían menos de 12 años y el 92,6% presentaba un cuadro psiquiátrico a la base. Dentro de los factores de riesgo se identificaron la disfunción familiar (suicidios e intentos de ello, alcoholismo y/o drogadicción parental, ausencia o muerte de alguno de los padres y el abuso sexual) y problemas en el colegio, principalmente el matonaje escolar. El tercer estudio fue realizado por **Leiva et al. (2008)** en el Servicio de Pediatría del Hospital Regional de Rancagua, donde se identificaron 43 casos que presentaron envenenamiento por sustancias medicamentosas con propósito suicida.

Estos estudios coinciden, en que la mayoría de los casos, las tentativas suicidas fueron realizadas por mujeres (87,2% - 88,9% - 88%) y el principal método utilizado fue la intoxicación medicamentosa. En dos de estas investigaciones, más del 50% de los casos presentó como método suicida la polifarmacia (57% - 53%) e identifican la presencia de rasgos depresivos y la violencia intrafamiliar, como factores de riesgo significativos (Von Dessauer et al., 2011; Leiva et al., 2008).

En la misma línea investigativa, en **Argentina, Colombia, Uruguay, Paraguay, Cuba y México** se publican estudios de casos ingresados por intento suicida a unidades hospitalarias pediátricas, donde se evidencia que el principal método suicida utilizado, es la ingesta de fármacos (Campo et al., 2003; Sánchez et al., 2007; Bella et al., 2010; Pandolfo et al., 2011) y en la mayoría de los casos, la tentativa suicida fue cometida por mujeres (Pérez et al., 2007;

Sánchez et al. 2007; Carmona, 2010; Bella et al., 2010), resultados similares a los encontrados en Chile. Además, identificaron que entre el 70% y el 100% de los casos, presentaba antecedentes de psicopatología previa, principalmente, depresión y trastorno disocial. La disfunción familiar aparece como el principal factor de riesgo que se identifica en estos estudios.

En **Colombia** se identifican cuatro estudios: **Caycedo et al. (2010)** realizaron un estudio descriptivo con 14 adolescentes de 10 a 17 años, que presentaron intento suicida. El 7,1% corresponden a niños/as de 13 años. Concluyen que la estructura familiar puede incidir en las conductas suicidas, ya que el 100% de los casos, presentaron disfuncionalidad en los hogares y ausencia de la figura paterna. El mismo año, **Carmona et al. (2010)** efectuaron un estudio retrospectivo, con adolescentes de 10 y 18 años que consultaron por intento suicida entre el año 2000 y 2008. El método más utilizado por hombres y mujeres fueron los organofosforados. El 43,6% presento antecedentes de suicidio previo. Identificaron como factor protector los niveles altos de cohesión familiar y como factor de riesgo precipitante, los problemas familiares. Se destaca la importancia del antecedente de depresión tanto personal como en familiares de primer grado. Por su parte, **Pérez et al. (2007)** realizaron un estudio de intento suicida, con 96 niños/as y adolescentes de 11 a 18 años, ingresados a una Clínica Infantil. Se evidenció que el grupo menores de 14 años, corresponde al 26%, con más casos que en los otros rangos de edad. El 81,4% fueron mujeres, el 83% tenía al menos un evento detonante para el suicidio: conflictos familiares 56%, conducta agresiva 43,8%, baja autoestima 32,5% y maltrato 44%. La intoxicación con medicamentos fue el método utilizado en el 96,9% de los casos. En tanto, **Campo et al. (2003)** llevaron a cabo un estudio con 18 niños/as entre 8 y 13 años. Se evidencia que si bien los métodos suicidas son diversos, la ingestión de sustancias es el más frecuente. La totalidad de niños/as presentaron trastorno psiquiátrico y alrededor del 60%, corresponde a sintomatología depresiva. La mitad de los niños/as tenía antecedentes de intento de suicidio previo.

En **Cuba** se encontraron tres estudios, realizado por **Hernández et al. (2013)** con niños/as y adolescentes entre 11 y 17 años, ingresados en Hospital Infantil, revela que la

tentativa de suicidio en el grupo etario de 11 a 13 años, alcanzó un 26,9%. Otro estudio, transversal, descriptivo y correlacional realizado por **Sabina et al. (2010)** que incluyó a los 1181 ingresos en el Servicio de Psiquiatría infantil y juvenil de Cienfuegos, indica que entre los principales diagnósticos se destaca el intento suicida, que ocupa el primer lugar y representa casi la mitad de los ingresos. Entre los 6 y 10 años se observa un 10% de los intentos suicidas, y entre los 11 a 14 años, la tentativa suicida ocupó el primer lugar. Al respecto, los autores destacan la presencia de factores psicosociales provenientes del ámbito familiar y escolar como desencadenantes del intento. Dentro de los factores de riesgo, destacan el intento suicida en la niñez. Y finalmente, la investigación de **Sánchez et al. (2007)** quienes realizaron un estudio con adolescentes entre 10 y 19 años, donde el grupo de 9 a 12 años correspondió al 19,1% del total de adolescentes con intento suicida. El 100% de los adolescentes utilizó un método no letal, ingesta de medicamentos. Los antecedentes de patología personal y familiar tienen un papel relevante como factor de riesgo. Dentro de los factores desencadenantes se encontraron los conflictos familiares (66,6%) y los conflictos escolares (14,2%).

Un estudio en **Paraguay**, realizado por **Zelaya et al. (2012)**, da cuenta que de 102 ingresos a un Hospital por intento suicida, el 33,3% correspondían a niños/as de entre 10-14 años. Destacan la importancia del antecedente de maltrato infantil y abuso sexual, como factor de riesgo de la conducta suicida, especialmente en las mujeres, en quienes se observa una mayor frecuencia de tentativas suicidas.

En **Argentina** se encontró un estudio realizado por **Bella et al. (2010)**, quienes hallaron que 41 niños/as presentaron intento suicida, entre los 8 y 17 años. El 56,1% eran mujeres y el 100% tenía antecedentes de psicopatología: 46% trastorno de conducta y 32% intentos previos.

En **Uruguay** se encontró una investigación, de **Pandolfo et al. (2011)** que realizaron un estudio transversal descriptivo con niños/as y adolescentes que consultaron por conducta suicida en un Hospital Pediátrico. Predominó el adolescente de 12 y 14 años, de sexo femenino, que realizó el intento suicida utilizando como método, la ingesta de medicamentos (78%). No

obstante, se comprobó que en el grupo de menores de 10 años, predominan los varones y la utilización de métodos distintos del farmacológico. El 50% de los adolescentes presentó patología psiquiátrica y el 68% presento como factor desencadenante, los conflictos familiares.

En **México, Saucedo et al. (2006)** realizan una investigación con adolescentes entre 12 y 17 años, que ingresaron a un Hospital psiquiátrico infantil, por intento de suicidio. El método más utilizado por las mujeres fue la sobredosis de medicamentos y en los varones, cortaduras o colgarse. El 100% de los adolescentes manifestaron patología psiquiátrica y el 75% presentaban depresión.

En general, a partir de esta revisión se puede observar que los estudios identifican como principal método suicida utilizado por los preadolescentes, la ingesta de medicamentos, elemento que éstos obtuvieron en el hogar (Saucedo et al., 2006; Bella et al., 2010b; Pandolfo et al., 2011; Inzunza et al., 2012; Zelaya et al., 2012), lo que alerta sobre la necesidad de su manejo supervisado por los adultos, ya que “La restricción del acceso a los medios utilizables para suicidarse es un elemento clave de la prevención del suicidio” (OMS, 2013, p. 2)

Al respecto, Palacios et al. (2007) a partir de la realización de un análisis bibliométrico, plantean que el tema del suicidio en niños no ha sido lo suficientemente explorado, identificándolo como una problemática de la sociedad actual que necesita una mayor investigación para generar medidas preventivas efectivas y definir cuáles son las mejores estrategias para promover acciones a favor de la Salud Mental en este grupo etario.

2.4. IDEACIÓN SUICIDA Y PREADOLESCENCIA

La ideación suicida, hace referencia a las cogniciones que incluyen pensamientos fugaces sobre el no querer una vida, fantasías autodestructivas y/o planes explícitos y meditados para matarse (Golney et al., 1989; citado en Vianchá, 2013).

Schaffer & Greenberg (2003) plantean que no es posible llevar a cabo un suicidio, sin haber pensado en ello, por esta razón distintos autores concuerdan que si bien dentro del continuum la **ideación suicida** es el eslabón inicial, también es un **predictor de la tentativa de suicidio**, y por tanto, es importante de considerar (Schaffer & Greenberg, 2003; Salvo & Melipillán, 2008; Reinherz et al., 2006, citado en Miranda et al., 2009; Dias de Mattos et al., 2010; Sánchez, Villareal, Musitu & Martínez, 2010; Pérez et al., 2013). Al respecto, Miranda et al. (2009) señalan que la presencia de ideas suicidas en preadolescentes es una problemática que si no se atiende y previene, permanece y predispone a la ejecución de intentos y/o suicidios en años posteriores.

La gravedad de la ideación suicida reside en su persistencia o estabilidad temporal (Viñas et al., 2000; Miranda et al., 2009). Cabe recordar, que la normal preocupación en niños/as por la muerte es temporal y tiende a estar relacionada, con eventos tales como la muerte de un familiar o de una mascota (Tislher et al., 2007). Según Valadez et al. (2011) los pensamientos suicidas se vuelven de una peligrosidad especialmente anormal cuando la realización de estas ideas parece ser la única salida para sus dificultades.

Según Tislher et al. (2007) el riesgo de suicidio es bajo, si el niño/a mantiene una imagen realista de la muerte, es decir, manifiesta una ansiedad relativamente leve en cuanto a la muerte y no hay ningún indicio de plan concreto de suicidio. Agregan los autores, que los niños/as que presentan ideación suicida tienden a pensar y soñar más sobre la muerte, manifiestan mayor temor a la muerte y se preocupan más de la muerte, que los niños/as que no presentan una tendencia suicida. Al respecto, Cyrulnink (2014) señala que la aparición de la idea

de muerte como solución posible a un problema humano depende del sexo, del nivel del desarrollo de la persona y de las estructuras socioculturales en las que los niños/as crecen.

Distintos autores, plantean que no todos los niños/as aprecian que el suicidio puede resultar en una muerte irreversible (Schaffer & Pfeffer, 2001; Carballo et al., 2010; Bella et al., 2010). No obstante, según Almonte (2012) para presentar conductas suicidas, no es prerequisite tener un concepto maduro de muerte, basta con desear estar en ese estado. Al respecto, Cyrulnink, (2014) señala que la idea de muerte “es un proceso lento que se construye gradualmente y es la resultante de las transacciones incesantes entre lo que es el niño/a y lo que hay a su alrededor” (p. 28).

Viñas et al. (2000) en un estudio realizado en España con escolares de 8 a 12 años, encontraron que solo el 40,5% de los escolares que presentaron ideación suicida entendían que la muerte es un evento que afecta inevitablemente a todos los seres vivos, que es un proceso irreversible y que además, conlleva necesariamente el cese de toda actividad corporal, es decir, menos de la mitad de los escolares con ideación suicida presentaban una comprensión cabal de la muerte. Los autores, no hallaron influencia de la variable inteligencia en los resultados. Estos hallazgos coinciden con las ideas de Schaffer & Pfeffer (2001) quienes plantean que la apreciación de un niño/a sobre la finalidad de la muerte no debería necesariamente influir en la seriedad de la ideación suicida, porque pudiese ser que el niño/a se involucre en un comportamiento suicida, sin entender las consecuencias a largo plazo de dicha conducta.

Entre las conductas suicidas, la ideación suicida es la más frecuente en niños/as y adolescentes de ambos sexos, y no se presenta exclusivamente en comorbilidad con algún trastorno psicopatológico, a diferencia de lo que ocurre con los intentos suicidas (Schaffer & Pfeffer, 2001; Schaffer & Greenberg, 2003; Miranda et al., 2009; Bella et al., 2010; Hernández et al., 2013). Según Schaffer & Greenberg (2003) la ideación suicida de presentarse con psicopatología, se asocia con mayor frecuencia con: trastorno depresivo, trastorno de ansiedad

y trastorno disocial en la adolescencia y con un trastorno del comportamiento perturbador en el caso de los niños/as de menor edad.

Respecto a los antecedentes empíricos, se encontró un número reducido de investigaciones que abordan la **ideación suicida en menores de 14 años**, las cuales en general, son de carácter **transversal descriptivo**, con **poblaciones no clínicas** y que se orientan a identificar la prevalencia de la ideación suicida en población escolarizada. No se encontró ningún estudio de ideación suicida centrado en población pediátrica en Chile, sólo se halló una investigación realizada por Haquin, Larraguibel y Cabezas, (2004) con adolescentes de 11 a 18 años en la ciudad de Calama, pero cuyos resultados no están diferenciados por edad (mayores y menores de 14 años). Como se ha señalado con anterioridad, en general, las investigaciones de ideación suicida están orientadas a adolescentes mayores de 14 años.

El primer estudio a nivel internacional revisado es de **Bourdet-Loubère & Raynaud (2013)** realizado en **Francia** con 157 niños/as (población no consultante) entre 6 y 13 años, quienes encontraron que un **20%** de la muestra presentó pensamientos suicidas. De éstos, el 12,7% tenían igual o menos de 11 años, encontrando diferencias significativas por edad. No se evidenciaron diferencias significativas por sexo. Los niños/as con conductas suicidas eran también los que presentaron síntomas de depresión significativamente más graves y menores niveles de calidad de vida en comparación con los niños/as sin conductas suicidas.

En **Brasil** se identifica un estudio realizado por **Dias de Mattos et al. (2010)** con una muestra de 1039 adolescentes, de 11 a 15 años, donde la prevalencia de ideación suicida alcanzó el **14,1%**. Se identificaron como factores asociados a la ideación suicida el sexo femenino, el consumo de alcohol y drogas, así como, la manifestación de síntomas de un trastorno disocial y trastorno depresivo.

Destaca en esta línea de investigación, un estudio realizado en **México** por **Miranda et al. (2009)**, en la ciudad de Hermosillo, Sonora, con una muestra de 631 estudiantes de entre

10 y 13 años, donde el **29,2%** de la muestra presentó ideación suicida. Los niños/as que presentaron pensamientos suicidas manifestaron mayores estados depresivos, autoestima baja y niveles altos de ansiedad, en comparación a los niños/as sin ideación suicida.

Por su parte, **Cano et al. (2009)** realizaron un estudio en **Perú**, con 530 escolares de 12 a 19 años, donde el 64,3% de la muestra, corresponde al grupo de 12 a 14 años. Del total de la muestra el 33,6% presentó ideación suicida. En relación a los grupos etarios, la prevalencia de ideación suicida entre los 15 a 19 años fue de 48% y en el grupo de 12-14 años, alcanzó el 30,5%. Relevante es que del 74,3% de los que pensaron en quitarse la vida, realizaron una tentativa suicida.

Un estudio realizado por **Toro et al. (2009)** con 779 escolares entre 11 y 19 años, en **Colombia**, revelan que los niños/as entre 11 y 14 años representan un 54,2% del total de la muestra, no se evidenciaron diferencias significativas por sexo, en cambio, si por edad, en las cuales la preadolescencia presentó la mayor proporción de escolares con riesgo de suicidio. La depresión y la disfunción familiar se asociaron positivamente con el riesgo de suicidio.

Un estudio realizado en **España**, por **Viñas et al. (2002)** con 361 escolares entre los 8 y 12 años, mostró que la prevalencia de ideación suicida fue del **13,6%** (10,5 % de las niñas y el 16,8 % de los niños). De éstos, el 10,3 % correspondió a la ideación suicida moderada, mientras que el 3,3% correspondió a la intención (ideación suicida severa). Los grupos de niños/as con y sin ideación suicida, no difirieron significativamente en términos de edad y sexo. Además indican que los trastornos depresivos son más frecuentes en niños/as con ideación suicida, así como, las puntuaciones de estos escolares en la escala de desesperanza eran significativamente mayores que los del grupo sin ideación. Ambos grupos presentan el mismo nivel de autoestima, no obstante, escolares que presentan ideación suicida y depresión, aparecen significativamente con menor autoestima y más desesperanza. Destacan que aproximadamente un tercio de los niños/as con ideación suicida, no presentó síntomas depresivos.

También en **España**, unos años antes, **Viñas et al. (2000)** realizaron un estudio con 361 niños/as entre 8 y 12 años, donde el **13,5%** de la muestra presentó ideación suicida. En esta investigación los autores señalan la relevancia de la sintomatología depresiva asociada a la ideación suicida. Además, se evidencia que a medida que aumenta la edad se incrementa progresivamente el porcentaje de escolares con ideación suicida, no obstante, la variación no es estadísticamente significativa. Los varones presentaron mayor ideación suicida que las niñas.

Cabe señalar que en estas investigaciones de ideación suicida en población preadolescente, se utilizó - salvo en un estudio - el Inventario de Depresión infantil (CDI), el cual también fue utilizado en esta investigación.

Esta revisión, concuerda con el análisis realizado por Tishler et al. (2007) quienes señalan que los estudios de ideación suicida en niños/as, muestran alguna variabilidad en frecuencia, diferencias por edad y grupo de referencia. Asimismo, estos autores plantean que aumenta la frecuencia de ideación suicida cuando el grupo de niños/as presenta antecedentes de maltrato o abuso sexual.

2.5. FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA INFANTO-JUVENIL

Existe consenso entre los autores respecto a la multicausalidad de la conducta suicida infanto-juvenil. Se han descrito un sinnúmero de factores asociados, sin embargo, en población pediátrica (menores de 14 años), los estudios coinciden en la relevancia que tiene el contexto familiar y la presencia de trastornos psiquiátricos a la base (Viñas et al., 2002; Tishler et al., 2007; Carmona et al., 2010; Retamal et al., 2010; Von Dessauer et al., 2011; Vianchá et al., 2013). Al respecto, Vianchá et al. (2013) plantean que la aparición de un factor de riesgo asociado con las ideas suicidas, no puede ser considerado como el único factor asociado, ya que el suicidio es un proceso dinámico de carácter multifactorial y no sólo un hecho estático e individual.

Tal como fue señalado, son diversos los factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que interactúan e influyen en la manera que se configura el fenómeno de la conducta suicida en preadolescentes.

2.5.1. FACTORES BIOLÓGICOS

El principal factor que se relaciona con una respuesta neurobiológica frente al suicidio, son las alteraciones del sistema de neurotransmisión serotoninérgica (Shaffer & Greenberg, 2003; Gutiérrez-García & Contreras, 2008; Echeverry et al., 2010; Cyrulnik, 2014), factor que desempeña un rol importante en la regulación del humor.

Los estudios muestran que el contenido del principal metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA), se encuentra disminuido en el líquido cefalorraquídeo. De esta manera, una baja de la cantidad del metabolito de la serotonina, el 5HIA, implicaría una función serotoninérgica disminuida (Shaffer & Greenberg, 2003; Gutiérrez-García & Contreras, 2008; Echeverry et al., 2010; Cyrulnik, 2014). Al respecto, Cyrulnik (2014) enfatiza que todo aquello que disminuye la síntesis de la serotonina aumenta la vulnerabilidad de un niño/a.

En cuanto a la vulnerabilidad del niño/a y la conducta suicida, Cyrulnik (2014) plantea:

La vulnerabilidad emocional, por lo tanto, se adquiere durante interacciones precoces mediante una asociación entre cierta aptitud genética y una estructura ambiental. El sistema «serotonina-lóbulos prefrontales» no adquiere entonces la función pacificadora que le permite dominar las pulsiones. Cuando en su mundo surge un peligro, el circuito límbico que trata las emociones (...), se «inflama» y consume mucha energía. Debido a que la inhibición, ese freno que proviene de los lóbulos prefrontales, no se ha instaurado (...), el sujeto permanece sometido a sus emociones, que es incapaz de controlar (p. 33).

En ese sentido, Cyrulnik (2014) relaciona esta disminución de serotonina en el cortex prefrontal y el tronco cerebral, con el aislamiento sensorial experimentado por algunos niños/as en la primera infancia, los cuales no han sido lo suficientemente estimulados, para favorecer la sinaptización de los lóbulos prefrontales.

Al respecto, Gutiérrez-García y Contreras (2008), plantean que la corteza prefrontal desempeña un papel fundamental en la regulación del estado de ánimo y se relaciona con el suicidio. Señalan a partir de una revisión acerca del tema, que son de particular interés, las alteraciones encontradas en la corteza prefrontal y el hipocampo, ya que estas dos estructuras participan en la integración de la emoción y el manejo del estrés, aspectos que estarían relacionados con la conducta suicida en jóvenes. Asimismo, señalan la relevancia del daño cortical prefrontal, ya que produce desinhibición conductual e incremento de la impulsividad, los cuales son identificados como factores de la diátesis suicida.

Echeverry et al. (2010) a partir de una revisión acerca del tema, indican que otros factores que se relacionan con una respuesta neurobiológica frente al suicidio, son el alcohol y el colesterol. Al respecto, los autores señalan que se han formulado hipótesis que implican el efecto del alcohol en el metabolismo y el recambio de serotonina, mecanismos relacionados

con la conducta suicida. En cuanto a la concentración de colesterol total se relacionó directamente con el riesgo de suicidarse de manera violenta (Gutiérrez-García & Contreras, 2008; Echeverry et al., 2010).

También se ha buscado alguna disfunción de otros sistemas de neurotransmisión, como el dopaminérgico y el noradrenérgico, con resultados inconstantes (Gutiérrez-García & Contreras, 2008).

2.5.2. FACTORES PSICOLOGICOS

A nivel de factores psicológicos, la alta incidencia de trastornos de Salud Mental se considera como factor predisponente de la ideación suicida infanto-juvenil (Pfeffer, 2002; Viñas et al., 2002; Miranda et al., 2009; Bella et al., 2010; Von Dessauer et al., 2011; Pandolfo et al., 2011). Al respecto, en la preadolescencia los estudios relacionan la ideación suicida con mayor sintomatología depresiva y menor autoestima. (Viñas et al., 2002; Miranda et al., 2009)

2.5.2.1. Depresión

Los estudios corroboran la relación entre ideación suicida y la depresión en preadolescentes (Viñas et al., 2000; Viñas et al., 2002; Trishler et al., 2007; Toro et al., 2009; Miranda et al., 2009; Dias de Mattos et al., 2010; Vianchá et al., 2013; Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013).

Bourdet- Loubère y Raynaud (2013), en un estudio realizado en Francia que evaluó ideación suicida en niños/as de 6-13 años, midieron la depresión con el CDI y encontraron que los niños/as con tendencias suicidas tenían significativamente mayor puntuación total en el cuestionario. Concluyeron que la gravedad de los síntomas depresivos se confirma como un indicador importante del riesgo de suicidio y subrayan, la importancia del contexto emocional y social de los niños/as en estos casos. Por su parte, Miranda et al. (2009) en un estudio con escolares de 10-13 años en México, encontraron mayores estados depresivos (68%) en aquellos

niños/as que presentaban ideación suicida en comparación al grupo sin ideación. De éstos, un 27,3% presentaba depresión severa.

Asimismo, se evidencia que si bien la ideación suicida es uno de los síntomas de la depresión, muchos niños/as que cumplen con los criterios diagnósticos de una depresión, no manifiestan ideación suicida. En una muestra clínica de 407 niños/as de entre 7 y 14 años, que presentaban un trastorno depresivo mayor en Hungría, un 33% de éstos no presentaba conducta suicida; y el 67% restante si manifestaba dicha conducta: pensamientos recurrentes de muerte (20%), ideación suicida (18%) y un plan suicida (18%) (Tamás et al., 2007).

Del mismo modo, no todos los niños/as con ideación suicida sufren de una depresión. (Viñas et al., 2000; Viñas et al. 2002; Miranda et al. 2009) Al respecto, Miranda et al. (2009) encontraron un alto porcentaje de ideación suicida en preadolescentes escolarizados, así como, el grupo con ideación suicida presentó mayores estados depresivos (68%) en comparación con el grupo sin ideación, mostrando una diferencia estadísticamente significativa. En este estudio, los escolares que presentaron depresión tienen un riesgo 8,8 veces mayor de tener ideación suicida cuando se les compara con el grupo de niños/as sin ideación suicida. Del mismo modo, Viñas et al. (2000) encontraron que los niños/as entre 8 y 12 años con ideación e intencionalidad suicida presentaron mayor sintomatología depresiva, no obstante, a pesar de la relación estadísticamente significativa, identificaron escolares que presentaron ideación suicida con ausencia de sintomatología depresiva. Estos autores resaltan que si bien, la depresión es un importante factor de riesgo, no es imprescindible su presencia para que se desarrolle la ideación suicida.

Cañon (2011) de la revisión realizada, destaca a la depresión como un factor de riesgo significativo asociado a la conducta suicida en niños/as y adolescentes. Según la autora, “La depresión conlleva a tener una visión distorsionada del mundo, pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre-generalización, excesiva autocrítica, baja tolerancia a la frustración, situaciones

que hacen que los jóvenes sean más vulnerables para generar pensamientos y conductas suicidas” (Cañon, 2011, p. 65).

En tanto, Villardón (1993) plantea que el factor que mejor predice el pensamiento suicida es la depresión y ésta suele llevar asociadas tres características cognitivas esenciales: una visión negativa del mundo, del futuro, asociada a desesperanza y de sí mismo, relacionada con una baja autoestima. Toro et al. (2009) coinciden en la relevancia de la depresión como factor asociado al suicidio, y señalan que otros factores relacionados son los sentimientos de soledad y desesperación.

Según Vianchá et al. (2013) la depresión explica mejor la presencia de ideación suicida en mujeres a diferencia de los hombres, pues en ellos la dimensión social del autoconcepto, es el factor determinante (Fernández & Merino, 2001; citado en Vianchá et al., 2013).

En investigaciones que abordan el intento suicida en preadolescentes, también se evidencian altos niveles de depresión (Leiva et al., 2008; Sánchez et al. 2010; Bella et al., 2010; Von Dessauer et al., 2011). Al respecto, estudios realizados en Chile muestran que los rasgos depresivos representan un factor presente en la mitad de los casos y se relacionan significativamente con esta conducta suicida. Leiva et al. (2008) hallan un 53,5% y Von Dessauer et al. (2011) un 50,9%, de niños/as y adolescentes que manifestaban síntomas depresivos y presentaron una tentativa de suicidio.

2.5.2.2. Autoconcepto

En la literatura se observa un uso indistinto del término autoconcepto y autoestima, si bien, en el primero prepondera lo cognitivo y en el segundo, lo valorativo. Al respecto, Villardón (1993) plantea que el autoconcepto tiene tanto un aspecto descriptivo como evaluativo y valorativo.

Existe evidencia que el bajo autoconcepto aparece como predisponente de ideación suicida en preadolescentes (Miranda et al., 2009; Vianchá et al., 2013). Al respecto, Miranda et al. (2009) en la investigación con escolares de 10 a 13 años, encontraron que el grupo con ideación suicida presenta una autoestima más baja en comparación con el grupo sin ideación. Al respecto, la autoestima se correlaciona más alto que la ansiedad con la ideación suicida preadolescente. Ambos sexos con ideación suicida se ubican en niveles bajos y medios de autoestima, mientras que los que no tienen ideación se ubican en autoestima alta. Los escolares en este estudio que presentan nivel bajo de autoestima tiene un riesgo 3.7 veces mayor, de presentar ideación suicida.

Al respecto, Schaffer & Pfeffer (2001) plantean que “las visiones negativas sobre la propia competencia, la pobre auto-estima, un sentido de responsabilidad por eventos negativos, y la inmutabilidad de estas atribuciones distorsionadas pueden contribuir a la <desesperanza> que se ha relacionado repetidamente con la suicidalidad” (p. 158).

En España, Viñas et al. (2002) en un estudio con niños/as entre 8 y 12 años, encontraron una relación entre la baja la autoestima y la ideación suicida, pero sólo cuando los síntomas depresivos están presentes. Este hallazgo también apoya la asociación entre la depresión y la autoestima. Las niñas, presentaron más rasgos de baja autoestima.

Sánchez et al. (2010) de los estudios revisados, visualizan entre los factores de riesgo psicológicos, que la autoestima es una variable particularmente importante para explicar la ideación suicida, sin embargo, los resultados de su estudio no concordaron con estos antecedentes y plantean que la relación entre autoestima e ideación suicida es controvertida.

2.5.2.3. Antecedentes de tentativa suicida

Distintos autores señalan la tendencia de los intentos suicida a repetirse a lo largo de la vida, y consideran la tentativa suicida previa como un factor de riesgo significativo para la conducta

suicida (Campo et al., 2003; Carmona et al., 2010; Sabina et al., 2010; Inzunza et al., 2012; OMS, 2013). Según Bella et al. (2010 b) el antecedente de tentativa de suicidio, es el factor de riesgo más importante para predecir la repetición de un nuevo intento de suicidio. Al respecto, haber cometido un intento de suicidio previo incrementa mucho más el riesgo de que un varón eventualmente se suicide, pero el efecto predictivo es menos sustancial en mujeres (Cabra et al., 2010).

Las investigaciones acerca de la tentativa de suicidio infanto-juvenil, dan cuenta de la presencia de antecedentes previos de intento suicida, alcanzando un 30% (Von Dessauer et al., 2011) o 32 % (Bella et al., 2010), porcentaje altos, considerando el grupo etario en estudio y que este factor aumenta el riesgo de lograr el objetivo. Al respecto, Bella et al. (2010 b) plantean que “la presencia de intentos de suicidio previos y trastornos mentales como la depresión y el trastorno de conducta disocial se potenciarían, lo cual incrementa el riesgo de repetir nuevas conductas suicidas y consumarlas” (p. 128). Estos autores destacan la baja proporción de tratamientos previos en Psiquiatría o Psicología, aun cuando muchos de los niños/as o adolescentes presentaban intentos previos de suicidio.

2.5.2.4. Otros factores psicológicos

Tal como se ha señalado, existe consenso acerca de que la ideación suicida presenta trastornos psiquiátricos a la base, siendo clara y documentada la asociación con la depresión. Sin embargo, se observa variabilidad acerca de la relación con otras patologías.

Se encuentran antecedentes que implican riesgo asociado a conducta suicida con trastorno de conducta disruptiva (Tishler et al. 2007; Bella et al., 2010) y esquizofrenia (Tishler et al. 2007), conducta alimentaria de riesgo (Sánchez et al., 2010), agresividad (Cabra et al., 2010) y ataques de pánico (Schaffer & Pfeffer, 2001; Hernández et al., 2013). Asimismo, se ha establecido el consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo (Dias de Mattos et al., 2010;

Hernández et al., 2013) sin embargo, Toro et al. (2009) e Inzunza et al. (2012) no encontraron dicha asociación.

Villardón (1993) plantea que el alto nivel de estrés se asocia a un nivel alto de ideación suicida y que el afrontamiento maladaptativo tiene poder predictivo del pensamiento suicida. La autora especifica que la dimensión más importante es la visión optimista de la vida y de la propia capacidad de afrontamiento. Agrega que “el consumo de alcohol o drogas es el modo de afrontar ineficazmente los problemas que explica mejor la ideación suicida” (Villardón, 1993; p. 271). Al respecto, los datos muestran que los jóvenes con ideación suicida, utilizan estrategias de afrontamiento poco adaptativas, focalizadas en la emoción, que tienden a la autoculpabilización (Quintanilla, Valadez, Valencia & González, 2005; citado en Vianchá et al. 2013).

Vianchá, Bahamón y Alarcón (2013) de la revisión realizada identifican los estados ansiosos y la comunicación deficiente como variables intervinientes en el fenómeno del suicidio. Al respecto, “La ansiedad, agregada a un cuadro clínico de ideación suicida, cumple más bien, un rol amplificador en el desarrollo y/o la mantención de la ideación suicida, es un factor de riesgo per se” (Baader, Urra, Millán & Yañez, 2011, p. 304).

En un estudio de Cortés et al. (2011) realizado en Cuba con adolescentes de 10 a 19 años, se evidencia que existe una relación entre factores de riesgo personales, como son los deseos de hacerse daño, sentimientos de desesperanza y elaboración de planes suicidas, para cometer intento de suicidio.

2.5.3. FACTORES FAMILIARES

El entorno familiar es un factor relevante a la hora de analizar los posibles mecanismos que conducen a la desarrollo de la conducta suicida. La tensión y el conflicto familiar se identifican

como factores de riesgo relevantes de la conducta suicida en niños/as y adolescentes (Viñas et al., 2002; Saucedo et al., 2006; Toro et al., 2009).

Quintanar (2007) destaca

que la conducta suicida también se relaciona con el debilitamiento de estructuras sociales que sirven de contención y soporte a los sujetos para hacer frente a los diferentes eventos de la vida. En este sentido, la familia constituye una de las estructuras más importantes, y es la base de procesos de desarrollo emocional y social; estructura que se ha modificado sustancialmente con los cambios sociales, por lo cual se ha incrementado la vulnerabilidad de las personas, y especialmente de los adolescentes (citado en Pérez et al., 2013, p. 554).

Ser testigo de violencia, experiencias múltiples de desestabilidad, historias de maltrato, experiencias estresantes incluidas los abusos físico o sexual, las pérdidas de personas emocionalmente importantes, altos niveles de comportamiento agresivo en los familiares, baja cohesión familiar, inconsistencia en el establecimiento de límites y normas, entre otros, se han asociado a conductas suicidas en niños/as y adolescentes (Tishler et al., 2007; Sánchez et al., 2007; Almonte, 2012).

Melhem et al. (2007) plantean que la literatura ofrece pistas en cuanto a los mecanismos y precursores de la transmisión familiar de la conducta suicida. Asimismo, indican que hay hallazgos basados en estudios de adopción que plantean que la transmisión familiar de la conducta suicida, ya que no puede ser explicada por la transmisión de los principales trastornos psiquiátricos por sí solos. Al respecto, estos autores, a partir de un estudio prospectivo realizado con 365 hijos/as de 203 padres con trastorno depresivo, y de éstos un 54% con antecedentes de intento suicida, identifican como precursores de la conducta suicida temprana: los mayores

niveles de agresividad impulsiva en los padres, la historia familiar de conducta suicida y de abuso sexual, entre otros.

Un estudio realizado por Florenzano et al. (2011) con 2346 adolescentes mayores de 12 años, señala la importancia de los factores familiares en la ideación suicida que presentan éstos, mostrando que mientras mayor sea la aceptación, el apoyo y el control, es menor la ideación suicida. Los autores encontraron que aquellos adolescentes “cuyos padres ejercen autonomía psicológica, aceptación parental, expresión de afectos físicos, amabilidad parental y monitoreo paterno poseen menor ideación suicida que los adolescentes cuyos padres carecen de estas conductas” (p. 1533).

Las familias armónicas, equilibradas y con interacciones positivas, muestran mejores capacidades adaptativas para enfrentar con éxito las frustraciones existenciales, así como, la reestructuración de la convivencia familiar de manera creadora ante eventos generadores de sufrimiento (Hernández et al., 2013), de este modo, actúan como factores protectores de la conducta suicida infanto-juvenil. Por otra parte, Sánchez et al. (2010) a partir de un estudio con 1285 estudiantes entre los 12-18 años, plantean que el buen funcionamiento familiar puede ser considerado un factor protector indirecto de la ideación suicida.

De la revisión realizada por Tishler et al. (2007), los principales motivaciones reportadas hacia el suicidio se relacionan con factores familiares, tales como: pérdida de la madre o del padre, asumir la culpa o distraer la atención de problemas familiares tales como el divorcio, autocastigo, escapar de una insoportable situación de vida, la evitación del castigo, entre otros.

2.5.3.1. Abuso sexual

“La ideación suicida persistente puede relacionarse con abusos sexuales intrafamiliares mantenidos en el tiempo, que al no develarse por temor a las repercusiones en la familia o por amenazas del abusador, aumentan el riesgo de consumir el suicidio” (Almonte, 2012, p. 563).

Distintos autores coinciden en que los eventos traumáticos, como es el abuso sexual, hace a la población joven proclive a la ideación y al intento suicida, así como, al suicidio consumado. (Melhem et al., 2007; Bella et al., 2010; Cañon, 2011; Vianchá et al., 2013). Al respecto, Almonte (2012) señala que una infancia traumática puede desarrollar impulsividad y agresividad que aumenta este tipo de conducta.

Barudy y Dantagnan (2012) plantean que cuando el trauma se produce, provoca un impacto en las diferentes áreas de la personalidad del niño/a. Las consecuencias pueden ser mecanismos adaptativos, que los niños/as desarrollan para hacer frente al dolor y al estrés. Las conductas autodestructivas según estos autores, son con frecuencia expresión de sentimientos de culpa, rabia y la estigmatización que se relaciona con el hecho de que niños/as en los abusos sexuales son culpabilizados, denigrados y humillados. Cirillo & Di Blasio (1991, citado en Páramo et al., 2007) destacan que el hecho de no sentirse escuchados ni protegidos, en estos casos, favorece la aparición de conductas auto-agresivas que pueden llegar al suicidio.

Por su parte, Melhem et al. (2007) plantean que la historia familiar de abuso sexual, es un precursor potencial de la conducta suicida en niños/as, al afectar la calidad de la crianza y el apego, así como, aumenta el riesgo de que el niño/a también experimente abuso sexual, sin embargo, señalan que es un aspecto que requiere de aclaración con la realización de estudios longitudinales.

2.5.3.2. Maltrato infantil

Distintos autores plantean que un hogar disfuncional en el que existan frecuentes discusiones entre los padres y demás miembros, asociado al maltrato físico o psicológico, pueden predisponer a un acto suicida (Páramo et al., 2007; Cabra et al., 2010; Cortés et al., 2011; Cortés et al., 2012; Zelaya et al., 2012; Hernández et al., 2013).

Barudy y Dantangan plantean:

No hay peor trauma que el producido dentro de la propia familia: sus consecuencias tan graves están asociadas al significado de las relaciones intrafamiliares, a la situación paradójica en la que los niños son maltratados por quienes se supone que tiene que cuidarles, protegerles y educarles (Barudy & Dantagnan, 2012, p. 152).

Al respecto, Zelaya et al. (2012) en un estudio de niños/as y adolescentes con intentos de suicidio, encontraron en la totalidad de casos algún tipo de maltrato infantil. La exposición a violencia intrafamiliar correspondía al (68.6%) de los casos, seguido de abuso sexual (52%), maltrato psicológico (39.2%) y maltrato físico (28,4%). Destacan que con mayor frecuencia, ambos padres (45.1%) fueron los agresores.

Asimismo, en Cuba, en un estudio realizado por Hernández et al. (2013), con niños/as y adolescentes ingresados por intento de suicidio, se evidenció un predominio de experiencias de castigos físicos (61,5%). Además, identifican las humillaciones como un factor que se presenta en el 50% de los casos, las cuales son una forma de violencia, basada en la etiquetación y comparación de los adolescentes con otros, en sentido peyorativo, siendo los padres quienes les ofendían constantemente y en cualquier contexto. Según los autores, el maltrato físico y psicológico afectó en alguna medida el desarrollo pleno de sus víctimas y contribuyó a la aparición de la ideación suicida.

En México, Páramo et al. (2007) a partir de autopsias psicológicas realizadas a 29 casos de suicidio infantil (8 a 14 años) destacan que el 51,7% de los casos, fue víctima de alguna forma de maltrato en sus casas; 41% recibía maltrato físico, 31% maltrato psicológico, 3,4% fue víctima de abuso sexual y 10,34% de negligencia. Los autores, plantean que el abuso sexual fue poco frecuente, lo que podría deberse a lo poco reconocido y denunciado que éstos suelen ser. Además, el estudio plantea que el 20,7%, había intentado suicidarse previamente en una, dos o

tres ocasiones (80%). Al respecto, aparece como relevante que el maltrato psicológico, correlacionó significativamente con intentos previos de suicidio.

2.5.3.3. Cohesión familiar

La prevalencia de ideación suicida es mayor en hogares desligados o separados que en aquellos con mayor cohesión familiar (Sánchez, Guzmán & Cáceres, 2005; citado en Pérez et al., 2013), lo que coincide con lo planteado por otros autores (Tishler et al., 2007; Toro et al., 2009).

Según Toro et al. (2009) cuando las relaciones familiares son cálidas, estrechas y cooperativas, los miembros de ésta se fortalecen y se fomenta la evolución personal, en cambio, cuando lo anterior no acontece, predomina la incertidumbre y el malestar que puede generar la ideación e incluso el intento suicida.

Hernández et al. (2013) plantean que la ausencia de apoyo familiar y de calidez familiar son los principales factores de riesgo de la conducta suicida, lo cual se asocia generalmente a la sensación de la persona de que no es necesario, significativo o útil dentro del grupo en que se desenvuelve, y por otra parte, su aislamiento reduce posibilidades de recibir ayuda.

2.5.3.4. Antecedentes familiares de conducta suicida.

La historia familiar de suicidio es considerado por distintos autores un factor de riesgo significativo de la conducta suicida infanto-juvenil, es decir, los intentos suicidas o los suicidios consumados en la familia generan un gran impacto en los niños/as y los lleva a considerar la posibilidad del suicidio (Pfeffer, 2002; Tishler et al., 2007; Melhem et al., 2007; Cortés et al., 2011; Christiansen et al., 2011; Cortés et al., 2012).

Christiansen et al. (2011) en un estudio realizado en Dinamarca que incluía dos generaciones, demostró una significativa correlación entre los padres con antecedentes de

intento de suicidio y un descendiente que presenta riesgo de intento de suicidio. Al respecto, Tishler et al. (2007) plantea que un niño/a presenta mayor probabilidad de pensar e intentar suicidarse en una edad temprana, si un padre o hermano muestra un comportamiento suicida.

Por su parte, Melhem et al. (2007) encontraron a partir del estudio prospectivo realizado con 365 hijos/as de padres con trastorno depresivo con y sin antecedentes de intento suicida, que los hijos/as de padres con intento suicida eran mucho más propensos a experimentar un intento suicida que los que tenían padres sin intentos, de ese modo, el estudio concluye que el intento suicida de los padres confiere un riesgo significativamente mayor.

2.5.3.5. Antecedentes familiares de psicopatología

La presencia de psicopatología en miembros de la familia, incluyendo desordenes del ánimo, trastorno de personalidad, conducta violenta, abuso de sustancia, correlaciona con conducta suicida en niños (Tishler et al., 2007; Cortés et al., 2012; Almonte, 2012).

Según Cayedo et al. (2010) la estructura familiar puede incidir en las conductas suicidas. La ausencia de la figura paterna y la disfuncionalidad de los hogares fueron constada en el 100% de los casos en el estudio realizado. En general, cuando existe disfuncionalidad familiar en el hogar, el riesgo de suicidio sería dos veces con relación al de los adolescentes que la consideran funcional (Toro et al., 2009).

Cortés et al. (2012) en un estudio con adolescentes con intento suicida, encontraron como factores de riesgo altamente significativo a nivel familiar, las peleas recientes con seres queridos y problemas afectivos dentro de la familia, entre otros. Por su parte, Valadez et al. (2005) en un estudio de escolares con antecedente de intento suicida encontraron la mayor asociación estadística en las dificultades económicas de la familia, luego la inadecuada comunicación y las escasas manifestaciones de afecto. También, tiene fuerte asociación el manejo inadecuado de conflictos y agresividad al interior del contexto familiar.

2.5.4. FACTORES SOCIALES

A nivel social, Aceituno et al. (2012) plantean que un factor asociado a la conducta suicida es el proceso de crecimiento económico y cambios en el mercado del trabajo. Según los autores, las cifras más altas de prevalencia de trastornos mentales se encuentran en ciudades que han tenido un acelerado desarrollo económico.

Cada vez son mayores las exigencias para los niños, precisamente por las demandas de una sociedad que los satura de información y de procesos que superan sus capacidades de respuesta (...) Además, la agresión y violencia a la que están expuestos se constituye en un factor de riesgo y, por tanto, de predisposición que los hace francamente vulnerables a considerar conductas autolíticas que en el pasado, tal y como lo demuestra la pobre producción de conocimientos sobre el tema, ni siquiera se hubiese concebido (Palacios et al. 2007, p. 55).

Al respecto, se ha identificado como factor de riesgo relevante de la conducta suicida en niños/as y adolescentes, el bullying en el ámbito escolar, especialmente si hay patología psiquiátrica asociada (Schaffer & Greenberg, 2003; Brunstein, Sourander & Gould, 2011).

Según Tislher et al. (2007) las situaciones negativas en el colegio han aumentado el riesgo de suicidio en niños/as. Aquellos escolares que están lidiando con la presión negativa de los pares, problemas con los compañeros, malos resultados académicos y la soledad, están en mayor riesgo. Asimismo, Sánchez et al. (2007) indican que factores de riesgo desencadenante para el intento suicida son los problemas escolares (14,2%). Al respecto, Pérez et al. (2007) identifican como factores de riesgo frecuente, las pérdidas de años escolares y los conflictos con los maestros (32%) y problemas escolares al momento del intento (37,6%).

Inzunza et al. (2012) a partir de un estudio con menores de 20 años con tentativa suicida, señalan que el sistema escolar funciona como un estresor para el niño/a o adolescente como para su familia, e identifican un patrón estacional de la conducta suicida, ya que observan que “el aumento de casos en los últimos meses de actividad académica coincide con el momento anual de mayor demanda en relación al sistema escolar, lo que podría orientar en una asociación” (p. 756).

2.5.4.1. Bullying

El bullying se trata de un fenómeno presente en todos aquellos contextos de relaciones interpersonales, en los que niños/as y adolescentes están juntos de forma más o menos obligatoria pero relativamente permanente y donde el sentirse aceptado por parte del grupo de pares reviste singular importancia para el desarrollo de la dimensión social del sujeto adolescente (Valadez et al., 2011).

La relación entre los problemas interpersonales en contexto escolares - como el acoso y la violencia escolar - y el suicidio, ha sido ampliamente estudiada, dado el aumento de ambos fenómenos (Vianchá et al, 2013). La evidencia indica que existe la misma probabilidad de ideación suicida siendo víctima o victimario (Cano et al., 2009; Vianchá et al., 2013), así como, el aumento de la ideación suicida en el género masculino.

Valadez et al. (2011) plantean que los procesos de victimización en un grupo de adolescentes de 12 a 24 años, se asociaron de manera significativa a la presencia de ideas y pensamientos suicidas, siendo la crítica y el rechazo social por parte de los compañeros, lo que aumenta el riesgo suicida. También señalan que la dinámica del maltrato entre iguales como fuente de estrés tiene consecuencias en los estudiantes involucrados, principalmente, experimentar sentimientos de soledad y abandono.

Asimismo, los niños/as que experimentan comportamientos violentos impulsados por los pares (bullying, extorción o coerción al uso de alcohol o drogas) es también un significativo factor de riesgo que puede conducir rápidamente al niño/a a tener una sensación de desesperanza, impotencia y desesperación (Tishler et al., 2007). “La presencia de desesperanza social presente en la dinámica del acoso escolar juega un papel fundamental que funciona como activador de la ideación suicida y síntomas depresivos” (Vianchá et al. 2013, p. 116).

Sánchez et al. (2010) en un estudio con adolescentes de 12 a 21 años, encontraron que “los problemas de integración escolar se relacionan positivamente con la sintomatología depresiva y con la victimización escolar, dimensiones éstas que tienen una relación directa con la ideación suicida” (p. 285).

Por su parte, Brunstein et al. (2011) señalan que ya sea por medios tradicionales o por medio del ciberespacio, la intimidación y maltrato entre iguales plantea mayor riesgo de suicidio, sobre todo cuando hay psicopatología en comorbilidad. Asimismo, refieren que las mujeres victimarias tienen un mayor riesgo de suicidio, incluso cuando su intimidación es infrecuente a diferencia de los hombres que parecen estar en mayor riesgo de ideación suicida, sólo cuando son intimidados con frecuencia.

2.5.4.2. Nivel socioeconómico

Existen antecedentes que señalan que existe una asociación entre un bajo nivel socioeconómico y la conducta suicida infanto-juvenil (Valadez et al., 2005; Retamal et al., 2010; Florenzano et al., 2011).

Un estudio realizado por Florenzano et al. (2011) con 2346 adolescentes chilenos, plantea que la ideación suicida en este grupo etario tiene una asociación significativa con el género y nivel socioeconómico, observando que la ideación es mayor en establecimientos municipales en comparación a aquellos de dependencia particular. Según Valadez et al., (2005)

las dificultades económicas pueden favorecer el aumento de situaciones de estrés y tensión para los adolescentes y su familia.

Ventura-Juncá et al. (2010) identifican una marcada diferencia entre los estudiantes de colegios municipalizados y subvencionados, y aquellos de colegios privados, observando que la ideación suicida es bastante mayor en los colegios municipalizados (66,3%) en comparación a los privados (39%). Los autores, señalan su preocupación respecto a estos resultados, considerando que del total de estudiantes matriculados en colegios de Chile, el 48% lo están establecimientos municipales y sólo un 7% en privados.

Por último, cabe señalar, que la literatura destaca la importancia de identificar los factores de riesgo asociados a las conductas suicidas, de modo de orientar el diseño e implementación de medidas preventivas.

3-. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Describir factores sociodemográficos, psicológicos y familiares asociados a la ideación suicida, en escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, de colegios de la comuna de Viña del Mar.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Determinar la presencia de ideación suicida en escolares pertenecientes a la muestra.
2. Identificar y comparar transversalmente los factores sociodemográficos de escolares pertenecientes a la muestra, con y sin ideación suicida.
3. Identificar y comparar transversalmente los factores psicológicos, depresión y autoconcepto, de escolares pertenecientes a la muestra, con y sin ideación suicida.
4. Identificar y comparar los factores familiares, cohesión y adaptabilidad familiar, de escolares pertenecientes a la muestra, con y sin ideación suicida.

3.3. HIPÓTESIS:

1. Los escolares preadolescentes de ambos sexos presentan ideación suicida.
2. Los escolares preadolescentes con ideación suicida son principalmente mujeres.
3. Los escolares preadolescentes de ambos sexos con ideación suicida se presentan en todas las edades.
4. Los escolares preadolescentes de ambos sexos con ideación suicida provienen mayoritariamente de nivel socioeconómico bajo.
5. Los escolares preadolescentes de ambos sexos con ideación suicida presentan mayores indicadores de depresión, en comparación a los escolares preadolescentes de ambos sexos sin ideación suicida.
6. Los escolares preadolescentes de ambos sexos con ideación suicida presentan bajo autoconcepto, en comparación a los escolares preadolescentes de ambos sexos sin ideación suicida.
7. Los escolares preadolescentes de ambos sexos con ideación suicida presentan familias desligadas, con muy bajo grado de cohesión familiar, en comparación a los escolares preadolescentes de ambos sexos sin ideación suicida.
8. Los escolares preadolescentes de ambos sexos con ideación suicida presentan familias rígidas, con muy baja adaptabilidad familiar, en comparación a los escolares preadolescentes de ambos sexos sin ideación suicida.

4-. MARCO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO:

El diseño de esta investigación es no experimental y transversal, ya que no tiene por objetivo manipular las variables involucradas para efectos de producir resultados determinados y se llevó a cabo en un momento único, sin ningún tipo de seguimiento de la población.

El presente estudio es descriptivo de tipo comparativo, ya que pretende conocer la manifestación de la ideación suicida en preadolescentes escolarizados, a partir de la recolección de datos sobre diversos aspectos del fenómeno en estudio (Hernández, Fernández & Baptista, 2003).

4.2. MUESTRA:

La muestra fue no probabilística, de tipo intencionada, y estuvo conformada por 291 escolares, que presentan las siguientes características:

- Edad entre 10 y 13 años.
- Ambos sexos.
- Asisten a colegios de la comuna de Viña del Mar, de dependencia particular, particular subvencionada y municipalizada.
- Firmaron asentimiento informado, para participar de la investigación.
- Sus apoderados/as firmaron consentimiento informado.

Para obtener la muestra, la variable nivel socioeconómico fue definida a partir de la dependencia administrativa de los establecimientos educacionales (Gorostegui, 2005; Ventura-Juncá et al., 2010; Florenzano et al., 2011). De este modo, se consideró:

- Nse alto = Dependencia Particular.
- Nse medio = Dependencia Particular subvencionada.
- Nse bajo = Dependencia Municipal.

4.3. TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Los datos fueron recolectados a través de un cuestionario en formato autoaplicado que evalúa datos sociodemográficos con escalas de: depresión, autoconcepto, cohesión y adaptabilidad familiar.

Los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

- **Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs:** Inventario autoadministrado, que evalúa la presencia y severidad de síntomas de depresión en niños/as. Adaptado en Chile por Coggiola y Guillón (1991) y estandarizado por Cáceres y Collado (1994). La estandarización del instrumento se realizó en población escolar de ambos sexos, para las edades comprendidas entre los 8 y los 14 años de edad. Este instrumento permite un diagnóstico descriptivo de la depresión que se encuentra exento de valoraciones teóricas (Cáceres & Collado, 1994). En la mayoría de las investigaciones no es posible realizar un diagnóstico de depresión, ya que implicaría una entrevista y observación clínica; solo se plantea la sospecha de trastorno depresivo.

El instrumento consta de consta de 27 ítems en donde cada uno evalúa un síntoma a través de la presentación de tres alternativas las que se puntúan 0, 1 ó 2 puntos en dirección creciente de patología según la severidad del síntomas. En la estandarización chilena señalan el puntaje 18 como punto de corte la permite establecer la sospecha de un cuadro depresivo.

La estandarización chilena indica que el instrumento presenta una confiabilidad de 0,715 obtenida a través del método de Spearman-Brown (par-impar) y una estimación del coeficiente de alpha de Cronbach de 0,716. Además se calculó la estabilidad de la prueba, presentando un coeficiente de correlación de Pearson igual a 0,738. Todos estos resultados son estadísticamente significativos (Cáceres & Collado, 1994) para identificar sujetos que presentan el trastorno.

Instrumento ampliamente utilizado en investigaciones chilenas (Cova, et al., 2005) e internacionales (Viñas et al., 2002; Miranda et al., 2009; Dias de Mattos et al., 2011; Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013)

- **Escala de Autoconcepto de Piers Harris:** Instrumento autoadministrado para evaluar autoconcepto en niños/as entre 8 y 18 años, adaptado y estandarizado para Chile, por Gorostegui (1992). El instrumento permite obtener un resultado global y resultados para seis sub-escalas: Conducta, Estatus intelectual y escolar, Apariencia y atributos físicos, Ansiedad, Popularidad, Felicidad y Satisfacción, dimensiones específicas del autoconcepto. En esta investigación dado los objetivos planteados, solo se utilizará el resultado global.

La escala que consta de 70 ítems que deben ser contestados mediante “SI” o “NO”, y son puntuados en dirección positiva o negativa. El puntaje bruto obtenido se transforman en puntajes T.

La escala ha sido sometida a numerosas investigaciones, demostrando confiabilidad y validez. En la adaptación para Chile no se realizaron pruebas de validez concurrente o predictiva, debido a que el instrumento original cuenta con numerosos estudios que demuestran una alta validez (Gorostegui, 2004). El nivel de confiabilidad es de 0,885 para la escala total, obtenido a través de la prueba Kuder Richardson 20 (Gorostegui, 1992; en Gorostegui, 2004). Este instrumento ha sido utilizado en investigaciones chilenas con resultados satisfactorios (Gorostegui, 2004; De la Barra et al., 2002).

- **Escala de Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III) de Olson, Russell y Sprenkle:** Escala tipo likert, de autorreporte que permite evaluar las dimensiones de adaptabilidad y cohesión familiar, que son fundamentales para el Modelo Circumplejo de los sistemas matrimoniales y familiares. Además, proporciona una evaluación de la percepción del sistema familiar actual y una evaluación acerca del sistema familiar ideal.

Consta de 40 preguntas y evalúa a la familia en base a dos escalas, la percepción real y la ideal, con 20 ítems cada una. La diferencia entre las escalas, proporciona indicadores del grado de satisfacción de los miembros de la familia en relación a su sistema familiar actual (Olson, 1983). El instrumento se aplica a uno o todos los miembros de la familia. En esta investigación solo será aplicado a los niños/as. Los ítems del instrumento tienen grados de respuesta que van de 1 a 5. Todos los ítems tienen direccionalidad positiva. Una vez obtenido el puntaje, se clasifica a cada familia en una de entre 16 tipos de estructura familiar según la mayor o menor representación de cada una de estas variables. Estudios previos exponen que presenta un alpha de Cronbach de 0,65. (Pavez et al., 2009).

Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en investigaciones realizadas en Chile. (Salvo & Melipillan, 2008; Pavez et al., 2009)

En este estudio, la **ideación suicida** fue evaluada a partir de las respuestas dadas por los escolares pertenecientes a la muestra, en el **ítem 9** del **Cuestionario de Depresión infantil (CDI) de Kovacs**, al igual que lo realizado en otros estudios internacionales de características similares a la de esta investigación (Viñas et al., 2002; Miranda et al., 2009; Dias de Mattos et al., 2010).

Este ítem tiene tres posibles respuestas:

- “No pienso en matarme”. (no indica ideación suicida)
- “Pienso en matarme, pero no lo haría”. (indica ideación suicida moderada)
- “Quiero matarme”. (indica ideación suicida severa)

Las puntuaciones obtenidas en este ítem, permiten detectar y conocer la severidad de la ideación suicida autoinformada (Viñas et al., 2000).

4.4 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

4.4.1 Definición conceptual

Variable Independiente

- **Ideación suicida:** “Pensamientos y verbalizaciones recurrentes de provocarse autoagresiones o la muerte”. (Almonte, 2012)

Variables Dependientes

- **Trastorno Depresivo:** Trastornos del ánimo. “Animo intensamente triste o irritable, agregándose al menos cinco síntomas en la línea de aislamiento social, desesperanza, culpa, pensamientos o conductas suicidas, disminución de la motivación o de la atención/concentración y desregulación de los equivalentes biológicos como el sueño o el apetito”. (García 2012; en Almonte & Montt, 2012)
- **Autoconcepto:** “Conjunto relativamente estable de actitudes hacia sí mismo, no sólo descriptivas, sino también evaluativas. Estas autopercepciones dan origen a autovaloraciones (cogniciones) y sentimientos (afectos), que tendrían efectos motivacionales sobre la conducta”. (Gorostegui, 2004)
- **Cohesión Familiar:** “La ligazón emocional que los miembros de la familia tienen entre sí”. (Olson, Russell & Sprenkle, 1983)
- **Adaptabilidad Familiar:** “La capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo”. (Olson, Russell & Sprenkle, 1983)

4.4.2 Definición operacional:

Variable Independiente

- **Ideación suicida:** Puntaje obtenido en el ítem 9 del Cuestionario de Depresión infantil (CDI). Se define la presencia de ideación suicida con: (Viñas et al., 2000).
 - Puntaje 1 (indica ideación suicida moderada)
 - Puntaje 2 (indica ideación suicida severa).

Variables Dependientes

- **Trastorno depresivo:** Puntaje obtenido en el Cuestionario de Depresión infantil (CDI). Se define como sospecha de trastorno depresivo con puntajes iguales o superiores a 18 puntos. El puntaje se determinó siguiendo las normas de estandarización del CDI en la población escolar del Área Metropolitana (Cáceres y Collado, 1994).
- **Autoconcepto:** Puntaje obtenido en el inventario de autoconcepto de Piers-Harris instrumento que permite la medición de la autoestima. Se transforma a puntajes T. Las categorías según puntaje T obtenido son: (Gorostegui, 1992, en Gorostegui, 2004)
 - 60 - 70 Alto nivel de autoestima
 - 55 - 59 Nivel promedio alto de autoestima
 - 45 - 54 Promedio
 - 40 - 44 Promedio bajo
 - 35 - 39 Bajo
 - 30 - 34 Muy bajo
- **Cohesión Familiar:** Puntaje obtenido en la Escala FACES III, en la dimensión de Cohesión familiar (suma de todos los ítems impares). Los puntos de corte según grado de cohesión son: (Olson, Russell & Sprenkle, 1983)

- Desligada: puntaje entre 10 – 34.
 - Separada: puntaje entre 35 – 40.
 - Conectada: puntaje entre 41 – 45.
 - Amalgamada: puntaje entre 46 – 50.
- **Adaptabilidad Familiar:** Puntaje obtenido en la Escala FACES III, en la dimensión de Adaptabilidad familiar (suma de todos los ítems pares). Los puntos de corte según grado de adaptabilidad son: (Olson, Russell & Sprenkle, 1983)
 - Rígida: puntaje entre 10 – 19.
 - Estructurada: puntaje entre 20 – 24.
 - Flexible: puntaje entre 25 – 28.
 - Caótica: puntaje entre 29 – 50.

4.5. ANÁLISIS:

Para el análisis se utilizaron estadísticos descriptivos e inferencial mediante el programa SPSS, distribución de frecuencias y medidas de tendencia central. Se utilizaron además, estadística paramétrica, prueba t student, para muestras independientes para las variables continuas y estadística no paramétrica, chi cuadrado, en el caso de las variables categóricas. Se analizaron 2 grupos de condición de ideación suicida: con y sin ideación suicida.

4.6 PROCEDIMIENTOS

En la presente investigación se realizaron los siguientes procedimientos:

1. Acercamiento a los establecimientos educacionales. Se concertaron citas con los Directores, Inspectores generales y/o psicólogos de los colegios, a los cuales se les presentaba una carta

con todas las características del estudio y en entrevista personal se discutían los detalles del mismo.

2. Autorización Corporación Municipal de Educación. Asimismo, se gestionó con la Dirección de la Corporación de Educación la autorización para ingresar a los colegios pertenecientes a ésta.
3. Coordinación con Corporación Municipal de Salud. En paralelo, se realizó coordinación con la Corporación de Salud, para facilitar el acceso de los niñas/os que presentasen ideación suicida o sintomatología depresiva, a los Centros de atención primaria. Más tarde, se realizaría una reunión con la mayoría de las psicólogas que trabajan en los Centros de Salud Familiar de la comuna, para presentarles el estudio y coordinar las acciones de derivación de los niños/as.
4. Entrega de Consentimientos informados. Una vez, que los Directores aceptaron participar de la investigación se coordinó con los inspectores, orientadores y/o psicólogos, según el caso, la entrega de las cartas de consentimiento informado para los padres o apoderados de los escolares entre 10 y 13 años, vía agenda. En algunos casos, se asistió a las reuniones de apoderados y se les explicó personalmente a éstos las características del estudio y se les solicitó su colaboración.
5. Entrega de Asentimiento informado. Una vez, que se tuvieron los consentimientos, se coordinó con los inspectores, orientadores y/o psicólogos, el día, hora y lugar para reunir a los niños/as que contaban con el consentimiento de sus padres o apoderados. Una vez reunidos los niños/as por grupos, se les iba entregando el Asentimiento informado y se respondían dudas respecto a las características del estudio.
6. Aplicación de instrumentos a la muestra seleccionada. Firmados los asentimientos informados, se procedía a entregar un cuadernillo con los instrumentos a contestar

(ANEXO 1). En general el tiempo de respuesta fue de 30 a 45 minutos. Tanto la investigadora como el equipo de tres estudiantes de Psicología, circulaban por la sala respondiendo inquietudes y revisando que fuesen respondidos todos los ítems.

7. Corrección de instrumentos y tabulación de los datos. Con los instrumentos contestados, comenzó el proceso de corrección y tabulación de los datos. Posteriormente, los resultados fueron ingresados a una planilla Excel.

8. Análisis de datos. Esta etapa incluyó:

- Cálculo de promedios y desviaciones estándar.
- Histogramas de datos.
- Cálculo de la Chi cuadrado para variables categóricas.
- Cálculo de la T de Student para variables continuas.
- Confección de cuadros, gráficos y tablas.

9. Análisis de la información una vez realizados los cálculos estadísticos.

10. Entrevistas con padres y apoderados. En paralelo a la corrección y tabulación de los datos, se enviaron las citaciones a entrevista de orientación y derivación con padres y apoderados de aquellos escolares que presentaron ideación suicida y/o sintomatología depresiva. Dichas entrevistas se realizaron en los establecimientos educacionales con muy buena recepción de parte de los padres y apoderados.

11. Elaboración de las Conclusiones.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación obtuvo la autorización de la Dirección Municipal de Educación (Viña del Mar) y de los Directores de los colegios participantes del estudio. Esta autorización consideraba el

compromiso de parte de la investigadora de Confidencialidad, realización de entrevistas de orientación/derivación de padres y apoderados, y la entrega de un informe de resultados al final del estudio.

Se contó con los consentimientos informados de los padres o apoderados y los asentimientos firmados por los escolares pertenecientes a la muestra, previo a la aplicación de instrumentos.

Se realizaron entrevistas personales con padres y apoderados cuyos hijos/as presentaron ideación suicida o sintomatología depresiva. En los casos que se identificó ideación suicida severa que implicaban mayor riesgo, se llamó inmediatamente a entrevista a los adultos responsables y se entregaron sugerencias al orientador y/o inspector del colegio, para el manejo del riesgo suicida del estudiante en dicho contexto.

Todo el proceso contó con el apoyo de 3 estudiantes de quinto año de Psicología, previamente entrenadas por la investigadora.

5. RESULTADOS

La presentación de los resultados y sus correspondientes análisis, se organizan según los objetivos y las hipótesis planteadas. Primero se presenta la caracterización de la muestra, describiendo los factores sociodemográficos de ésta; se identifica y se describe la presencia de la ideación suicida en la muestra y luego se realiza la comparación transversal de los factores sociodemográficos, psicológicos y familiares, entre los grupos con y sin ideación suicida.

5.1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA.

La muestra quedó constituida por 291 escolares de 10 a 13 años, de ambos sexos, que asisten a colegios de la comuna de Viña del Mar, los cuales respondieron la totalidad de instrumentos contemplados en el estudio. Las características de la muestra según variables sociodemográficas se aprecian en la siguiente Tabla. (Tabla 1)

Tabla 1. Características muestra según variables sociodemográficas.

Variables Sociodemográficas	Categoría	N	(n=291) %
Sexo	Masculino	150	51,5
	Femenino	141	48,5
Edad	10	45	15,5
	11	99	34,0
	12	110	37,8
	13	37	12,7
Dependencia	Municipal	123	42,3
	Subvencionada	95	32,6
	Particular	73	25,1

5.2. IDEACIÓN SUICIDA EN ESCOLARES DE 10 A 13 AÑOS

De esta muestra de escolares de 10 a 13 años de ambos sexos, el **25,1% presentó ideación suicida**. Cabe recordar que la ideación suicida se evaluó a partir de las respuestas dadas en el

ítem 9 del CDI de Kovacs y en base a la opción elegida en este reactivo (Cuadro 1), se observa que del total de la muestra, el 23,4% presentó una ideación suicida moderada y un 1,7% corresponde a ideación suicida severa. En el 74,9% se evidencia ausencia de ideación suicida.

Cuadro 1. Frecuencia de respuesta al reactivo de ideación suicida.

Opciones de respuesta	n	%
No pienso en matarme	218	74,9
Pienso en matarme, pero no lo haría	68	23,4
Quiero matarme	5	1,7

Una vez configurado el grupo con ideación suicida (n: 73), se observa que el 93,2% manifiesta una ideación suicida moderada y 6,8% presenta ideación suicida severa, es decir, estos últimos presentarían una intencionalidad suicida.

5.3. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

5.3.1. Comparación transversal del factor sexo entre el grupo sin ideación suicida y con ideación suicida

La ideación suicida según sexo muestra homogeneidad (Tabla 2), se observa que el 49,3% de las mujeres presentan pensamientos suicidas en comparación al 50,7% de los varones. En general, en ambos grupos, sin y con ideación suicida, no se aprecia predominio de un sexo por sobre otro.

Tabla 2. Factor sociodemográfico sexo según grupo sin y con ideación suicida

Sexo	Sin Ideación		Con Ideación	
	N	%	N	%
Masculino	113	51,8	37	50,7
Femenino	105	48,2	36	49,3

Cabe señalar, que el 80% de los escolares que presentan ideación suicida severa, es decir, que manifiestan una intencionalidad suicida, corresponden a mujeres.

En cuanto a la ideación suicida y el factor sexo, se observa que no existe una asociación estadísticamente significativa [$\chi^2(1) = 0,02$, $p < 0,05$]. En ambos sexos se presentan números similares de escolares con ideación suicida.

5.3.2. Comparación transversal del factor edad entre el grupo sin ideación suicida y con ideación suicida

Con relación a los grupos etarios, se observa que en todas las edades se identifican escolares que presentan ideación suicida (Tabla 3), concentrándose el 63% de los escolares con ideación suicida entre los 11 y 12 años, predominando la edad de 12 años (35,6%).

Cabe señalar, que al realizar un análisis por grupo de edad, se observa el mayor porcentaje de ideación suicida en el grupo de escolares de 10 años, o sea, del total de escolares de 10 años ($n: 45$) se evidencia que el 35,6% presentan ideación suicida, porcentaje mucho mayor al observado en el análisis de los otros grupos de edad.

Tabla 3. Factor sociodemográfico edad según grupo sin y con ideación suicida

Edad	Sin Ideación		Con Ideación	
	N	%	n	%
10	29	13,3	16	21,9
11	79	36,2	20	27,4
12	84	38,5	26	35,6
13	26	11,9	11	15,1

En relación a la ideación suicida y el factor edad, no hay diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(3) = 4,42$, $p < 0,05$), lo que indica que en cualquier edad, entre los 10 y 13 años se puede presentar la ideación suicida.

5.3.3. Comparación transversal del factor NSE entre el grupo sin ideación suicida y con ideación suicida

Cabe recordar que la variable nivel socioeconómico (NSE) fue definida a partir de la dependencia administrativa de los establecimientos educacionales. Al considerar el factor NSE y la ideación suicida, se observa que predominan los pensamientos suicidas en escolares que asisten a los colegios de dependencia municipal (54,8%) en comparación a los escolares de colegios de dependencia particular (13,7%)

Tabla 4. Factor sociodemográfico dependencia según grupo sin y con ideación suicida

Dependencia	Sin Ideación		Con Ideación	
	N	%	n	%
Municipal	83	38,1	40	54,8
Subvencionado	72	33,0	23	31,5
Particular	63	28,9	10	13,7

El factor nivel socioeconómico presentó una asociación estadísticamente significativa con la ideación suicida ($X^2(2) = 8,69$, $p < 0,05$). Considerando los residuos (Gardner, 2003), se pudo observar específicamente que los escolares con ideación suicida provienen principalmente de colegios de dependencia municipal (+9,1) y que más escolares sin ideación suicida provienen de dependencia particular (+8,3).

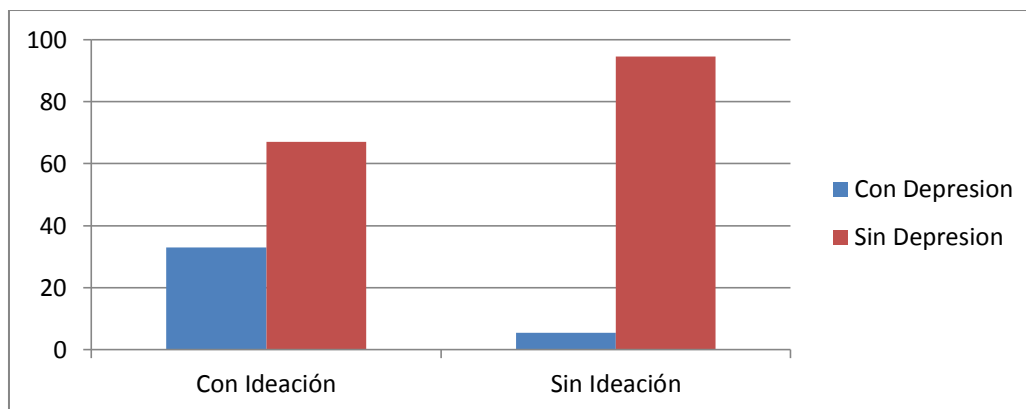
5.4. FACTORES PSICOLÓGICOS

5.4.1. Comparación transversal del factor depresión entre el grupo sin ideación suicida y con ideación suicida

Al considerar el puntaje de corte de 18 puntos en el CDI como indicador de sospecha de trastorno depresivo, se aprecia que del total de la muestra, el 12,4% (n: 36) de los escolares cumplen con el criterio establecido.

Los resultados de los grupos con y sin ideación suicida en relación al factor depresión (Gráfico 1) muestran que el grupo con ideación suicida presenta un 32,9% de sospecha de depresión, en comparación al grupo sin ideación, que alcanzó el 5,5%.

Gráfico 1. Depresión grupos sin y con ideación suicida



El Gráfico 1 muestra, que si bien al comparar ambos grupos, la depresión es mayor en el grupo con ideación suicida, al centrarse solo en el grupo con ideación, se observa que un 61,7% de escolares de este grupo, no presentan sospecha de depresión.

Tabla 5. Niveles de depresión según grupos sin y con ideación suicida

Depresión	Sin Ideación				Con Ideación			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Sin	106	41,6	100	39,2	30	11,8	19	7,5
Moderada	7	23,3	5	16,7	6	20,0	12	40,0
Severa	0		0		1	16,7	5	83,3

A partir de la Tabla 5 cabe resaltar, el porcentaje de mujeres que presentan ideación suicida y depresión (70,8%), sea esta última moderada o severa, en comparación a los hombres.

Tabla 6. Factor depresión según grupos sin y con ideación suicida

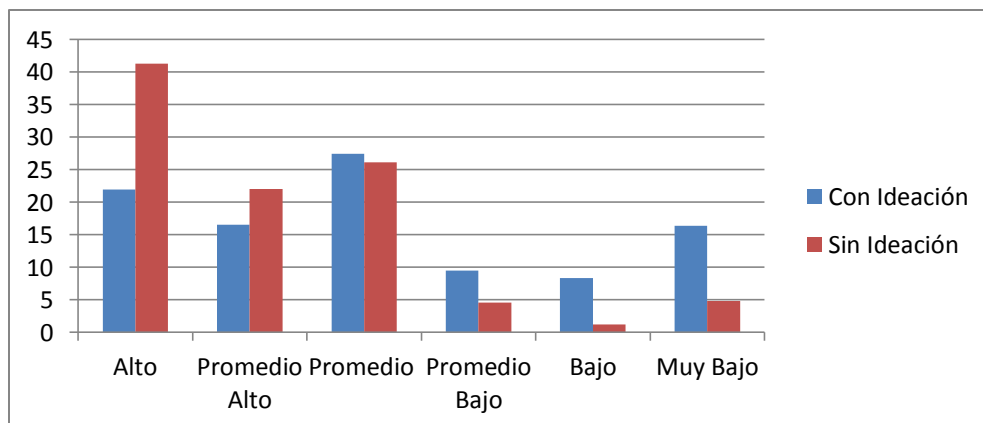
Factor Depresión	Grupo de Comparación				Prueba t para muestras independientes	
	Sin ideación (n = 218)		Con ideación (n = 73)		T	P
	x	DE	x	DE		
CDI	8,48	5,195	15,89	9,291	6,486	.000

Se procedió a comparar mediante prueba t student para muestras independientes el factor depresión entre el grupo sin y con ideación suicida. Dicho factor se asocia significativamente a la presencia de ideación suicida, donde se observa que los puntajes del CDI son notoriamente mayores en el grupo con ideación suicida que en el grupo sin ideación suicida.

5.4.2. Comparación transversal del factor autoconcepto entre el grupo sin ideación suicida y con ideación suicida

Las categorías de autoconcepto, se obtienen a partir de los puntajes T. Los resultados muestran que el grupo con ideación suicida presenta un autoconcepto más bajo en comparación con el grupo sin ideación (Gráfico 2), encontrando que el grupo de ideación suicida, presenta un 34,4% de los escolares con un autoconcepto en niveles bajo el promedio a muy bajo, en comparación, al grupo sin ideación suicida, que muestra que el 10,6% de los escolares se encuentran en esas categorías.

Gráfico 2. Autoconcepto grupos sin y con ideación suicida



En el gráfico se observa que en el grupo sin ideación suicida en el 63,3% de los escolares predomina la autoestima alta.

Tabla 7. Factor autoconcepto según grupos sin y con ideación suicida

Factor Autoconcepto	Grupo de Comparación				Prueba t para muestras independientes	
	Sin ideación (n = 218)		Con ideación (n = 73)		T	P
	x	DE	x	DE		
AC	56.02	9.300	48.01	12.861	4.908	.000

La media del autoconcepto (AC) es significativamente mayor en el grupo sin ideación suicida que en el grupo con ideación suicida.

5.5. FACTORES FAMILIARES

5.5.1. Comparación transversal del factor cohesión familiar entre el grupo Sin ideación suicida y Con ideación suicida

Al analizar el grado de cohesión familiar en ambos grupos (Tabla 8) se observa que en el grupo sin ideación suicida el mayor número de familias corresponden a las separadas (34,4%), es decir, aquellas con un bajo a moderado grado de cohesión que se expresa en separación emocional, en cambio, en el grupo con ideación prevalecen las familias desligadas (41,1%), o sea, aquellas familias donde existe muy bajo grado de cohesión y desvinculación emocional.

Tabla 8. Factor familiar cohesión familiar según grupo sin y con ideación suicida

	Sin Ideación		Con Ideación	
	n	%	n	%
Separada	75	34,4	18	24,7
Desligada	53	24,3	30	41,1
Amalgamada	31	14,2	8	11,0
Conectada	59	27,1	17	23,3

A pesar de las diferencias encontradas en cuanto a cohesión familiar en los grupos con y sin ideación suicida, a partir de la comparación mediante prueba chi cuadrado se establece que no hay asociación estadísticamente significativa entre cohesión familiar e ideación suicida ($\chi^2(3) = 7,75, p < 0,05$).

5.5.2. Comparación transversal del factor adaptabilidad familiar entre el grupo sin ideación suicida y con ideación suicida

En cuanto a la adaptabilidad familiar, se observa una tendencia en ambos grupos (Tabla 9), de predominio de familias caóticas, es decir, que presentan muy alto grado de adaptabilidad, que incide en un liderazgo errático e infectivo. Sin embargo, en el grupo sin ideación suicida se evidencia que un 44,9% corresponde a categorías más intermedias de adaptabilidad familiar, en comparación al grupo con ideación suicida, que presenta un 32,9%.

Tabla 9. Factor familiar adaptabilidad familiar según grupo sin y con ideación suicida

	Sin Ideación		Con Ideación	
	n	%	n	%
Rígida	40	18,3	17	23,3
Flexible	50	22,9	10	13,7
Caótica	80	36,7	32	43,8
Estructurada	48	22	14	19,2

Realizada la comparación mediante prueba chi cuadrado, se observa que no existe una asociación significativa entre ideación suicida y adaptabilidad familiar [$\chi^2(3) = 3,87, p < 0,05$], es decir, es una variable que no influye en la posibilidad de presentar ideación suicida.

6-. DISCUSION Y CONCLUSIONES

La presente investigación aborda el fenómeno de la ideación suicida en una muestra no clínica de preadolescentes, grupo etario percibido en general, como de bajo riesgo de presentar ésta y otras conductas suicidas (Viñas et al 2002; Miranda et al. 2009; Bella et at, 2010).

En este estudio se encontró un alto porcentaje (25,1%) de ideación suicida en escolares de ambos sexos, de 10 a 13 años, resultados que muestran que este fenómeno se presenta en preadolescentes en Chile y reafirman el hecho que estos pensamientos suicidas se observan cada vez a más temprana edad. Estas cifras son superiores a la mayoría de los estudios revisados con similares características en España, Brasil, Colombia y Francia (Viñas et al., 2002; Dias de Mattos et al., 2010; Carmona et al., 2010; Bourdet-Loubère & Raynaud, 2013), encontrándose solo una investigación con un porcentaje mayor de ideación suicida (29,2%) en preadolescentes de México (Miranda et al., 2009).

Este resultado es preocupante considerando las referencias de distintos autores acerca de que la ideación suicida es el primer eslabón de un continuum de conductas autodestructivas, es un predictor de la tentativa suicida (Schaffer & Greenberg, 2003; Salvo & Melipillán, 2008; Reinherz et al., 2006, citado en Miranda et al., 2009; Dias de Mattos et al., 2010; Sánchez et al., 2010; Pérez et al., 2013) y sería parte de un proceso suicida que comienza en la infancia, y puede concluir en la adolescencia (Ulloa, 1996; citado en Cruz & Roa, 2005), etapa en la que el suicidio consumado es cada vez más relevante como causa de muerte.

Considerando los objetivos e hipótesis planteadas, se puede señalar que respecto a los factores sociodemográficos, la diferencia por sexo no fue estadísticamente significativa, mostrando igual riesgo de presentar pensamientos suicidas si es niña o niño, resultado que es similar al reportado en otras investigaciones (Viñas et al. 2002; Loubère & Raynaud, 2013) pero que no concuerda con el estudio de Viñas et al. (2000) donde la ideación predominó en los hombres y la investigación de Dias Mattos et al. (2010) que encontraron que la ideación suicida

se presenta principalmente en mujeres. No obstante, a pesar de la ausencia de una asociación significativa entre estas variables, hay que considerar que del 5,5% de escolares que presentaron ideación suicida severa, el 80% corresponde a mujeres, lo cual debiese ser estudiado con mayor profundidad para precisar los factores que inciden en que sean las mujeres preadolescentes quienes muestran mayor intencionalidad suicida, más aún, si se considera lo planteado por Hernández et al. (2013), acerca de que las mujeres intentan suicidarse dos veces más que los varones.

En cuanto a la edad, la ideación suicida en esta muestra se presenta en todas las edades y se evidencia que este factor no tiene una asociación estadísticamente significativa con la ideación suicida, lo que difiere de los resultados encontrados por Viñas et al. (2000), quienes observaron que en la medida que aumentaba la edad, se incrementaba progresivamente el porcentaje de escolares con ideación suicida, o por Bourdet-Loubère y Raynaud (2013), quienes plantean que las edades menores o iguales a 11 años eran menos suicidas que los niños/as mayores. Por el contrario, en este estudio el 49,3% de ideación se presenta en niños/as de 10 y 11 años.

Asimismo, hay que destacar el porcentaje de escolares de 10 años con ideación suicida, que en relación al total de escolares de *su grupo de edad*, presentaron el mayor porcentaje de ideación suicida (35,6%). Estos resultados revelan la importancia de valorar la presencia de pensamientos suicidas en niños y niñas de 10 u 11 años, más aún, considerando lo planteado por Bella et al, (2010) y Cyrulnik (2014) que señalan que se observa una subvaloración de parte de los adultos, respecto a este tipo de conductas en niños/as en edades tempranas. En ese sentido, sería importante a modo preventivo brindar capacitación a los de profesionales que trabajan con niños/as respecto a la valoración y detección de estas ideaciones suicidas en preadolescentes.

Destaca en este estudio, el alto porcentaje (54,8%) de escolares con ideación suicida provenientes de colegios de nivel socioeconómico bajo - dependencia municipal –, resultado

concordante con el obtenido por Ventura-Juncá et al. (2010) y que pone de manifiesto, la preocupación, por el alto porcentaje de estudiantes en nuestro país que están matriculados en colegios municipalizados en comparación a aquellos que están matriculados en colegios privados. Estos hallazgos resulta además, coincidentes con los planteamientos de Florenzano et al. (2011), Vicente et al. (2012) y Aceituno et al. (2012) quienes señalan que los problemas de Salud Mental en Chile se presentan principalmente en los sectores del país más desfavorecidos, desde un punto de vista socioeconómico.

Este factor pone de manifiesto la necesidad de profundizar en aspectos contextuales asociados a esta temática, ya que los estudios revisados, no ahondan en éstos. En ese sentido, Vianchá et al. (2013) señala algunos factores socioculturales relacionados con la conducta suicida, tales como niveles medios o bajos de educación, residencia en zonas marginadas o de conflicto, así como, la exposición a condiciones sociales e interpersonales adversas, factores que podrían ser estudiados para ver la relación que existe con la ideación suicida y el desarrollo de los preadolescentes.

Por otro lado, este hallazgo cobra aún más relevancia si se considera que un alto número de niños/as de sectores socioeconómicos bajos, no reciben la atención especializada necesaria (Vicente et al., 2012; Aceituno et al., 2012) con el consiguiente riesgo – en este caso – que los escolares de este grupo puedan avanzar en el continuum de la conducta suicida, aumentando por ende, el riesgo que este escolar pueda llegar a consumir el suicidio.

De las variables psicológicas estudiadas, tanto la depresión como el autoconcepto, mostraron una relación estadísticamente significativa con la ideación suicida en escolares preadolescentes, resultados que son concordantes con estudios en este mismo grupo etario (Viñas et al. 2002; Miranda et al. 2009; Dias et al. 2010).

La manifestación de depresión en escolares con ideación suicida en comparación a aquellos que no presentan ideación, es corroborada por los resultados obtenidos en este

estudio, donde se observa que existe una relación estadísticamente significativa, lo cual apoya los antecedentes que existen, respecto a que la depresión es un factor de riesgo significativo de la ideación suicida.

Cabe señalar además, que si bien, existe una asociación significativa entre ideación suicida y depresión, en este estudio se aprecia un alto porcentaje de preadolescentes que presentan la ideación suicida sin manifestar depresión, resultado que es similar a los encontrados por Viñas et al. (2000), Viñas et al. (2002) y Miranda et al. (2009), lo que plantea que no es imprescindible la manifestación de depresión, para sospechar que un niño/a presente ideas suicidas.

En este sentido, son interesantes los planteamientos de Cyrulnik (2014) quien diferencia la conducta suicida de los adolescentes y niños/as, señalando que en los primeros se da por lo general, una gradación en la aproximación a la muerte, en cambio en los niños/as no se encuentra esta progresión, ellos/as “Juegan, se ríen, responden amablemente y luego saltan por la ventana” (p. 17), dando cuenta de lo impredecible que puede ser para los adultos la conducta del niño/a. Esto resulta fundamental de incluir en las estrategias de detección precoz, ya que probablemente hay muchos/as preadolescentes que parecen estar cursando sin dificultad esta etapa evolutiva, y sin embargo, pueden estar manifestando ideación suicida.

Asimismo, en este estudio se observa un alto porcentaje de mujeres que presentan ideación suicida y depresión, en comparación a los hombres, resultado que es muy distinto al encontrado por Miranda et al. (2009) quienes observaron una proporción similar de depresión e ideación suicida en ambos sexos, con una ligera tendencia a ser mayor en los niños que en las niñas. En esta investigación se identifica que la ideación suicida sin depresión, se presenta principalmente en varones. Estas consideraciones, se pueden entender desde las diferencias de género, donde es más probable que las mujeres manifiesten conductas internalizantes y los varones conductas externalizantes, lo cual es concordante con lo planteado por Kaess et al. (2011) quienes en un estudio realizado en Alemania, señalan que las diferencias en la conducta

suicida no mortal entre los adolescentes, puede en gran medida ser explicado por las diferencias de género en los problemas emocionales y de comportamiento en esta edad.

En cuanto al factor autoconcepto, se confirma la hipótesis planteada en este estudio, ya que el grupo sin ideación suicida presenta una media del autoconcepto que es significativamente mayor, que en el grupo con ideación suicida. Es relevante de considerar, que el 34,4% de los escolares con ideación suicida presentan un autoconcepto en niveles bajo el promedio a muy bajo, ya que estos niños/as se encuentran en una etapa evolutiva, donde hay un proceso de cambio significativo y, donde la búsqueda de autoafirmación y el desafío de lograr un lugar en el medio social en que se desenvuelve parecen ser centrales (Berger, 2007; Musalem, 2012; Florenzano & Valdés, 2012; Papalia et al., 2012), tareas que si no se acompañan de confianza en sí mismos, pueden resultar difíciles para el preadolescente aceptar y relacionarse con éstas.

Al respecto, las experiencias de maltrato, abuso sexual y bullying, son algunas de las experiencias que según la literatura inciden en el autoconcepto y se identifican como factores de riesgo de conducta suicida. De ahí la importancia de las acciones preventivas para evitar que estos fenómenos se produzcan y afecten la visión de sí mismos y la confianza de los niños/as.

En cuanto a las variables familiares estudiadas, ninguna muestra asociación significativa con la ideación suicida en preadolescentes. Este resultado en parte contradice lo observado en la mayoría de los estudios que contemplan la evaluación de variables familiares, donde se plantea que ideación suicida es mayor en hogares desligados o separados que en aquellos con mayor cohesión familiar (Tishler et al., 2007; Toro et al., 2009) En esta investigación, se observó una tendencia en el grupo con ideación suicida a presentar familias desligadas, sin embargo, esta asociación no fue significativa.

En el caso de la adaptabilidad, en ambos grupos, con y sin ideación, se observa una tendencia a presentar familias caóticas, las cuales desde la teoría tienden a tener un control

errático e infectivo, decisiones impulsivas y falta de claridad (Olson et al. 1983). En general, este resultado coincide con la teoría respecto a que la Adaptabilidad familiar es un factor que no incide en la manifestación de la ideación suicida.

En términos generales, este estudio muestra que la ideación suicida se presenta en Chile en niños/as - pertenecientes a la muestra - desde los 10 años. Además, se identifican tres factores que presentan una asociación estadísticamente significativa con la ideación suicida: nivel socioeconómico bajo, depresión y bajo autoconcepto, factores que se han hallado en otros países en investigaciones de ideación suicida en este grupo etario, principalmente los realizados en España y México.

A la luz de estos resultados, resulta relevante la decisión del Ministerio de Salud de nuestro país, de incluir en sus objetivos sanitarios para la década 2011-2020, el “Disminuir en un 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años” (MINSAL, 2013). En este Plan se incorporan estrategias de promoción de factores protectores, entrenamiento a profesionales en detección precoz de la ideación suicida, detección temprana y tratamiento de la depresión, entre otros. Sin embargo, considerando los resultados arrojados por este estudio, estas estrategias debiesen incluir un trabajo con los grupos de mayor riesgo, es decir, niños/as desde los 10 años, de nivel socioeconómico bajo (de establecimientos educacionales municipalizados) y que presentan baja autoestima/autoconcepto. Además, de incorporar intervenciones en aquellas temáticas que inciden en el autoconcepto de los preadolescentes, como por ejemplo, la prevención e intervención en situaciones de bullying.

Al final de este proceso, se consideran como limitaciones de este estudio, en primer lugar, el no precisar el diagnóstico de depresión, ya que no hay entrevistas ni observación clínica que lo permitan y el CDI como instrumento solo permite señalar la sospecha de depresión. En segundo lugar, se aborda la ideación suicida sin acceder a las narrativas de los escolares, lo que sin duda habría enriquecido los resultados. Y en tercer lugar, no contar con mayor número de escolares de colegios de dependencia particular y subvencionada, dada la resistencia y negativa

de éstos establecimientos para participar de la investigación, rechazo que se puede entender por el momento que vive la Educación en Chile, especialmente, la subvencionada, sin embargo, esta resistencia de los colegios, ya ha sido señalada con anterioridad por otros investigadores (Gorostegui, 2004).

Por último, a modo de propuesta de líneas investigativas respecto al tema, se plantea el estudio cualitativo de las narrativas de los preadolescentes respecto a la ideación suicida, el ampliar la investigación de la ideación suicida a niños/as menores de 10 años, ya que hay referencias escuetas en otros países, acerca de que el fenómeno se presenta en edades aún más tempranas y por último, profundizar en variables contextuales que podrían incidir en la manifestación de la ideación suicida en preadolescentes, de modo de definir estrategias de intervención que aborden de forma integral el fenómeno.

7-. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aceituno, R., Miranda, G. & Jiménez, A. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales*, Séptima Serie, Nº 3, 89-102.
2. Almonte, C. (2012). Espectro suicida en la infancia y adolescencia. En Almonte, C. & Montt, M. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterráneo.
3. Almonte, C. & Conejeros, J. (2012). Influencia del duelo en el desarrollo. En Almonte, C. & Montt, M. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterráneo.
4. Areito, M., Müller, P. & Mateluna, X. (2003). Clínica infanto-juvenil. Herramientas para el psicodiagnóstico y nociones de psicoterapia. Santiago: Universidad Diego Portales.
5. Baader, T., Urra, E., Millán, R. & Yañez, L. (2011). Algunas consideraciones sobre el intento de suicidio y su enfrentamiento. *Revista Médica Clínica Condes*, 22 (3), 303-309.
6. Barnes, A.; Eisenberg, M. & Resnick, M. (2010). Suicide and Self-Injury Among Children and Youth with Chronic Health Conditions. *Pediatrics*, 125 (5): 889-895.
7. Barudy, J. & Dantagnan, M. (2012). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.
8. Bella, M., Fernández, R. & Willington, J. (2010 a). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1 (3), 24-29.
9. Bella, M., Fernández, R. & Willington, J. (2010 b). Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108 (2), 124-129.
10. Berger, K. (2007). Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia. Madrid: Médica Panamericana.
11. Bourdet-Loubère, S. & Raynaud, J. (2013). Suicidal Ideation and Attempts during Midle Chilhood: Associations with Subjective Quality of Life and Depression. *Journal of Medical Psychology*, 2, 93-100.

12. Bravo, V., Román, M., Bettini, M., Cerda, P., Mieres, J., Paris, J. & Ríos, J. (2012). Caracterización de la ingestión por sobredosis de paracetamol. Reporte de un centro de información toxicológica chileno. *Revista Médica Chile*, 140, 313-318.
13. Brunstein, A., Sourander, A. & Gould, M. (2011). Bullying and Suicide. *Psychiatric Times*, 28 (2).
14. Cabra, O., Infante, D. & Sossa, F. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13 (2), 28-35.
15. Cáceres, C. & Collado, R. (1994). Estandarización del Cuestionario de Depresión infantil-C.D.I. Tesis de grado para optar al Título Profesional de Psicólogo. Universidad Diego Portales, Santiago.
16. Campo, G., Roa, J., Pérez, A., Salazar, O., Piragauta, C., López, L. & Ramírez, C. (2003). Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del valle, Cali. *Revista Colombia Médica*, 34, 9-16.
17. Cano, P., Gutiérrez, C. & Nizama, M. (2009). Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía Peruana. *Revista Peru Medica Exp Salud Pública*, 26 (2), 175-181.
18. Cañón, S. (2011). Factores de riesgo asociados a conductas suicidas en niños y adolescentes. *Revista Archivos de Medicina*, 11 (1), 62-67.
19. Carballo, J., Figueroa, A., Oquendo, M. & Soutullo, C. (2010). Conducta suicida. Prevención, evaluación y tratamiento. Cap. 28. En Soutullo, C. y Mardomingo, M. Manual de psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Panamericana.
20. Carmona, A., Arango, C., Castaño, J., Escobar, J., García, C., Godoy, S., Guerrero, L., Jiménez, J., López, A., Fernández, N. & Reinoso, C. (2010). Caracterización del intento de suicidio en una población ingresada a un Hospital infantil de Manizales (Caldas-Colombia) 2000-2008. *Revista Archivos de Medicina*, 10 (1), 9-18.
21. Caycedo, A., Arenas, M., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G. & Guzmán, Y. (2010). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá – 2009. *Revista Persona y Bioética*, 14 (2), 205-213.

22. Christiansen, E., Goldney, R., Beautrais, A. & Agerbo, E. (2011). Youth suicide attempts and the dose-response relationship to parental risk factors: a population-based study. *Psychological Medicine*, 41, 313-319.
23. Cortés, A., Suárez, R., Carbonell, M. & Fuentes, I. (2012). Factores de riesgos familiares y personales de intento suicida en adolescentes. Provincia Granma. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 9 (3).
24. Cortés, A., Aguilar, J., Suárez, R., Rodríguez, E. & Durán, J. (2011). Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de medicina Integral*, 27 (1), 33-41.
25. Cruz, F. & Roa, V. (2005). Intento Suicida en Niños y Adolescentes: Criterios para un Modelo de Intervención en Crisis desde el Enfoque Constructivista Evolutivo. Memoria para optar al Título de Psicólogo. Universidad de Chile.
26. Cyrulnik, B. (2014). Cuando un niño se da "muerte". Barcelona: Gedisa.
27. De la Barra, F. (2010). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena de neuropsiquiatría*, 47, 303-314.
28. Dias de Mattos, L., Azevedo, R., Jansen, K., Peretti, R. Horta, B. & Tavares, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32 (1), 37-41.
29. Duarte, D. (2007). Suicidio en Chile: un signo de exclusión. Santiago: Ed. Universitaria.
30. Echeverry, Y., Aristizabal, O., Barraza, F., Aristizabal, A., Martínez, A. y Montoya, G. (2010) Suicidio: revisión de aspectos neurobiológicos. *Revista Investigación Universidad Quindío*, 21, 186 -193.
31. Escalante & Caro. (2002). Análisis y tratamiento de datos en SPSS. Chile: Ediciones Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.
32. Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C. & Musalem, C. (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos. *Revista Médica de Chile*, 139, 1529-1533.
33. Florenzano, R. & Valdés, M. (2012). El adolescente y sus conductas de riesgo. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.

34. Garay, J. & Marín, K. (2006). FACES III. Escala de evaluación de la adaptabilidad y la cohesión familiar.
35. García, R. (2012). Salud mental en el niño y el adolescente. En Almonte, C. & Montt, M. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterráneo.
36. Gardner, R. (2003). Estadística para psicología usando SPSS para Windows. (1ª Ed.) México: Editorial Pearson Educación.
37. Gorostegui, M. (2004). Género y autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de niños de E.G.B. 1992 y 2003. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Infanto Juvenil. Universidad de Chile.
38. Gutiérrez-García, A. & Contreras, C. (2008). El suicidio y algunos de sus correlatos neurobiológicos. *Revista Salud Mental*, 31, 321-330.
39. Gvion, Y. & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. (2012). *Public Health Reviews*, 34 (2), 1-20.
40. Haquin, C., Larraguibel, M. & Cabezas, J. (2004) Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista chilena de pediatría*, 75, (5).
41. Hernández, A., González, I. & López, Y. (2013). Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *MEDISAN*, 17 (12), 9027-9035.
42. Hernández R, Fernández C, Baptista P. (2003). Metodología de la Investigación. México: Mac-Graw-Hill.
43. Inzunza, C., Navia, F., Catalán, P., Brehme, C. & Ventura, T. (2012). Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general. Análisis descriptivo. *Revista Médica Chile*, 140, 751-762.
44. Jiménez, M., Hidalgo, J., Camargo, C. & Dulce, B. (2014). El intento de suicidio en la población pediátrica, una alarmante realidad. *Revista Ciencias Salud*, 12 (1), 63-87
45. Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R. & Resch, F. (2011). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health*, 11, 597.

46. Katz, I., Au, W., Singal, D., Brownell, M., Roos, N., Martens, P., Chateau, D., Enns, M., Kozyrskyj, A. & Sareen, J. (2011). Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *Canadian Medical Association Journal*, 183 (17), 1977-1981.
47. Leiva, H., Alamos, L., Prüssing, L. & Uriarte, A. (2008). Intento de suicidio: características clínicas y epidemiológicas. Sexta Región de Chile 2002-2004. *Anales de Pediatría*, 69 (2),110-114.
48. Liu, X., Sun, Z. & Yang. Y. (2008). Parent-reported suicidal behavior and correlatos among adolescents in China. *Journal of Affective disorders*, 105, 73 – 80.
49. Melhem, N., Brent, D., Ziegler, M., Iyengar, S., Kolko, D., Oquendo, M., Birmaher, B., Burke, A., Zelazny, J., Stanley, B. & Mann, J. (2007). Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1364-1370.
50. Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. & Abril E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Revista Salud Mental*, 32, 495-502.
51. MINSAL. (2005). Encuesta mundial de salud escolar Chile. 2004 y 2005. www.minsal.cl
52. MINSAL. (2013). Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género.
53. Musalem, R. (2012). El desarrollo adolescente y sus trastornos. En Almonte, C. & Montt, M. Psicopatología infantil y de la adolescencia. Santiago: Mediterráneo.
54. Olson, D.; Russell, C. y Sprenkle, D. (1983). Circumplex model of marital and family systems:IV. Theoretical update. *Family Process* 22, 69-83
55. OMS. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud.
56. OMS. (2011). Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada.
57. OMS. (2013) Prevención del suicidio. Un imperativo global.
58. OPS. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas.

59. Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C. & Escamilla-Cejudo, J. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los años 1998-2011. *Revista Médica de Chile*, 142, 305-313.
60. Pace, U. & Zappulla, C. (2010). Relations Between Suicidal Ideation, Depression, and Emotional Autonomy from Parents in Adolescence. *Journal Child Family Studie*, 19, 747-756.
61. Palacios, X., Barrera, A., Ordóñez, M. & Peña, M. (2007). Análisis bibliométrico de la producción científica sobre suicidio en niños en el período 1985-2005. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25 (2), 40-62.
62. Pandolfo, S., Vásquez, M., Más, M., Vornero, A., Aguilar, A. & Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Revista Archivos de Argentinos de Pediatría*, 109 (1), 18-23.
63. Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2012). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. México: Mc Graw Hill.
64. Páramo, D. & Chávez-Hernández, A. (2007). Maltrato y suicidio infantil en el estado de Guanajuato. *Revista Salud Mental*, 30 (3), 59-67.
65. Pérez, I., Rodríguez, E., Dussán, M. & Ayala, J. (2007). Caracterización psiquiátrica y social del intento suicida atendido en una clínica infantil, 2003-2005. *Revista Salud Pública*, 9 (2), 230-240.
66. Pérez, A., Alvarado, J., Vianchá, M., Bahamón, M., Lucero, J. & Ochoa, S. (2013). Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Revista Psicología desde el Caribe*, 30 (3), 551-568.
67. Pfeffer, C. (2002). Suicide in mood disordered children and adolescents. *Child and adolescent Psychiatric Clinics*, 11, 639-647.
68. Qin, P., Mortensen, P. & Pedersen, C. (2009). Frequent Change of Residence and Risk of Attempted and Completed Suicide Among Children and Adolescents. *Archivos General Psychiatry*, 66 (6), 628-632
69. Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2013). Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31 (2), 263-271.

70. Recart, C., Castro, P., Álvarez, H. & Bedregal, G. (2002). Características de niños y adolescentes atendidos en un consultorio psiquiátrico del sistema privado de salud en Chile. *Revista Médica de Chile*, 130 (3).
71. Retamal, P., Luengo, J. & Trebilcock, J. (2010). Epidemiología del suicidio en Chile. *Acta Medica CSM*, 4 (1), 13-21.
72. Ros, S. (1998). La conducta suicida. Madrid: Arán.
73. Sabina, B., Sáez, Z., Leyani, M., Hernández, N. & Sarmiento, D. (2010). Morbilidad de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría infantil y juvenil de Cienfuegos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 8 (1), 8-12.
74. Salvo, L. & Melipillán R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena. Neuro-psiquiatria*, 46 (2), 115-123.
75. Sánchez, I., López, I., Ares, A., Cruz, L. & O`Farril, M. (2007). El intento suicida como causa de intoxicación en Pediatría. *Revista Cubana Medicina Int Emergencia*, 6 (4), 925-933.
76. Sánchez J., Villareal, M., Musitu, G. & Martínez, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. *Intervención psicosocial*, 19 (3), 279-287.
77. Saucedo, J., Lara, M. & Fócil, M. (2006). Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Boletín Médico Hospital Infantil México*, 63, 223-231.
78. Schaffer, D. & Greenberg, T. (2003). Suicidio y conducta suicida en niños y adolescentes. En Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Madrid: Psiquiatría editores.
79. Schaffer, D. & Pfeffer, C. (2001). Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 65 (2), 146-188.
80. Silva, D., Vicente, B., Saldivia, S. & Khon, R. (2013). Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. *Revista Médica de Chile*, 141, 1275-1282.
81. Tamás, Z., Kovacs, M., Gentzler, A., Tepper, P., Gádoros, J., Kiss, E., Kapornai, K. & Vetró, A. (2007). The Relations of Temperament and Emotion Self-regulation with Suicidal

- Behaviors in a Clinical Sample of Depressed Children in Hungary. *Journal Abnormal Child Psychology*, 35, 640–652.
82. Tishler, C., Staats, N. & Rhodes, A. (2007). Suicidal behavior in children younger than twelve: A diagnostic challenge for Emergency Department Personnel. *Academic Emergency Medicine*, 14 (9), 810-818.
83. Toro, D., Paniagua, R., González, C. & Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista Facultad de Nacional de Salud Pública*, 27 (3), 301-308.
84. Valadez, I., Amezcua, R., Quintanilla, R. & González, N. (2005). Familia e intento suicida en el adolescente de educación media superior. *Archivos en Medicina Familiar*, 7 (3), 69-78.
85. Valadez, I.; Amezcua, R.; González, N.; Montes, R. & Vargas, V. (2011). Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2 (9), 783-796.
86. Ventura-Juncá, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. & Garib, M. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 138: 309-315.
87. Vianchá, M., Bahamón, M. & Alarcón, L. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 112-123.
88. Vicente, B.; Valdivia, S.; Melipillán, R.; Valdivia, M. & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140, 447-457.
89. Villardón, L. (1993). El pensamiento de suicidio en la adolescencia. Madrid: Universidad de Deusto.
90. Viñas, F., Ballabriga, M. & Domènech, E. (2000). Evaluación de la severidad de la ideación suicida autoinformada en escolares de 8 a 12 años. *Psicothema*, 12 (4), 594-598.

91. Viñas, F., Canals, J., Gras, M., Ros, C. & Domènech, E. (2002). Psychological and family factors associated with suicidal ideation in pre-adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 5 (1), 20-28.
92. Von Dessauer, B., Ortiz, P., Hinostroza, T., Bataszew, A., Velásquez, A., Correa, M., Cáceres, J. & Mulet, A. (2011). Intento de suicidio vía ingesta de fármacos en niños. *Revista Chilena de Pediatría*, 82 (1), 42-48.
93. Zelaya, L., Piris, L. & Migliorisi, B. (2012). Intentos de suicidio en niños y adolescentes. ¿Máscara de Maltrato Infantil?. *Pediatría (Asunción)*, 39, (3), 167 – 172.

ANEXOS

**ANEXO 1
CUESTIONARIO**

Colegio: P____S____M____

Lista:_____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Sexo: F____ M____

Curso: _____

Colegio: _____

CDI

ALGUNAS VECES LOS NIÑOS TIENEN DIFERENTES SENTIMIENTOS E IDEAS. ESTE CUESTIONARIO CONSISTE EN UNA LISTA DE SENTIMIENTOS E IDEAS.

DE CADA GRUPO ELIGE UNA FRASE QUE TE DESCRIBA MEJOR EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. DESPUES DE ELEGIR UNA FRASE DEL PRIMER GRUPO, PASA AL SIGUIENTE GRUPO.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS. SIMPLEMENTE ELIGE LA FRASE QUE DESCRIBA MEJOR COMO TE HAS SENTIDO LAS ULTIMAS DOS SEMANAS. PON UNA CRUZ (+) EN EL CASILLERO FRENTE A TU RESPUESTA.

AQUÍ HAY UN EJEMPLO PARA QUE APRENDAS COMO SE CONTESTA:
PON UNA CRUZ EN EL CASILLERO FRENTE A LA FRASE QUE MEJOR TE DESCRIBE.

- _____ LEO LIBROS TODO EL TIEMPO
- _____ LEO LIBROS DE VEZ EN CUANDO
- _____ NUNCA LEO LIBROS

RECUERDA, ELIGE LA FRASE QUE MEJOR DESCRIBA TUS SENTIMIENTOS E IDEAS DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

1. ESTOY TRISTE DE VEZ EN CUANDO
 ESTOY TRISTE MUCHAS VECES
 ESTOY TRISTE SIEMPRE

2. NUNCA ME SALDRA NADA BIEN
 NO ESTOY SEGURO SI LAS COSAS ME SALDRAN BIEN
 CREO QUE LAS COSAS ME SALDRAN BIEN

3. HAGO BIEN LA MAYORIA DE LAS COSAS
 HAGO MAL MUCHAS COSAS
 TODO LO HAGO MAL

4. ME DIVIERTEN MUCHAS COSAS
 ME DIVIERTEN ALGUNAS COSAS
 NADA ME DIVIERTE

5. SOY MALO SIEMPRE
 SOY MALO MUCHAS VECES
 SOY MALO ALGUNAS VECES

6. A VECES PIENSO QUE ME PUEDEN PASAR COSAS MALAS
 ME PREOCUPA QUE ME PASEN COSAS MALAS
 ESTOY SEGURO QUE ME VAN A PASAR COSAS TERRIBLES

7. ME ODIO
 NO ME GUSTA COMO SOY
 ME GUSTA COMO SOY

8. TODAS LAS COSAS MALAS SON CULPA MIA
 MUCHAS COSAS MALAS SON CULPA MIA
 NO TENGO LA CULPA QUE PASEN COSAS MALAS

9. NO PIENSO EN MATARME
 PIENSO EN MATARME PERO NO LO HARIA
 QUIERO MATARME

10. _____ TENGO GANAS DE LLORAR TODOS LOS DIAS
_____ TENGO GANAS DE LLORAR MUCHOS DIAS
_____ TENGO GANAS DE LLORAR DE VEZ EN CUANDO
11. _____ SIEMPRE ESTOY PREOCUPADO
_____ MUCHAS VECES ESTOY PREOCUPADO
_____ RARA VEZ ESTOY PREOCUPADO
12. _____ ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE
_____ MUCHAS VECES NO ME GUSTA ESTAR CON LA GENTE
_____ NO QUIERO EN ABSOLUTO ESTAR CON LA GENTE
13. _____ NO PUEDO DECIDIRME
_____ ME CUESTA DECIDIRME
_____ ME DECIDO FACILMENTE
14. _____ ME AGRADA MI APARIENCIA FISICA
_____ HAY COSAS DE MI APARIENCIA FISICA QUE NO ME GUSTAN
_____ ME DESAGRADA MI APARIENCIA FISICA
15. _____ SIEMPRE ME CUESTA PONERME A HACER LAS TAREAS
_____ MUCHAS VECES ME CUESTA PONERME A HACER LAS TAREAS
_____ NO ME CUESTA PONERME A HACER LAS TAREAS
16. _____ TODAS LAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
_____ MUCHAS NOCHES ME CUESTA DORMIRME
_____ DUERMO MUY BIEN
17. _____ DE VEZ EN CUANDO ME SIENTO CANSADO
_____ MUCHAS VECES ME SIENTO CANSADO
_____ TODO EL TIEMPO ME SIENTO CANSADO
18. _____ NO ME SIENTO SOLO
_____ MUCHAS VECES ME SIENTO SOLO
_____ SIEMPRE ME SIENTO SOLO

19. _____ NUNCA ME DIVIERTO EN EL COLEGIO
_____ ME DIVIERTO EN EL COLEGIO SOLO DE VEZ EN CUANDO
_____ ME DIVIERTO EN EL COLEGIO MUCHAS VECES
20. _____ TENGO MUCHOS AMIGOS
_____ TENGO ALGUNOS AMIGOS PERO ME GUSTARIA TENER MAS
_____ NO TENGO AMIGOS
21. _____ ME VA BIEN EN EL COLEGIO
_____ NO ME VA TAN BIEN EN EL COLEGIO COMO ANTES
_____ ME VA MUY MAL EN RAMOS QUE ANTES ME IBA BIEN
22. _____ NUNCA HAGO LAS COSAS TAN BIEN COMO OTROS NIÑOS
_____ SI QUIERO PUEDO HACER LAS COSAS TAN BIEN COMO OTROS
_____ HAGO LAS COSAS TAN BIEN COMO OTROS NIÑOS
23. _____ NADIE ME QUIERE
_____ NO SE SI ALGUIEN ME QUIERE
_____ ESTOY SEGURO QUE ALGUIEN ME QUIERE
24. _____ ME LLEVO BIEN CON LA GENTE
_____ ME PELEO MUCHAS VECES
_____ ME PELEO SIEMPRE
25. _____ CASI TODAS LAS NOCHES TENGO PESADILLAS
_____ A VECES TENGO PESADILLAS
_____ CASI NUNCA TENGO PESADILLAS
26. _____ NO ME GUSTA JUGAR
_____ A VECES ME GUSTA JUGAR
_____ ME GUSTA JUGAR SIEMPRE
27. _____ GENERALMENTE ME SIENTO FELIZ
_____ SOLO ALGUNAS VECES ME SIENTO FELIZ
_____ NUNCA ME SIENTO FELIZ

ESCALA DE AUTOCONCEPTO P – H

QUEREMOS QUE NOS AYUDES A SABER QUE PIENSAN Y SIENTEN, LOS NIÑOS Y NIÑAS DE ELLOS MISMOS.

LEE CADA UNA DE LAS FRASES Y DECIDE SI LO QUE DICE ES REALMENTE LO QUE TÚ SIENTES O SI NO TIENE NADA QUE VER CONTIGO.

SI LA FRASE ES VERDAD (ES LO MISMO QUE TE PASA A TI) ENCIERRA EN UN CÍRCULO EL SI FRENTE A LA FRASE. SI ES FALSO, O SEA, NO ES LO QUE TE PASA A TI, ENCIERRA EN UN CÍRCULO EL NO.

Ejemplo:

Me gusta la música moderna	SI	NO
----------------------------	-----------	----

Si te gusta la música moderna, o la mayoría de las canciones modernas, encierra el SI. No te gusta nada, o casi nada, encierra el NO.

- CONTESTA TODAS LAS FRASES, AUNQUE A VECES TE CUESTE DECIDIR.
- NO MARQUES SÍ Y NO EN LA MISMA FRASE
- SI ALGO NO TE QUEDA CLARO, LEVANTA LA MANO Y ESPERA QUE ALGUIEN SE ACERQUE A SOLUCIONAR TUS DUDAS.

Nº	Ítem	SÍ	NO
1	Mis compañeros se burlan de mí	SÍ	NO
2	Soy una persona feliz	SÍ	NO
3	Me cuesta hacerme amigos de otros niños	SÍ	NO
4	Generalmente estoy triste	SÍ	NO
5	Soy inteligente	SÍ	NO
6	Soy tímido	SÍ	NO
7	Me gusta como me veo	SÍ	NO
8	Me pongo nervioso cuando tengo prueba	SÍ	NO
9	Tengo muchos amigos	SÍ	NO
10	Me porto bien en el colegio	SÍ	NO
11	Me culpan a mí cuando algo se echa a perder	SÍ	NO
12	Soy fuerte	SÍ	NO
13	Casi siempre mis padres piden mí opinión	SÍ	NO
14	Paso a llevar a los niños en la fila	SÍ	NO
15	Soy bueno para los trabajos manuales	SÍ	NO

16	Me doy por vencido fácilmente	SÍ	NO
17	Puedo hacer bien mis tareas	SÍ	NO
18	Hago muchas tonteras	SÍ	NO
19	Casi siempre tengo ganas de llorar	SÍ	NO
20	Soy bueno para el dibujo	SÍ	NO
21	Me porto bien en casa	SÍ	NO
22	Siempre termino mis tareas	SÍ	NO
23	Mis compañeros de curso me quieren mucho	SÍ	NO
24	Soy nervioso	SÍ	NO
25	Puedo hablar bien delante el curso	SÍ	NO
26	Siempre estoy atento en clase	SÍ	NO
27	Los otros niños dicen que los molesto	SÍ	NO
28	A mis amigos les gustan mis ideas	SÍ	NO
29	Siempre me meto en problemas	SÍ	NO
30	Casi siempre estoy preocupado	SÍ	NO
31	En mi casa soy obediente	SÍ	NO
32	Tengo buena suerte	SÍ	NO
33	Puedo lograr lo que mis padres esperan de mí	SÍ	NO
34	Soy peleador con otros niños	SÍ	NO
35	Me gusta como soy	SÍ	NO
36	Siento que no me toman en cuenta	SÍ	NO
37	Me gustaría ser diferente	SÍ	NO
38	Duermo bien en la noche	SÍ	NO
39	Lo paso bien en el colegio	SÍ	NO
40	Soy de los últimos que eligen para entrar a los juegos	SÍ	NO
41	Muchas veces me siento enfermo	SÍ	NO
42	Soy pesado con la gente	SÍ	NO
43	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas	SÍ	NO
44	Soy buen amigo	SÍ	NO
45	Soy alegre	SÍ	NO
46	Tengo buenos amigos	SÍ	NO
47	Soy tonto para muchas cosas	SÍ	NO
48	Soy más feo que los demás niños	SÍ	NO
49	Casi siempre ando con flojera	SÍ	NO

50	Le caigo bien a los niños hombres	SÍ	NO
51	Los demás niños me molestan	SÍ	NO
52	Mi familia esta desilusionada de mí	SÍ	NO
53	Tengo una cara agradable	SÍ	NO
54	Cuando trato de hacer algo todo me sale mal	SÍ	NO
55	Me retan mucho en la casa	SÍ	NO
56	Soy torpe	SÍ	NO
57	En los juegos y deportes miro en vez de jugar	SÍ	NO
58	Se me olvida lo que aprendo	SÍ	NO
59	Me gusta estar con gente	SÍ	NO
60	Les gusto a las demás personas	SÍ	NO
61	Me enojo fácilmente	SÍ	NO
62	Les caigo bien a las niñas	SÍ	NO
63	Tengo buena pinta	SÍ	NO
64	Mis compañeros me caen bien	SÍ	NO
65	Casi siempre tengo miedo	SÍ	NO
66	Los demás pueden confiar en mí	SÍ	NO
67	Los otros niños son mejores que yo	SÍ	NO
68	A veces pienso hacer maldades, pero no las hago	SÍ	NO
69	En mi casa dicen que soy llorón	SÍ	NO
70	Soy buena persona	SÍ	NO

David H. Olson, Joyce Portner & Lavee

FACES III

A continuación Ud. Encontrará una serie de 40 afirmación relacionadas con la familia.

De la afirmación 1 a la 20, Ud. Debe contestar de acuerdo a como son las cosas actualmente en su familia; de la 21 a la 40, Ud. Debe contestar de acuerdo a cómo le gustaría que fueran las cosas en su familia.

Lea cuidadosamente cada afirmación.

Esta escala no es una prueba ni n test, por lo cual no hay respuestas buenas ni malas.

No deje de contestar ninguna afirmación. Si desea cambiar alguna respuesta borre por completo la que quiere cambiar.

1 Casi nunca	2 De vez en cuando	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	
Describa cómo es su familia. marque con una cruz el número correspondiente a su respuesta:					
1- Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2- En la solución de problemas se consideran las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3- Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4- Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5
5- Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia.	1	2	3	4	5
6- Diferentes miembros de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7- Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que de persona externas a la familia.	1	2	3	4	5

8- Nuestra familia cambia la forma de realizar sus quehaceres.	1	2	3	4	5
9- A los miembros de la familia les gusta pasar tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
10-Padre (s) e hijos (a) discuten juntos los castigos.	1	2	3	4	5
11-Los miembros de la familia se sienten cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12-Los hijos toman las decisiones en familia.	1	2	3	4	5
13-Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14-Las reglas cambian en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15-Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16-Nosotros nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17-Los miembros de la familia se consultan entre si las decisiones.	1	2	3	4	5
18-Es difícil identificar quién es (o son) líder (es) en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19-La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20-Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5
1 Casi nunca	2 De vez en cuando	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	
Idealmente, ¿Cómo les gustaría que fuese su familia?					
1- Los miembros de la familia se piden ayuda unos a otros.	1	2	3	4	5
2- En la solución de problemas se consideran las sugerencias de los hijos.	1	2	3	4	5
3- Nosotros aprobamos los amigos que cada uno tiene.	1	2	3	4	5
4- Los hijos expresan su opinión acerca de su disciplina.	1	2	3	4	5

5- Nos gusta hacer cosas sólo con nuestra familia.	1	2	3	4	5
6- Diferentes miembros de la familia actúan en ella como líderes.	1	2	3	4	5
7- Los miembros de la familia se sienten más cerca entre sí que de persona externas a la familia.	1	2	3	4	5
8- Nuestra familia cambia la forma de realizar sus quehaceres.	1	2	3	4	5
9- A los miembros de la familia les gusta pasar tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
10-Padre (s) e hijos (a) discuten juntos los castigos.	1	2	3	4	5
11-Los miembros de la familia se sienten cerca unos de otros.	1	2	3	4	5
12-Los hijos toman las decisiones en familia.	1	2	3	4	5
13-Cuando en nuestra familia compartimos actividades, todos estamos presentes.	1	2	3	4	5
14-Las reglas cambian en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15-Fácilmente se nos ocurren cosas que podemos hacer en familia.	1	2	3	4	5
16-Nosotros nos turnamos las responsabilidades de la casa.	1	2	3	4	5
17-Los miembros de la familia se consultan entre si las decisiones.	1	2	3	4	5
18-Es difícil identificar quién es (o son) líder (es) en nuestra familia.	1	2	3	4	5
19-La unión familiar es muy importante.	1	2	3	4	5
20-Es difícil decir quién se encarga de cuáles labores del hogar.	1	2	3	4	5