



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado:
Articulación teórico-clínica

**Prevención del suicidio:
las palabras de los niños, el silencio de los adultos**

Estudiante: Agustina Sol Kalbantner Sosa

C.I.: 5.327.487-2

Tutor: Prof. Adj. Michel Dibarboure

Revisora: As. Mag. Susana Quagliata

Julio, 2022
Montevideo, Uruguay.

Índice:

1. Resumen	1
2. Introducción	2
3. Suicidio	3
- ¿Qué es el suicidio?	3
- Conducta suicida	4
➤ Ideación suicida	5
➤ Parasuicidio	5
➤ Intento de suicidio	6
➤ Suicidio consumado	7
- Clasificación del riesgo suicida	7
4. Proceso de construcción del concepto de muerte en niños	8
5. Factores de riesgo	11
- Maltrato infantil intrafamiliar	12
- Abuso sexual infantil	15
- <i>Bullying</i>	17
6. Factores de protección	19
- Sólidas relaciones personales	20
- Habilidades de afrontamiento	21
- Autoestima alta	22
7. Modelo Cúbico del Suicidio	23
- <i>Psychache</i>	24
- Perturbación	24
- Presión	26
- Prevención del suicidio	26
8. Caso clínico "C"	28
- Conducta suicida	28
- ¿Qué factores de riesgo se visualizan?	29
➤ Separación de los padres por divorcio	29
➤ Mudanzas frecuentes	29
➤ Maltrato infantil intrafamiliar	30
➤ Falta de sólidas relaciones personales	31
➤ <i>Bullying</i>	32
➤ Falta de habilidades de afrontamiento	33
➤ Comportamiento agresivo e impulsivo	34
➤ Baja tolerancia a la frustración	34
➤ Baja autoestima	35
- Modelo Cúbico del Suicidio	36
9. Reflexiones finales	37
10. Referencias bibliográficas	40

1. Resumen:

El presente trabajo tiene como primordial objetivo realizar una revisión bibliográfica acerca de la problemática del suicidio en niños y niñas como fundamento para elaborar una articulación clínica. Tomando en consideración el relevante aumento de dicho fenómeno en esta franja etaria, se apunta principalmente a trabajar la prevención del mismo.

Con este fin, se comienza problematizando algunas definiciones acerca de la conducta suicida y, particularmente, del suicidio consumado, poniendo en tela de juicio la intencionalidad del acto suicida en la niñez, en concordancia también con el proceso de construcción del concepto de muerte en niños y niñas y la relación de este con su desarrollo cognoscitivo.

Adentrando en la detección y prevención de dicho fenómeno, se trabajan, sin miras de generalizar, ni dejar de lado la singularidad de cada caso, los diferentes factores de riesgo y de protección asociados al fenómeno del suicidio en la niñez; haciendo foco en el relevante papel de los otros en la reducción o incremento del riesgo suicida en esta etapa vital. A su vez, se desarrolla el Modelo Cúbico del Suicidio, trabajando a partir de estas tres dimensiones necesarias para la consumación de un acto suicida y una posible forma de pensar el pronóstico y la intervención junto a sujetos con riesgo suicida.

Para finalizar, a partir de dicho desarrollo teórico se problematiza acerca de la prevención del suicidio en función del caso clínico "C", reflexionando sobre la conducta suicida en la niñez, la incidencia de determinados factores de riesgo y el Modelo Cúbico del Suicidio.

Palabras claves: Suicidio en la niñez - Prevención - Factores de riesgo - Factores de protección - Modelo Cúbico del Suicidio.

2. Introducción:

El suicidio es una gran problemática de salud a nivel mundial, específicamente Uruguay cuenta con una de las tasas de suicidio más altas en Sudamérica. Por ende, deconstruyendo el mito de que “hablar de suicidio puede interpretarse como estímulo para el mismo”, el presente trabajo tiene como objetivo abordar la prevención del suicidio, específicamente en niños y niñas¹, franja etaria en la que muchas veces se invisibiliza la temática y en la cual se constata un aumento del mismo a edades cada vez más tempranas. En concordancia con este fin, se procura realizar un trabajo con un lenguaje claro para el alcance de toda la comunidad, ya que se tiene presente la importancia de la actuación de los diferentes actores, no solo académicos, sino también de la sociedad en general, en la prevención del suicidio.

Profundizando en las cifras de este fenómeno, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), en 2019 se suicidaron más de 700 000 personas en el mundo, es decir, una de cada cien muertes; por su parte, en concordancia con el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (2017), en jóvenes de 15 a 29 años el suicidio, a nivel internacional, es la segunda causa de muerte. Picazo-Zappino (2014) recolecta numerosos datos acerca de la prevalencia del suicidio a nivel mundial, entre ellos, sostiene que de los cuatro millones de intentos de suicidio que se producen cada año, ya que el número de intentos es mayor al del acto consumado (según la OMS (2006) hay de 10 a 20 intentos cada una persona que se suicida), unos 90.000 corresponden a la población de entre 10 y 19 años de edad. Continuando con la autora, en función del género, ya que el suicidio consumado es de dos a cinco veces más frecuente en varones, las tasas globales de suicidio por cada 100.000 habitantes en el año 2000 fueron de 0,4 para chicas y 1,5 para chicos de 5 a 14 años y de 4,9 para chicas y 22 para chicos de entre 15 y 24 años. Estos datos alertan de una relevante problemática a nivel mundial y, hay que considerar, que no cuentan con el impacto impredecible de la pandemia por Covid-19 en sus cifras.

Por su parte, en Uruguay, la Universidad de la República (2021), en diálogo con Hein, señala que la tasa de suicidio en 2021 fue de 20,6 cada 100.000 habitantes, una de las más elevadas en América Latina y que viene creciendo desde hace 20 años. Específicamente en el 2020 se registraron en el país 2 suicidios por día. En el caso particular de niños, el Ministerio de Salud Pública (MSP, 2021) plantea que en 2020 cada 100.000 habitantes la tasa de mortalidad por suicidio en niños menores de 14 fue del 1,3.

Debido a que muchas veces se constatan fallas en los registros de tales hechos, aclarando que las tentativas de suicidio en general no se contabilizan, las cuales, como fue

¹ A partir de este punto se utiliza indistintamente “niños” para referirse tanto a niños como a niñas, con el fin de facilitar la lectura.

dicho, son de un número mayor, junto al oscurantismo que hay en relación con el tema, siendo en pleno siglo XXI todavía un “tabú”, estas cifras pueden ser mayores. En el caso de Uruguay, Brecha (2021), en diálogo con Hein, plantea que existe un subregistro de suicidios del orden del 4%. Hay que añadir, como trabajan Morais dos Santos y Batista de Melo (2016), que, principalmente en el caso de los niños, este registro se complejiza, ya que “muchos casos son, todavía, considerados como accidentes o son registrados insensiblemente de forma errada” (p. 574), resaltando como en los niños se incrementa el “tabú” acerca de los actos suicidas, ya que los adultos muchas veces asocian esta etapa de la vida con felicidad, inocencia, vitalidad, despreocupación, entre otros aspectos.

El anterior factor juega también un rol en los escasos trabajos acerca del suicidio en dicha franja etaria, en comparación con otras etapas de la vida, por ende, en el presente desarrollo se procura sensibilizar e informar acerca de la temática, intentando ayudar a deconstruir el velo que, aún en la actualidad, como desarrolla Larrobla et al. (2017), oculta, silencia y condena dicho fenómeno:

Lo no dicho, lo que se mantiene en silencio, pretende remitirse al terreno de la inexistencia. Pero lo no dicho está allí, como inscripción incómoda, dando forma a todos los parloteos, atravesando todo lo que hablamos, envuelto en un silencio que parece tener vida propia y autonomía (...) Tal parece ser el caso del suicidio –de los variados suicidios– en el Uruguay. (p. 211)

3. Suicidio:

- ¿Qué es el suicidio?:

Enfrentarse a esta pregunta es complejo, ya que este fenómeno atraviesa a las diferentes sociedades y a las diversas épocas, incluso, como Chávez-Hernández y Leenaars (2010) plantean, “cada sociedad ha mantenido hacia este consideraciones y acercamientos tan variables como sus peculiares principios culturales, religiosos, morales e ideológicos” (p. 356). Además, hay que destacar que el suicidio, como sostiene el MSP (2007), es un fenómeno multicausal, donde se interrelacionan diversos factores neurobiológicos, socioambientales y subjetivos.

Intentando realizar un primer acercamiento a la conceptualización del mismo, la Real Academia Española (2001) desarrolla que la palabra suicido proviene del latín *suicidium*, *sui* (de sí mismo) y *cidium* (“cido”), que significa: 1. Acción y efecto de suicidarse. 2. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza.

Profundizando en las diversas definiciones de suicidio, entre las usualmente más extendidas se encuentran aquellas que aluden a la intencionalidad de este fenómeno. Por

ejemplo, la OMS (2012) lo define como “el acto deliberado de quitarse la vida” (p.75). Por su parte, Shneidman (1993) trabaja al suicidio como un acto premeditado, planteando que este solo puede ocurrir cuando el sujeto tiene alguna intención consciente de acabar con su propia vida.

Por otro lado, Durkheim (1897), el sociólogo precursor de los estudios sobre el suicidio, lo define como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo [activo o pasivo], realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado” (p. 13).

El presente trabajo, al enfocarse en niños, problematiza dichas definiciones donde el eje de las mismas se encuentra en la acción deliberada de finalizar con la propia vida, ya que, como se desarrolla más adelante, no es sino a los 9 años que el niño tiene conciencia de la muerte como final irreversible. Por ende, cabe cuestionarse si en el caso de los niños hay una intencionalidad suicida. Al respecto, hay diferentes planteos entre los autores, por ejemplo, Picazo-Zappino (2014) sostiene que debido a que se necesita cierta madurez cognitiva para comprender el concepto de muerte, no sería el objetivo de la conducta suicida en edades tempranas finalizar con la propia vida.

A raíz de las anteriores consideraciones, se apunta a una definición más amplia de suicidio:

Es un acontecimiento vital en el que están presentes componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y filosóficos. En numerosos casos la decisión de quitarse la vida aparece como un comportamiento funcional, en tanto pone fin a situaciones de sufrimiento y tensión que se han convertido en insoportables para la persona que las padece. (Casullo, 2004, p. 174)

Por último, para comprender en mayor profundidad dicho concepto, se exponen las 10 características comunes a todo suicidio, planteadas por Shneidman (1993):

1. El propósito común del suicidio es buscar una solución.
2. El objetivo común es el cese de la conciencia.
3. El estímulo común es el dolor psicológico insoportable.
4. El estresor común son las necesidades psicológicas insatisfechas.
5. La emoción común es la desesperanza, la desesperación.
6. El estado cognoscitivo común es la ambivalencia.
7. El estado perceptual común es la constricción.
8. La acción común es escapar.
9. El acto interpersonal común es la comunicación de la intención suicida.
10. La consistencia permanente de los patrones de afrontamiento. (p. 34)

- Conducta suicida:

La OMS (1969) diferencia la conducta -o comportamiento- suicida del suicidio consumado, plantea a la primera como aquella acción con la que el individuo se causa daño

a sí mismo, independientemente del grado de intención letal del acto y de que se conozca o no el verdadero móvil.

Fraijo, Cuamba, Corral, Tapia y Montiel (2012) resaltan en la conducta suicida esta independencia frente al objetivo de conseguir la muerte, es decir que la misma trasciende el resultado del sujeto de quitarse la vida o no, y también va más allá de la letalidad del método utilizado. Catañeda (2003), citado por Fraijo et al. (2012), plantea que en ocasiones la conducta suicida no tiene como objetivo causar la muerte, sino que se convierte en un medio de comunicación de emociones, por ejemplo, enojo, frustración, ante situaciones conflictivas.

Por su parte, Miranda de la Torre, Cubillas, Roman-Perez y Abril (2009) utilizan la denominación de proceso suicida, señalando varias etapas en el mismo, las cuales pueden ser secuenciales o no. Entre estas, el suicidio consumado es solo un elemento, parte de un amplio espectro de comportamientos, entre los cuales se encuentran la ideación suicida, el parasuicidio y el intento de suicidio.

➤ Ideación suicida:

Eguiluz (2003) define la ideación suicida como “aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfligida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir” (p. 2), planteando a esta como una etapa de gran importancia, ya que podría actuar como factor predictor del suicidio consumado.

Pérez-Barrero (1999) sostiene que la ideación suicida abarca un amplio campo que puede presentarse de determinadas formas:

El deseo de morir (“la vida no merece la pena vivirla” “yo lo que debiera es morirme”, etcétera), la representación suicida (“me he imaginado que me ahorcaba”), la idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción (“me voy a matar, (...) no sé cómo pero lo voy a hacer”), la idea suicida con un plan indeterminado e inespecífico aún (“me voy a matar de cualquiera forma, con pastillas, tirándome delante de un carro, quemándome”), la idea suicida con una adecuada planificación (“he pensado en ahorcarme en el baño, mientras mi esposa duerma”), [a esta última] se la conoce también como plan suicida. (p. 197)

Dicho autor, problematizando el mito de que “el que lo dice no lo hace” o “el que se mata, no avisa que lo va a hacer”, resalta que las amenazas suicidas, es decir, las expresiones verbales o escritas del deseo de matarse, deben tomarse en cuenta y con seriedad.

➤ Parasuicidio:

Delgado, Insuasty y Villalobos (2004) trabajan al parasuicidio como un conjunto de conductas que se realizan de manera voluntaria y cuyas consecuencias son “el dolor, desfiguración o daño de alguna función o parte del cuerpo, sin la intención real de morir y que tiene como fin obtener una ganancia secundaria” (p. 62). En tal sentido, Lozano (2018) trabaja que este tipo de conductas pueden tener entre sus objetivos el comunicar y aliviar el dolor psicológico, el asentar al individuo en la realidad o el obtener una sensación de control sobre el entorno.

Jans, Vloet, Taneli y Warnke (2018) plantean que las conductas parasuicidas se manifiestan frecuentemente mediante formas de comportamiento autodestructivo menos graves y no amenazantes para la vida, como es el caso de las lesiones cutáneas por mordeduras o quemaduras; siendo las autolesiones generalmente muy recurrentes. A pesar de esto, continuando con los autores, cabe destacar que algunas conductas de daño autoinfligido pueden ocasionar la muerte, ya sea por una ignorancia o por un error de la persona que las lleva a cabo.

En esta línea, Martín-Barrajón (2020), en relación con las conductas autolesivas, plantea que estas, si bien no siempre son la “antesala del suicidio”, pueden suponer para el sujeto que las realiza un aumento del umbral de tolerancia al dolor físico y, ante esto, una escalada en la letalidad del método utilizado, pudiendo la persona terminar con su propia vida sin pretenderlo. Por ende, el autor destaca que las mismas deben ser consideradas de gran relevancia.

➤ Intento de suicidio:

Con respecto al intento de suicidio, se encuentran en la literatura dos perspectivas diferentes. Por un lado, aquellos autores, como Delgado, Insuasty y Villalobos (2004), que definen al intento suicida como una conducta autodestructiva en la que existe una intención de morir -aunque luego este objetivo falle-; diferenciándolo así de la conducta parasuicida por su intencionalidad. Por el otro, autores, como Picazo-Zappino (2014), que lo definen como todo acto mediante el cual el individuo se hace un daño a sí mismo, más allá del propósito subyacente a la acción, es decir, si el sujeto pretendía morir o tenía otro fin; englobando, por ende, bajo el término de “intento de suicidio” también a las “conductas parasuicidas”.

Siguiendo las ideas de Ribot, Alfonso, Ramos y González (2012), se considera necesario problematizar la diferenciación entre ambas conductas, ya que se pueden pensar como fenómenos de distinta magnitud. Sin embargo, no en desmedro de lo anterior, el presente trabajo, como fue previamente planteado, procura mover el foco de la intencionalidad suicida en el caso de la niñez; por ende, es relevante sostener que “cualquier

conducta arriesgada realizada por niños que ya tengan discernimiento de los peligros debe ser considerada” (Morais dos Santos y Batista de Melo, 2016, p. 574), agregando las autoras que frecuentemente el suicidio consumado es antecedido por un intento.

Por su parte, Pérez-Barrero (1999), sin miras de generalizar, explica que el intento de suicidio es más frecuente en jóvenes, en el sexo femenino y los métodos más utilizados son los llamados suaves o no violentos (por ejemplo, la ingesta de fármacos o sustancias tóxicas). Por el contrario, desarrolla que el suicidio consumado es más frecuente en adultos y ancianos, en el sexo masculino y los métodos mayormente utilizados son los denominados duros o violentos (por ejemplo, las armas de fuego o el ahorcamiento).

➤ Suicidio consumado:

Retomando a Picazo-Zappino (2014), esta desarrolla que el suicidio consumado engloba aquellos actos autolesivos voluntarios que dan como resultado la muerte. En el caso principalmente de los menores, plantea que “el diagnóstico no siempre resultaría fácil, ya que en muchas ocasiones se duda de si se trata de un acto suicida, o de una imprudencia o conducta temeraria” (p. 129).

En relación con dichos planteos, Morais dos Santos y Batista de Melo (2016), en un estudio acerca de la posible tendencia suicida en niños entre los 6 y 12 años hospitalizados en el Hospital da Restauração, en Brasil, por accidentes domésticos, llegan a la conclusión de que la mayoría de estos están relacionados con la inminencia de la muerte; “se muestra que lo imprevisto, en los acontecimientos azarosos de los accidentes, no es tan imprevisible; se ve que es a través de este supuesto “azar” que el sujeto parece encontrar la salida de los conflictos vividos...” (p. 575).

Hay que remarcar que, como plantea en sus escritos Cobo (1985), citado por Picazo-Zapino (2014):

Todo acto suicidario, por banal o chantajista que pueda parecer, debe ser tomado muy en serio. El hecho de que un chico recurra a la autolesión (de distinto género que en la rabieta) para terminar con una situación que le es insoportable significa una gran vulnerabilidad de su persona y debe ser minuciosamente ayudado. (p. 129)

- Clasificación del riesgo suicida:

Para finalizar dicho apartado, se desarrolla la clasificación del riesgo suicida que trabaja el MSP (2007), remarcando que más allá de la misma, como en el párrafo anterior se plantea, toda conducta suicida debe ser considerada de gran relevancia.

- Leve: si bien no hay intención evidente de cometer suicidio, existe ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. El sujeto es capaz de rectificar su conducta y está presente la autocrítica.
- Moderado: hay ideación suicida con ciertos planes, posibles antecedentes de intentos de autoeliminación previos y puede haber factores de riesgo.
- Grave: existe una preparación concreta para hacerse daño. Puede haber intento de autoeliminación previo y hay factores de riesgo. Agregando que el sujeto expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.
- Extremo: varios intentos de autoeliminación con varios factores de riesgo. A su vez, puede estar presente como agravante la autoagresión.

4. Proceso de construcción del concepto de muerte en niños:

Fleming-Holland (2008) plantea que “los conceptos infantiles revelan un patrón de desarrollo similar en todos los niños, pero varían ampliamente según la edad. En su desarrollo cognoscitivo, los conceptos progresan de lo concreto a lo abstracto, de vagos a precisos...” (p. 10). El concepto de muerte no le rehúye a este planteamiento, por lo cual, se podría exponer, a grandes rasgos, cómo dicho concepto se va complejizando a raíz del desarrollo cognoscitivo del niño.

Peterson y Seligman (2004), citado por Fleming-Holland (2008), consideran que la rigidez de las edades se ha modificado a favor de las etapas cognoscitivas, por ende, en el presente trabajo, si bien se plantea la relación de las edades con el desarrollo del proceso de conceptualización de la muerte, también se alude a los desarrollos de Piaget acerca de dichas etapas.

Rafael Linares (2008) realiza una revisión bibliográfica acerca de los planteos de Piaget, a partir de la misma trabaja que en el estadio sensorio-motor, el cual se desarrolla desde el nacimiento hasta los 2 años de vida del bebé, el sujeto se relaciona con su mundo a través del sentido y de la acción, pero al término de esta etapa logra ser capaz de representar la realidad mentalmente; constituyéndose la categoría de permanencia de objeto, es decir que los objetos tienen existencia permanente, independiente de su percepción, y la conducta intencional y dirigida a metas.

Estas categorías, según Ortiz (2007), son indispensables para la comprensión o representación de un niño ante la muerte, por ende, plantea que:

Antes del primer año no hay una representación de la muerte en cuanto tal, ya que apenas se está construyendo una separación del mundo interior y exterior, una relación de apego o vínculo afectivo y la noción de causalidad incipiente no le permite al niño representar una causa externa en cuanto a la muerte. (p. 61)

Hay que aclarar, continuando con la autora, que esto no quiere decir que el infante no reaccione ante la muerte, sino que antes de los cuatro a seis meses “la vivencia de la pérdida de la persona que cubre sus necesidades, ya que esta persona aún no es un “ser querido”, es vivenciada más como una amenaza corporal y desestabilización de su universo afectivo en construcción” (p. 61). Posteriormente, la muerte es considerada separación y pérdida afectiva.

Retomando a Rafael Linares (2008), en el estadio preoperacional, de 2 a 7 años, el niño desarrolla una mayor habilidad para emplear símbolos (como ser gestos, palabras, números e imágenes), con los cuales representar las cosas reales del entorno. Pasando, de esta forma, según Ortiz (2007), de la inteligencia práctica al pensamiento propiamente dicho, siendo una de las características del pensamiento infantil el animismo.

Nagy (1948) sustenta que entre los 3 y los 5 años los infantes creen que todos los objetos tienen las mismas cualidades vitales que el ser humano (animismo), por ende, niegan a la muerte como un proceso regular y final o como oposición a la vida y le atribuyen vida y conciencia al muerto, creyendo, por ejemplo, que la muerte es como un cambio de residencia. En este momento, como Fleming-Holland (2008) plantean, comienzan las preguntas sobre dónde y cómo la persona sigue viviendo después de la muerte. Por su parte, Markusen y Fulton (1971), citado por la autora antes mencionada, agregan que ven al muerto como “menos vivo” y con posibilidades de revivir después, siendo el aspecto de la separación el que más se comprende en dicha etapa.

Con relación a este último aspecto, Fensterseifer y Werlang (2003), citado por Morais dos Santos y Batista de Melo (2016), plantean que en todas las edades hay percepciones diferentes acerca de la muerte y que la idea parte de los juegos infantiles (por ejemplo, el juego del *Fort-Da* desarrollado por Freud), en los cuales los infantes desde los 3 meses son “sensibles a la idea de ausencia/vacío; y la presencia se constituye como la capacidad de establecer la distinción de estar ahí y no estar” (p. 573). Como sostiene Ortiz (2007) “los niños pequeños se representan la ausencia, saben de la existencia o no de los objetos y de las personas significativas, reaccionan ante la ausencia aunque la muerte para ellos sea sólo una larga separación” (p. 64).

Continuando con la última autora, esta plantea que el tema de la muerte está en relación con el surgimiento del complejo de Edipo, el cual hace surgir deseos hostiles o de muerte hacia el progenitor del sexo opuesto o hacia quien observe como un rival por el amor de sus padres (tal es el caso del nacimiento de un hermano o una hermana menor). Dolto (1999) articula la angustia de castración, durante el Complejo de Edipo, con la muerte, como en el infante, el cual va a ir buscando el desarrollo de su autonomía para así parecerse a los mayores, empieza a tomar un gran valor afectivo el aprender y conocer:

Descubre la muerte al observar a los animales. Al encontrar inmóviles una mariposa, un pájaro, una lagartija o una mosca, pregunta: “¿por qué?”, (...) matar es inmovilizar. He ahí lo que solamente comprende el niño (...) el sentido de dar muerte es reducir lo que está animado al estado de cosa inanimada. (p.41)

Continuando con Rafael Linares (2008), el estadio de las operaciones concretas, el cual se desarrolla de 7 a 11 años, se caracteriza, en comparación con la etapa anterior, por una mayor flexibilidad y menor rigidez del pensamiento, pero no accediendo aún el niño al pensamiento abstracto, por lo cual se sigue sosteniendo en las cosas concretas.

Según las ideas de Fleming-Holland (2008), aproximadamente a la edad en que los niños ingresan a la primaria empiezan a pensar que la muerte es gradual pero temporal, todavía no la contemplan como una finalidad. Como plantea Nagy (1948), entre los cinco y los nueve años reconocen a la muerte, pero la personifican, la consideran como “alguien que te puede atrapar”, es decir que identifican a una persona como “la muerte”, y, por ende, la entienden como evitable. En esta línea, Hurlock (1967) agrega que no reconocen a la muerte como un proceso resultante de ciertas condiciones y circunstancias.

Ortiz (2007) trabaja que es a partir de los 9 años, aproximadamente, que este pensamiento va desapareciendo, dando lugar a un pensamiento más realista acerca de la muerte, como algo permanente, inevitable, irreversible y universal, siendo su fin el cese de la vida. En esta etapa, continuando con la autora, se pasa del razonamiento mágico a un pensamiento materialista, en el cual el niño busca reafirmar su conocimiento objetivo, dirigiendo sus esfuerzos al entendimiento de las pautas de su cultura. Schilder y Wechsler (1934) plantean que en principio el niño ve a la muerte de manera impersonal y objetiva, como algo que le pasa a otros sin relación a él mismo (citado por Fleming-Holland, 2008), para luego comprender que esta afecta a personas de su entorno y al niño mismo.

Por último, retomando a Rafael Linares (2008), en el estadio de las operaciones formales, de los 11 a los 12 años en adelante, se pasa a pensar en forma abstracta y reflexiva, construyendo, como plantean Zañartu, Krämer y Wietstruck (2008), un concepto de muerte más semejante al del adulto.

Se considera necesario aclarar que la separación en distintas etapas y edades del proceso de construcción del concepto de muerte en el niño, no corresponde a una delimitación rígida, sino que es una aproximación que puede variar; como plantea Fleming-Holland (2008):

El niño pequeño tiene gran curiosidad tanto acerca del universo externo como acerca del mundo en que vive. Por ende, cuándo y a qué grado va a aparecer el interés en la muerte, lo funerario y qué pasa después de ella, dependerá de las influencias ambientales. (p. 10)

Por lo tanto, cabe preguntarse si factores ambientales, como la muerte de una figura significativa, la violencia, la expansión de los medios de comunicación, el acceso a la tecnología, donde, como trabaja Picazo-Zappino (2014), los niños tienen un ingreso inmediato, entre otros aspectos, no han acelerado el desarrollo evolutivo, de manera que se elabore el significado de muerte a edades más tempranas. Es relevante destacar que, en algunos países, hay autores que plantean que el niño actualmente ya incorpora el concepto de muerte como inevitable e irreversible a la edad de los 7 años.

5. Factores de riesgo:

Como sostienen los autores, entre ellos Fraijo et al. (2012), el comportamiento suicida no es una conducta aleatoria, por lo cual, hay posibilidades de predecirlo y prevenirlo. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS-OPS, 2014) plantean la funcionalidad en la prevención del suicidio de los “enfoques anticipatorios”, entre los cuales se encuentra el abordaje de los factores de riesgo y de protección suicida tempranamente en la vida; lo cual permite, con el transcurso del tiempo, propiciar resultados más adaptativos. Ante esto, se hace necesario conocer e identificar aquellos factores que pueden aumentar, o disminuir, la probabilidad de una conducta suicida y, específicamente, de un suicidio consumado.

El MSP (2007) define los factores de riesgo suicida como aquellas condiciones que favorecen la precipitación de un acto suicida. Pérez-Barrero (1999) plantea que estos son individuales (lo que para uno es un elemento de riesgo, para otro no lo es), generacionales (los factores de la niñez pueden no serlos en la adultez o en la vejez) y genéricos (los factores de la mujer no son similares a los del hombre). A pesar de esto, el autor aclara que también hay factores que son comunes a cualquier edad y sexo. A su vez, destaca, como ya fue planteado, que la cultura juega un papel fundamental a la hora de pensar dicho fenómeno y, por ende, en los factores que propician este.

La OMS-OPS (2014) agrupan dichos factores en aquellos asociados con el sistema de salud y con la sociedad en general (por ejemplo, dificultades para obtener acceso a la atención de salud, fácil disponibilidad de los medios utilizables para suicidarse, el sensacionalismo de los medios de difusión en lo concerniente a la temática); en los vinculados a la comunidad y las relaciones (las guerras y los desastres, la discriminación, el sentido de aislamiento, las relaciones conflictivas); y, por último, los factores de riesgo a nivel individual (trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos).

Por su parte, Pérez-Barrero (1999) se centra en los principales factores de riesgo suicida en la niñez, entre los cuales se encuentran las enfermedades psiquiátricas de los

progenitores y/o del menor, los problemas con las relaciones paterno-filiales, el abuso (por ejemplo, físico, sexual), el clima emocional en el cual convive el niño (discusiones, violencia), el presenciar acontecimientos dolorosos (divorcio, separación), familiares o amigos con antecedentes de comportamiento suicida, antecedentes personales de autodestrucción, deseos de reunirse con un ser querido fallecido, comportamiento agresivo e impulsivo, problemas escolares (acoso escolar, fracaso escolar).

Como se observa en el anterior párrafo, en la literatura sobre la temática se trabajan múltiples factores de riesgo de suicidio en la niñez, los cuales no se pueden abarcar en su totalidad en el presente trabajo, por ende, se desarrollan en mayor profundidad tres de estos factores (maltrato infantil intrafamiliar, abuso sexual infantil y *bullying*). Lo cuales tienen como eje común el ser llevados a cabo, deliberadamente, por otros sujetos y, en algunos casos, mediados por un vínculo afectivo con la víctima; características que, como plantea Lopez-Soler (2008), agravan la reacción de estrés ante los acontecimientos vivenciados.

A pesar de esto, hay que destacar que el aislamiento de los factores de riesgo -y de protección- se realiza a nivel teórico, ya que, como desarrolla García-Peña y Villota (2019), no es posible desarticular los eventos de la vida del niño, ni la representación que construya de estos.

- Maltrato infantil intrafamiliar:

Morais dos Santos y Batista de Melo (2016) problematizan el rol fundamental de la familia en el desarrollo del niño, sosteniendo que “lo más importante en el desarrollo de un niño es un ambiente seguro y saludable; un ambiente capaz de ofrecerle subsidios básicos para su crecimiento y para la maduración de su ser” (p. 576).

En concordancia con dicha idea, Freud (1992) plantea que el prolongado desvalimiento, indefensión y dependencia de la criatura humana a nivel biológico, refuerza el influjo del mundo exterior y vuelve indispensable para su supervivencia la presencia de un Otro. Como Winnicott (1972) sostiene, en las primeras etapas del desarrollo emocional del niño, desempeña un papel vital su ambiente (principalmente la figura que oficie de “madre”), ya que todavía no se constituye la discriminación yo, no-yo. En esta línea, Winnicott (1991) introduce el concepto de “madre suficientemente buena”, la cual es capaz de identificarse temporalmente con el niño, convertirlo en objeto de su preocupación y centrarse en satisfacer sus diversas necesidades. Para luego, perder, al mismo tiempo en que el infante transita de la dependencia a cierta independencia, este alto grado de identificación.

Por ende, cabe problematizar, debido a la dependencia del niño con respecto a sus cuidadores, si en el medio familiar no se encuentran los principales factores de riesgo -y de protección- del suicidio en la niñez:

El clima emocional en el cual convive el menor es importante. Un hogar roto, con discusiones y peleas frecuentes entre los padres, el maltrato físico al niño o el psicológico en forma de rechazo manifiesto, humillaciones y vejaciones, o un hogar sin normas de conductas coherentes con el papel de cada miembro de la familia, pueden ser un caldo de cultivo para la realización de un acto suicida. (Pérez-Barrero, 1999, p. 199)

En concordancia con dichas ideas, Lopez-Soler (2008) plantea que la presencia de acontecimientos estresantes o situaciones vitales adversas pueden tener un impacto dramáticamente significativo en los niños, ya que estos se encuentran en una fase de desarrollo que requiere condiciones externas de estabilidad y de protección.

A raíz de estos planteos, se problematiza el rol del maltrato infantil intrafamiliar en el desarrollo del niño y como factor de riesgo suicida en la niñez, ya que, a diferencia de un adulto, “un niño difícilmente pueda diferenciarse del contexto. La violencia es siempre en él un interno-externo indiferenciable. (...) El niño no ha podido construir todavía una historia que le permita oponer otras representaciones a las que irrumpen en forma de maltrato” (Janin, 2002, p. 155).

En principio, el maltrato infantil es definido por la OMS (2020) como:

Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (p. 1)

En este sentido, Castillo (2006) trabaja determinados tipos de maltrato infantil:

- Maltrato físico: cualquier lesión física infringida al niño.
- Maltrato emocional: toda acción (u omisión) que produce un daño mental o emocional en el niño, causándole perturbaciones de magnitud suficiente para afectar su dignidad, su bienestar o perjudicar su salud. En este tipo de maltrato la autora también incluye el someter al niño en forma continua a presenciar actos de violencia, física o verbal, hacia, por ejemplo, otros miembros de la familia.
- Abuso sexual: los contactos entre un niño y un adulto, en los que el niño es usado para la gratificación sexual del adulto. Llave (2012) también agrega que puede ser cometido entre un niño y otro, siempre que medie una relación de poder.
- Negligencia: una falla intencional de los cuidadores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto a alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar su salud, seguridad, educación y bienestar.

- Síndrome de Münchhausen: los cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto.

Continuando en esta línea, el Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (2021) sostiene que la mayoría de los casos de maltrato hacia niñas, niños y adolescentes, que se registraron en 2020, corresponden a maltrato emocional (34%), seguido de negligencia (26%), maltrato físico (19%), abuso sexual (19%) y explotación sexual (2%). Hay que destacar que 9 de cada 10 agresores corresponden a familiares directos o integrantes del núcleo de convivencia de niñas, niños y adolescentes, identificando como principales agresores al padre (38% de los casos), seguido de la madre (24%), la pareja de la madre (15%) y otro familiar (13%).

En concordancia con las personas que llevan a cabo el maltrato, Dovat (2014) plantea dos grandes grupos, por un lado, el maltrato intrafamiliar (como el caso antes descrito), el cual es realizado por uno o varios miembros de la familia o personas que conviven en el hogar del niño; por el otro lado, el maltrato extrafamiliar, el cual es llevado a cabo por personas ajenas a la unidad familiar.

En este sentido, Janin (2002) diferencia las situaciones en que la violencia hacia el niño es efectuada por otros ajenos al medio familiar o es efecto de situaciones sociales, de la que proviene de la propia familia del niño. En el primer caso, la violencia se inscribe en el psiquismo como un choque violento, se implanta en este como un cuerpo extraño, en cambio, en el segundo, el psiquismo se estructura en la situación de violencia, siendo mucho más complejo para el niño construir ciertos sostenes internos que lo ayuden a no ser arrasado por el maltrato.

Por ende, si bien toda violencia ejercida sobre los niños conlleva un impacto para su psiquismo, ya que, como Berenstein (2000) plantea, en lo violento no se tolera el límite ofrecido por el otro sujeto, su mente y su cuerpo, hay que problematizar los efectos agravantes de la misma cuando es llevada a cabo por su propio ámbito familiar.

Como Rascovsky (1970) plantea, el abandono, la negligencia y toda crueldad destructiva efectuada hacia niños, específicamente por parte de sus cuidadores, contribuyen a la conformación de un superyó patológico que “impulsa al suicidio y a la autodestrucción, a la delincuencia y al crimen, a la enfermedad mental y física y la perversión” (p. 27).

En esta línea, Janin (2002) sostiene que el maltrato, particularmente cuando se desarrolla desde el comienzo de la vida del infante, puede llevar a la imposibilidad de registrar sensaciones y afectos y a la no constitución de “la sensación misma de vivir” como registro de vitalidad.

- Abuso sexual infantil:

Dentro de la categoría de maltrato infantil se encuentra el abuso sexual infantil. La OMS (1999) plantea que este consiste en:

La participación de un niño o una niña en una actividad sexual que no comprende plenamente, a la que no es capaz de dar un consentimiento informado, o para la que su desarrollo [tanto psíquico como físico] no está preparado (...) o bien que infringe las leyes o los tabúes sociales. (p. 15)

A su vez, agrega que “esta actividad tiene lugar entre un niño y un adulto, o bien entre un niño y otro niño que por su edad o desarrollo tiene con él una relación de responsabilidad, confianza o poder” (p. 16). Teniendo dicha actividad como finalidad la satisfacción de las necesidades de la otra persona.

Dovat (2014) propone una clasificación del abuso sexual infantil tomando como eje la relación mercantil, en esta diferencia el abuso sexual comercial y no comercial:

- Abuso sexual comercial: se utiliza a los niños en actividades sexuales en busca de satisfacer los deseos de una o varias personas, a cambio de un pago o una promesa de pago económico, tanto para el niño como para un tercero. Esta modalidad de abuso sexual es conocida también como explotación sexual. Algunos ejemplos que brinda el autor acerca de este son:

Prostitución infantil: ofrecer los servicios de niños para la realización de actos sexuales a cambio de dinero u otro elemento de valor, que puede ser entregado directamente al niño, aunque generalmente es entregado a un tercero.

Trata y venta de niños: esta se puede llevar a cabo dentro de un mismo país o entre distintos países y tiene fines sexuales.

Pornografía infantil: consiste en las representaciones visuales de un menor de 18 años en un acto sexual, real o simulado, donde existe exhibición de los genitales para brindar placer sexual a otro u otros.

- Abuso sexual no comercial: cuando el abusador, mediante la intención de satisfacer sus deseos sexuales, provoca, genera y lleva a cabo cualquier relación o contacto con el niño.

También, como se desarrolla respecto al maltrato infantil, se puede plantear una clasificación centrandó el foco en la persona que lleva a cabo el abuso, en cuanto a su lugar y su rol con relación al niño. Valle, Bernabé, Gálvez, Gutiérrez y Martins (2018) trabajan la diferencia entre abuso sexual extrafamiliar e intrafamiliar.

El primero, refiere a las agresiones sexuales que son realizadas por personas ajenas al entorno familiar de la víctima, tales como amigos, parejas o desconocidos. Estas suelen ocurrir fuera del hogar y son mayormente cometidas por personas conocidas por la víctima.

En cambio, el segundo, alude a las agresiones sexuales que ocurren en el entorno familiar, las cuales son cometidas por miembros de la familia o por personas que normalmente viven en el mismo hogar que la víctima. Los autores problematizan que estas generalmente son de larga duración, no son reportadas y se asocian con mayores daños físicos y emocionales. Siendo los niños las principales víctimas de este tipo de agresiones.

Según Meler (2006), el abuso sexual cometido por familiares consanguíneos cercanos se conoce como incesto. Polo (2012) trabaja la prohibición del incesto como norma de carácter universal que permite la exogamia y la introducción de un sujeto a la cultura. Por ende, plantea que, en el caso de los niños víctimas de incesto, pueden generarse en estos sentimientos de culpa y rechazo, ante la violación de los tabúes sociales ligados a los roles familiares.

Janin (2002), haciendo referencia a los vínculos incestuosos, plantea que “cuando el maltrato es ejercido por aquellos sujetos de los que depende la vida y el sostén amoroso del niño, las zonas erógenas se constituyen marcadas por el dolor” (pp. 156-157). Por lo que predominan:

a) funcionamientos masoquistas (cuando el dolor no ha sido tan insoportable como para impedir la ligazón con Eros) y b) un cuerpo doliente, agujereado (cuando el dolor ha dejado como marca agujeros representacionales), en el que todo contacto es lacerante. (p. 157)

Por su parte, Loureiro (2008) problematiza la insistencia de los silencios en el mantenimiento del abuso sexual infantil, condición por la cual, muchas veces, este se perpetua durante años. En esta situación, según Rodríguez (1999), se juegan los tabúes que rodean la sexualidad, la autoculpabilización de la víctima, la ocurrencia del abuso en múltiples ocasiones en la privacidad del hogar, entre otros elementos.

Continuando con Loureiro (2008), la autora realiza una revisión acerca del silencio en los niños que sufren esta clase de abuso, sosteniendo que, generalmente, más allá del silencio que le impone el abusador al niño, se juegan otros factores. Hay veces que el abuso queda como algo innombrable para los niños, como “vivencias, percepciones sin representaciones” (p. 13). Otras veces, el silencio parte de pensar en que no pueden ser

entendidos ni ayudados, primando una sensación de desvalimiento. También pueden funcionar escindidos, utilizando el mecanismo de la renegación (“saben pero no saben”). Además, la autora destaca la angustia confusional que se desarrolla en el niño, cuando es aquella persona que lo cuida quien también le ocasiona dolor, pudiendo reconocer, paulatinamente, lo impropio del contacto y sentir vergüenza por este.

“Hay una memoria de marcas corporales, de agujeros, memoria en la que lo que se hace es “desaguar” recuerdos, memoria del terror que insiste sin palabras, sin posibilidades de ser metabolizadas (...) silencios colmados de angustia y vergüenza...” (Janin, 2002, p. 153).

Como trabaja Janin (2000), en concordancia con dichos planteos, el niño se enfrenta a un obstáculo interno, en el cual se pone en juego tanto su propia dificultad para poner en palabras lo vivenciado, como para desobedecer el mandato implícito del otro amado o temido que le ordena silencio. Sin embargo, continuando con la autora, “lo no dicho, lo no nombrado y lo no pensado retornan en actos, en violencias sin sentido, en repeticiones compulsivas” (p. 21). ¿Y en actos suicidas?

Al respecto, la OMS-OPS (2014) problematizan el mayor riesgo de suicidio que corren aquellos sujetos que experimentaron situaciones traumáticas en la niñez, como, por ejemplo, abuso sexual. Planteando que estas situaciones aumentan el estrés emocional y pueden desencadenar actos suicidas en las personas vulnerables, como ser el caso de los niños.

- Bullying:

Olweus (2004) plantea al bullying como la amenaza y el acoso repetido y duradero entre escolares, sea un sujeto particular el hostigador o un grupo de personas, que causa deliberadamente un daño o intimidación al sujeto receptor de dichas acciones.

Por su parte, Ortega, Ramírez y Castelán (2005) trabajan al bullying como:

Una forma ilegítima de confrontación de intereses o necesidades en la que uno de los protagonistas –persona, grupo, institución– adopta un rol dominante y obliga por la fuerza a que otro se ubique en uno de sumisión, causándole con ello un daño que puede ser físico, psicológico, social o moral. (Citado por Gómez Nashiki, 2013, p. 845)

En esta línea, Domínguez y Manzo (2011) plantean que existen varios tipos de bullying:

- Bullying físico: incluye toda acción corporal como golpes, empujones, formas de encierro, entre otras. Este tipo de bullying constituye la manera más habitual en que se presenta dicho fenómeno.
- Bullying verbal: se incluye acciones no corporales, pero igualmente dañinas, como poner apodosos, insultar, amenazar, entre otras.
- Bullying gesticular: son las agresiones más difíciles de detectar, ya que pueden consistir, por ejemplo, en una mirada, una señal obscena o un gesto.
- *Cyberbullying*: es un fenómeno derivado de los grandes avances tecnológicos, surge a través de la red. Hernández y Solano (2007) plantean que este apunta a emplear cualquiera de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) para hostigar a la víctima de manera anónima, desconociendo la identidad del agresor.

Por su parte, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (2019) agrega la exclusión social, es decir, marginar a la víctima e impedirle ser parte del grupo, y el acoso sexual como otras posibles formas de presentarse el fenómeno del bullying.

La OMS-OPS (2014) consideran entre los factores de riesgo de suicidio la discriminación, ya que “puede dar lugar a una continuidad de acontecimientos vitales estresantes, como pérdida de la libertad, rechazo, estigmatización y violencia” (p. 36). Entre las formas de asociación entre discriminación y suicidio, nombran el caso de las personas afectadas por intimidaciones, ciberintimidación o victimización por parte de compañeros y/o compañeras. El rol que juegan estos modos de agresión para la motivación de actos suicidas es trabajado por múltiples autores, incluso algunos de estos, como Carmona, Tobón, Jaramillo y Areiza (2010), emplean la expresión “bully-cidio” para aludir a dicha relación.

Finalizando, es necesario destacar la relevancia del papel que tienen los distintos agentes parte de las instituciones educativas en la prevención del suicidio en niños, ya que como Carmona et al. (2010) plantean:

El matoneo [bullying] en el ámbito escolar es la expresión desnuda y cínica de un fenómeno que está presente de muchas otras maneras sutiles pero letales en las instituciones educativas, y que deben aprender a observarse y conceptualizarse para contribuir a la prevención del intento de suicidio en menores de edad. (p. 74)

En esta línea, Fuentes y Lores (1999) desarrollan la importancia de la formación y sensibilización frente a la problemática del suicidio de los actores sociales que se vinculan a la vida del niño, como es el caso de los maestros, los clubes deportivos, entre otros, ya que tienen un contacto estrecho con dicha población y pueden detectar grupos de riesgo.

Para concluir con el desarrollo de los factores de riesgo, se considera de importancia destacar, como García-Peña y Villota (2019) sostienen, que si bien las experiencias vinculares tempranas tienen un relevante papel en el desarrollo psicoafectivo del niño, no determinan radicalmente el mismo, siendo también de relevancia las experiencias posteriores.

Por ende, se destacan de gran importancia las ideas de Janin (2002) acerca del trabajo en defensa de la vida, donde se escuche al niño y se lo ayude a armar un relato, una historia que sostenga, donde sólo quedaban marcas de dolor:

Es fundamental que se puedan ir recomponiendo, de a poco, los lazos con el mundo. Para lo cual habrá que ir descendiendo a los infiernos del maltrato, contactándose con los aspectos muertos del paciente, para poder significar e historizar, dando lugar a nuevas investiduras libidinales y abriendo posibilidades creativas. (p. 170)

6. Factores de protección:

En contraposición a los factores de riesgo suicida se encuentran los de protección, la OMS-OPS (2014) consideran que en la prevención del suicidio es igual de importante la reducción de los factores de riesgo, como el fortalecimiento de los factores de protección. Ya que estos últimos aumentan la capacidad de recuperación y conexión, amortiguando el riesgo suicida; como Nock et al. (2008) plantea, estos disminuyen la probabilidad de un resultado suicida en presencia de un riesgo elevado.

Martínez (2017) define los factores de protección como “aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar” (p. 79).

Por ende, se considera de gran importancia conocer e identificar dichos factores, agregando que, como desarrollan Sánchez Teruel y Robles Bello (2014), “el conocimiento sobre factores de riesgo en la literatura científica (...) es más que abundante, pero muy escaso el relacionado con factores que promuevan la protección ante el riesgo de tentativa o suicidio consumado...” (p.182).

Continuando con Martínez (2017), este agrupa los factores protectores en patrones familiares (por ejemplo, buena relación con los miembros de la familia, paternidad comprometida, consistente apoyo de la familia, factores ambientales adecuados); estilo cognitivo y personalidad (buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, sentido de valor personal, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, habilidades en la resolución de conflictos, receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas); y los factores culturales y sociodemográficos (integración social, buenas relaciones con sus

pares, buen relacionamiento con profesores y profesoras, y con otras personas adultas, redes de apoyo psicológico y social, valores culturales). A raíz de los múltiples factores nombrados, a continuación se desarrollan tres factores de protección ante el riesgo suicida en la niñez.

- Sólidas relaciones personales:

La OMS-OPS (2014) plantean que “el comportamiento suicida a menudo ocurre en respuesta al estrés psicológico personal en un contexto social en el que faltan las fuentes de apoyo y que puede reflejar una ausencia aún mayor de bienestar y cohesión” (p. 37). Enfatizando la importancia del mantenimiento de relaciones estrechas sanas, las cuales pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio. Como Janin (2000) desarrolla, cuando los niños son contenidos se les facilita un espacio para ser y crecer sin tener que recurrir a salidas violentas.

Entre estas relaciones se encuentran la familia y los amigos, que, como ya fue desarrollado, juegan un rol de gran importancia en la prevención del suicidio en niños, ya que, continuando con la OMS-OPS (2014), son capaces de amortiguar la repercusión de factores externos estresantes y el riesgo suicida asociado con traumas en las primeras etapas de vida.

En esta línea, Janiri et al. (2020) plantea:

Las experiencias positivas en el área familiar y escolar llegan a ser fuentes firmes de protección en el riesgo de suicidio de niños y jóvenes, por el motivo de que promueven un buen desarrollo de su identidad, autoestima y resiliencia. (Citado por Carrillo, 2021, p.12)

De acuerdo con estas ideas, García-Peña y Villota (2019) destacan de gran relevancia la presencia de figuras de cuidado consistentes y disponibles, planteando la necesidad de que los niños con comportamiento suicida cuenten con figuras de apego reparadoras, que ofrezcan sostén y acompañamiento afectivo en dicha etapa de su vida.

Como Janin (2000) desarrolla:

El sentimiento de estar vivo, como la capacidad de registrar sentimientos (y no funcionar sobre la base de estallidos afectivos), así como el “aparato para pensar los pensamientos” dependen en gran medida de la capacidad empática y metabolizadora de un otro. Y cuando esto falla, lo que aparece es el vacío, la tendencia al cero, el predominio de la pulsión de muerte en el recorrido más corto, el intento de descarga absoluta, la repetición compulsiva de lo idéntico. (pp. 21-22)

Por ende, cabe reflexionar el papel que juegan las buenas relaciones interpersonales en la niñez como un factor protector ante el riesgo de suicidio en dicha etapa, destacando de gran relevancia los vínculos donde se reconozca al niño y se le brinde un lugar, en palabras de Janin (2002), de “semejante diferente”. Lo cual, continuando con la autora, “es básico para que pueda constituir un funcionamiento deseante, una imagen valiosa de sí y un bagaje de normas e ideales que lo sostendrán en los momentos de crisis” (p. 152).

- Habilidades de afrontamiento:

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan con el fin de manejar las demandas externas o internas evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo.

En la misma línea, Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003) desarrollan que las consecuencias negativas del estrés son reguladas y mediatizadas por estrategias de afrontamiento, considerando a este último como un proceso dinámico en respuesta a demandas objetivas y a evaluaciones subjetivas ante determinada situación.

Dichas estrategias de afrontamiento, siguiendo con Lazarus y Folkman (1986), se pueden pensar en dos grandes líneas, no excluyentes, por una parte, la resolución de problemas (el manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza) y, por otra, el control y la regulación emocional (los esfuerzos por modificar el malestar y manejar los estados emocionales evocados por el acontecimiento estresante).

Por su parte, Carrillo (2021) plantea que el desarrollo de dichas habilidades interpersonales para resolver problemas y habilidades emocionales positivas en la primera infancia mitiga el riesgo de suicidio en la niñez. La OMS-OPS (2014) destacan dentro de estas la estabilidad emocional, el optimismo, la capacidad de buscar ayuda, entre otras.

Cabe destacar, retomando a Lazarus y Folkman (1986), que los factores para utilizar las diversas estrategias de afrontamiento dependen del tipo de suceso, la posibilidad de su modificación, la ambigüedad e incertidumbre, así como la intensidad, gravedad y cronicidad de la situación.

A su vez, como Tijeras et al. (2015) plantean, cada sujeto presenta diferencias acerca de la forma de afrontar determinadas situaciones, de acuerdo con sus creencias, habilidades para interactuar con los otros, valores y capacidades. A raíz de esto, en continuación con los autores, se estructuran los estilos de afrontamiento, los cuales son la forma relativamente estable que los sujetos tienen para enfrentarse a situaciones estresantes.

En esta línea, García-Peña y Villota (2019) sostienen que, a pesar de que no siempre se puedan controlar las situaciones adversas, sí está presente la posibilidad de fortalecer las

estructuras psíquicas, potenciando la disponibilidad de recursos internos en el caso de dificultades. Lo cual “hace posible en los niños, encontrar mecanismos de afrontamiento, es decir, tener capacidades subjetivas internas que les permita ser adaptativos y que les facilite, en caso de adversidades, hallar siempre alguna alternativa distinta a la muerte” (p. 195).

- Autoestima alta:

La OMS-OPS (2014) destacan como factor de protección ante el suicidio a la autoestima alta, ya que mitiga la repercusión de los factores estresantes y traumáticos ocurridos en la niñez. González-Arratia (2001) define la autoestima como:

Una estructura cognitiva de experiencia evaluativa real e ideal que el individuo hace de sí mismo, condicionada socialmente en su formación y expresión, lo cual implica una evaluación interna y externa del yo. Interna en cuanto al valor que le atribuimos a nuestro yo y externa se refiere al valor que creemos que otros nos dan. (p. 20)

Continuando con la autora, esta sostiene que el proceso de construcción del autoestima se produce a lo largo del ciclo vital de la persona, específicamente en la infancia se comienzan a construir los sentimientos de autoevaluación mediante la interacción y dependencia del niño con su familia. Destacando de gran relevancia los primeros intercambios de afecto entre el infante y su cuidador.

En esta línea, Branden (1995) plantea que:

La autoestima está configurada por factores tanto internos como externos. Se entiende por factores internos a los que radican en el individuo como: ideas, pensamientos, creencias, prácticas y conductas. En tanto que los externos son: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, compañeros, amigos, pero sobre todo, las personas significativas para nosotros. (Citado por González-Arratia, 2001, p. 26)

En concordancia con dichas ideas, Hurlock (1967) desarrolla que el concepto que el niño tiene sobre sí mismo como persona es reflejo de lo que considera que la gente significativa piensa de él. Por ende, en línea con las ideas de Moraga (2015), factores externos como el maltrato, el abuso sexual y el bullying pueden incidir negativamente en la construcción de una autoestima alta.

Dentro de algunos aspectos que González-Arratia (2001) trabaja en relación con una persona con autoestima alta se encuentran la percepción de valor de sí mismo y de capacidad, de confiar en que puede incidir con su actuar en su vida y en la de los otros, de competencia emocional, de adaptación al medio ambiente, entre otros factores que

proporcionan resiliencia, fortaleza y capacidad de regeneración. Siendo la autoestima, por ende, un factor protector ante situaciones adversas y de estrés en la niñez.

En este sentido, un estudio realizado por Miranda de la Torre et al. (2009), acerca de los factores psicológicos asociados, específicamente, a la ideación suicida, plantea que, en ambos sexos, el grupo de niños con ideación suicida presenta una autoestima significativamente más baja con respecto al grupo sin ideación. Agregando que el grupo con nivel bajo de autoestima tienen un riesgo 3.7 veces mayor a presentar ideación suicida, en comparación con el grupo con autoestima media o alta.

Para finalizar, en concordancia con dicho planteo, Schaffer y Pfeffer (2001) sostienen que “las visiones negativas sobre la propia competencia, la pobre autoestima, 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).

7. Modelo Cúbico del Suicidio:

Shneidman (1993), considerado el “Padre de la Suicidología moderna”, debido a sus pioneros avances en el campo del suicidio, desarrolla el Modelo Cúbico del Suicidio, mediante la representación del “Cubo suicida” (véase figura n°1). Un cubo con tres caras visibles, compuestas cada una de estas con veinticinco cuadrados, cinco en cada fila y columna. Estas caras corresponden a tres constructos: el dolor, la perturbación y la presión. Para el autor, el suicidio consumado se ubica en la interrelación de los niveles máximos de dichos constructos (la esquina 5-5-5).

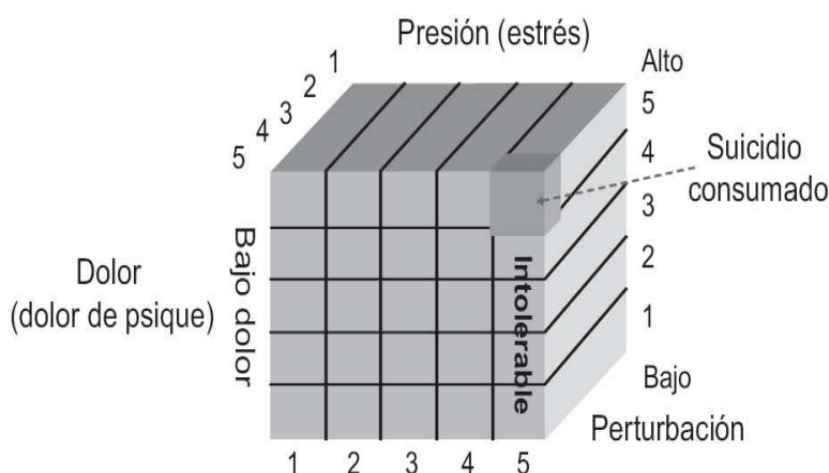


Figura n°1. Shneidman, E. (1991). Modelo Cúbico del Suicidio. (Citado por Ellis, 2008).

A través de este modelo teórico, el autor no solo describe tres dimensiones que considera necesarias para la consumación de un acto suicida, sino que desarrolla determinadas formas de trabajar estas durante la intervención junto a sujetos con riesgo suicida, apuntando a la prevención de dicho acto.

- *Psychache*:

Shneidman (1993) selecciona la palabra “psychache” para describir el dolor, la herida, la angustia, en la psique. Un dolor psicológico insoportable derivado de necesidades psicológicas insatisfechas (autonomía, comprensión, autoestima, entre otras), las cuales son consideradas por el sujeto, en ese momento y en esas circunstancias, vitales para continuar con su vida.

A pesar de esta conceptualización, es necesario enfatizar, en concordancia con las ideas de Shneidman (1985), la dificultad que conlleva definir dicho dolor tan profundo, destacando, entre otros aspectos, que este excede un umbral de tolerancia al dolor que es único para cada sujeto; generalmente disminuido en el caso de las personas que llevan a cabo un suicidio.

Para Shneidman (1993) este dolor es la condición necesaria para la consumación de un acto suicida. Como fue desarrollado, el autor plantea al dolor psicológico insoportable como el estímulo común del suicidio, considerando a este último el medio para solucionar, escapar, de dicho dolor: “el enemigo de la vida es el dolor” (Shneidman, 1985, p. 124).

Por ende, para el autor el deseo o la necesidad de efectuar el cese de la conciencia surgen del dolor:

Lo central en el suicidio no es morir, es la detención de la conciencia de un dolor inaguantable que -desafortunadamente- por su propia naturaleza conlleva el cese de la vida. (...) En el suicidio “muerte” no es la palabra clave, la palabra clave es “dolor psicológico”. (Shneidman, 1993, p. 22)

Para finalizar, ubicando el concepto de psychache en el cubo, según el autor, en la cara frontal del cubo, la columna hacia la izquierda representa poco o nulo dolor, la columna siguiente un dolor soportable y la quinta columna representa un dolor psicológico intolerable.

- *Perturbación*:

Shneidman (1993) plantea que, ante una persona potencialmente suicida, se debe evaluar qué tan orientado hacia la muerte se encuentra el sujeto (letalidad) y qué tan perturbado (perturbación), dos componentes que, para el autor, son necesarios para que se

desencadene un suicidio. En relación específicamente con la perturbación, Quintanilla et al. (2004) trabajan esta como un grado de alteración que se relaciona con un estado emocional negativo, como malestar, pena, culpa.

Dentro de la categoría de perturbación, Shneidman (1993) incluye la constricción de la percepción, es decir, la reducción de la percepción y el rango cognitivo del individuo, y la inclinación precipitada, principalmente, hacia la autolesión o la acción hostil.

Como fue planteado, el autor sostiene que en el suicidio el estado perceptual común es la constricción, según los desarrollos de Quintanilla et al. (2004), esta se relaciona con una condición cognitiva donde el sujeto percibe la realidad a través de los elementos negativos de esta, primando una visión de túnel y un pensamiento dicotómico: “estrechamiento perceptivo en la cámara de la mente” (Shneidman, 1993, p. 13).

Continuando con el autor antes mencionado, en la figura del cubo, la fila inferior de la cara lateral refiere a una mente abierta y a un pensamiento relativamente claro, el cual implica la capacidad interna de escanear y seleccionar entre varias opciones viables. En cambio, la fila superior, refleja una constricción de los pensamientos, una visión de túnel y una reducción del foco a unas pocas opciones, generalmente no más de dos, para salir de tal situación; cabe destacar que entre estas alternativas se encuentra el cese. En concordancia con estas ideas, Guibert (2002) plantea que la visión de túnel se caracteriza por una visión estrecha y rígida de la realidad y de sus aspectos negativos.

A su vez, se puede relacionar el concepto de constricción con la emoción común en el suicidio, la desesperanza y desesperación. Villardón (1993) plantea que esta se caracteriza, entre otros factores, por la expectativa de resultados negativos para el futuro, la autoevaluación de ineficacia para la resolución de problemas, la impotencia y la falta de razones para vivir.

Por otro lado, Shneidman (1993) también incluye en la perturbación la inclinación por la acción, la cual asemeja a la impulsividad. El autor caracteriza a esta última por una tendencia a finalizar las cosas y a llevarlas inapropiadamente a una resolución rápida, a su vez, por tener poca paciencia y una baja tolerancia a situaciones estresantes.

Por su parte, Tellez (2006) define la impulsividad como una “predisposición a actuar en forma inmediata, una reacción no planeada a estímulos internos (tensión) o externos, sin tener en cuenta las consecuencias de los actos para los otros y para sí mismo” (p. 67). Si bien el autor aclara que no todo acto suicida es resultado de una acción impulsiva, trabaja la impulsividad como un factor de riesgo suicida, ya que desinhibe el comportamiento.

Siguiendo con Shneidman (1993), en el cubo, la fila inferior de la cara lateral refleja una alta tolerancia hacia la ambigüedad, gran paciencia y capacidad para esperar, en cambio, al desplazarse filas hacia arriba, hay una mayor tendencia por la precipitación, la consumación de acciones y la impulsividad letal.

- Presión:

Shneidman (1993) incluye en la categoría de presión tanto los estresores ambientales como psicológicos, es decir, los aspectos del mundo exterior e interior que afectan al sujeto. Trabajando dentro de dicho término no sólo las demandas que la persona recepciona, sino también las maneras en que reacciona ante estas y las formas en que las mismas se incorporan e interpretan.

Continuando con el autor, este plantea que existe tanto la presión positiva como la negativa, esta última son las condiciones o eventos, reales o imaginarios, que perturban y estresan al individuo; siendo de gran relevancia para el fenómeno del suicidio. En el modelo del cubo, la presión se desplaza en un rango desde positiva, en la fila trasera del plano superior, hacia negativa, en la fila delantera.

Como Lazarus y Folkman (1986) desarrollan, ante demandas internas y/o externas, el sujeto realiza una serie de valoraciones para analizar si el acontecimiento es positivo o negativo y las consecuencias de este para sí mismo; a su vez, examina los recursos disponibles para afrontarlo.

Siguiendo con los autores, en esta interacción entre los recursos del sujeto y las presiones percibidas del ambiente, el estrés psicológico surge como una reacción a un hecho que desborda las capacidades de afrontamiento de la persona y amenaza su bienestar. Ante esta situación, se ponen en marcha estrategias de afrontamiento para regular el estrés y las emociones aparejadas al mismo.

Según Frydenberg (1997), citado por Scafarelli y García (2010), el sujeto reevalúa el resultado de dichas estrategias desplegadas, para determinar si fueron eficaces o no; en el primer caso, se resuelve que estas pueden ser utilizadas nuevamente, incrementando el repertorio de afrontamiento, en cambio, en el segundo caso, se decide descartarlas.

- Prevención del suicidio:

Es necesario destacar de gran relevancia el rol de este modelo teórico en la prevención del suicidio, ya que el mismo brinda herramientas para evaluar el riesgo suicida, pronosticar un posible acto suicida y, particularmente, intervenir junto a sujetos con alto riesgo. Retomando las ideas de Shneidman (1993), es imprescindible reducir algunas de las tres dimensiones trabajadas, o de preferencia las tres, a niveles menores de 5 para disminuir el riesgo de suicidio consumado.

En esta línea, el autor plantea la importancia de aliviar el dolor del sujeto y disminuir su malestar psicológico, mediante el abordaje de las necesidades psicológicas frustradas. Enfatizando Shneidman (2004) que el propósito clave de toda psicoterapia es reducir el

sufrimiento del paciente, incluyendo la necesaria redefinición y reconceptualización de dicho dolor.

Por otro lado, siguiendo con Shneidman (1993), se destaca de relevancia reducir el elevado nivel de letalidad de la persona, siendo necesario para esto disminuir su sensación de perturbación. En esta línea, tiene un papel clave el trabajo con la constricción del sujeto, apuntando a ampliar sus percepciones, el número de opciones viables, las posibilidades de acción y de salida, el sentido de ser apoyado emocionalmente y las reales esperanzas. En concordancia, Shneidman (1996) plantea la importancia de repensar-reconceptualizar el problema y buscar otras formas de solución a este, distintas al suicidio.

Junto a estos objetivos, dicho autor también trabaja la reducción de aquellas presiones negativas que afectan la vida del sujeto e incrementan su sensación de perturbación.

Si bien es necesario enfatizar, como Shneidman (1993) desarrolla, que la práctica en la prevención del suicidio no es tan clara y delimitada como en este modelo teórico, debido también a la singularidad de todos los casos, el mismo brinda importantes referencias para el trabajo junto a personas con riesgo de suicidio, el cual, cabe destacar, es una labor transdisciplinar.

A su vez, estas referencias de acción se pueden pensar en relación con las características comunes a todo suicidio, antes desarrolladas:

1. Estímulo (dolor insoportable): reducir el dolor.
2. Estresor (necesidades insatisfechas): satisfacer las necesidades frustradas.
3. Propósito (buscar una solución): dar una respuesta viable.
4. Objetivo (cese de la conciencia): indicar alternativas.
5. Emoción (desesperanza, la desesperación): dar transfusiones de esperanza.
6. Actitud interna (ambivalencia): ganar tiempo.
7. Estado cognitivo (constricción): aumentar las opciones.
8. Acto interpersonal (comunicación de la intención): escuchar el grito, involucrar a otros.
9. Acción (escapar): bloquear la salida.
10. Consistencia (permanencia de los patrones): invocar previos patrones positivos de afrontamiento exitoso. (Shneidman, 1993, pp. 154-155)

A pesar de estos planteos, es importante destacar, como enfatiza el autor antes mencionado, que el trabajo junto al sujeto conlleva su tiempo, por ende, en primer lugar, lo necesario, en la intervención con sujetos con alto nivel de letalidad, es desplazar al individuo de la esquina 5-5-5 para salvar su vida; aunque para ello, en principio, se intervenga y disminuya una sola dimensión, la cual también va a tender a aminorar las restantes. Como el autor desarrolla, se deben desplegar acciones de rescate urgente, compartiendo el objetivo de la intervención en crisis: “simplemente mantener a la persona viva. Eso es el *sine qua non* del encuentro terapéutico con una persona suicida” (Shneidman, 1993, p. 147).

8. Caso clínico “C”²:

En el presente apartado se desarrollan determinados fragmentos del caso clínico “C”, con el fin de reflexionar algunos de los planteos teóricos antes trabajados acerca de la prevención del suicidio en la niñez. Particularmente la problemática de la conducta suicida en dicha etapa, sus factores de riesgo y la aplicación del Modelo Cúbico del Suicidio como una forma de predecir la probabilidad de un acto suicida.

En el marco de la práctica anual Clínica psicoanalítica con niños, parte del servicio de la Facultad de Psicología que brinda atención psicológica abierta y gratuita a la población, se lleva a cabo en el año 2021 un proceso psicoterapéutico de carácter breve (doce encuentros), con objetivos limitados, junto a “C”; una niña de 8 años y medio, para quien su madre solicita asistencia en el Anexo de la Facultad de Psicología (Mercedes 1737).

En principio, se realizan las entrevistas de padres, cabe aclarar que, en este caso, se concretan dos encuentros con la madre de “C” (M) y más adelante uno con su padre (P), ya que estos se encuentran separados y solicitan no tener en conjunto las entrevistas.

- Conducta suicida:

En la llamada que la madre de “C” realiza al Anexo para solicitar la consulta desarrolla el siguiente motivo de consulta: *Tiene comportamientos no adecuados para su edad, me preocupan palabras que ha dicho, como “ojalá me muera”, las cuales llamaron mi atención...*

En la primera entrevista con la madre de la consultante plantea que entre dichos “comportamientos no adecuados para su edad” se encuentran ciertas conductas suicidas; específicamente refiere a las manifestaciones de deseos de no vivir (“ojalá me muera”, “no sé para qué vivo”) y a las autolesiones (cincharse los pelos, hacerse machucos, morderse):

En varias oportunidades “C” se llevó un rezongo mío, le dije mirá te quedás en penitencia, no jugás a la computadora, (...) ella me respondía que no sabía para qué vivía, “no sé para qué vivo”. Eso hizo una alarma en mí. Ella como que se agrede, se enoja. Me pasó que estaba en la ducha y escuché unos ruidos y fui y se estaba cinchando los pelos. Otra vez salió del baño y me dijo “mira” y tenía un machucón.

² Se utiliza “C” refiriendo a “consultante”, con el fin de resguardar la identidad de la persona.

Es de destacar que en el relato de la madre de “C” se pueden entrever las creencias que priman en muchos adultos acerca de la niñez como una etapa asociada a otros tipos de conductas (*tiene comportamientos no adecuados para su edad*), como ser la despreocupación, la cual trae en su discurso más adelante (*ahora “C” no entiendo ese extremo, (...) ¿cuál es el conflicto más grande que tiene?*). Como Pérez-Barrero (1999) sostiene, la niñez “se considera, en general, como una etapa de la vida feliz, en la que la conducta suicida no puede estar presente” (p. 198). Asociando quizás dichos comportamientos a otras circunstancias de la vida (*me preocupa que con 8 años haga eso, entonces en la adolescencia, que es una edad tremenda, ¿qué va a hacer?*).

- ¿Qué factores de riesgo se visualizan?:

A continuación se desarrollan aquellos factores de riesgo que propician las manifestaciones de las conductas antes desarrolladas y que también pueden aumentar la probabilidad de un acto suicida.

- Separación de los padres por divorcio:

Como plantean Hernández, Eiranova y López (2013) experimentar cambios abruptos y dolorosos puede generar un elevado grado de estrés y aumentar el riesgo de suicidio; entre estos cambios las autoras trabajan la separación de los padres por divorcio, ya que, siguiendo los planteos de Ríos (2009), este acontecimiento conlleva una gran crisis en el sistema familiar y una necesaria reorganización del mismo. En este caso, los padres de la niña deciden separarse a los 2 años y medio de “C”, llevando a cabo un divorcio “destrutivo” (Ríos, 2009), ya que desde ese momento mantienen un vínculo de continuas discusiones entre ellos o de poco diálogo para evitar dichas confrontaciones (M: *con él no logro tener un diálogo, un vínculo, siempre es una discusión*), recurriendo a la vía judicial para pautar los días en que la niña convive con cada uno de ellos.

- Mudanzas frecuentes:

Entre dichos cambios repentinos las autoras antes mencionadas también incluyen las mudanzas, en este caso se destacan varios cambios de residencia y de institución educativa durante la infancia de “C”. En principio acompañando el proceso de divorcio, ya que ante la separación de sus padres la niña se muda junto a su madre del lugar donde nació:

M: *Cuando nos separamos nos fuimos del lugar donde nació, se separó de su cuarto, su casa, sus cosas.*

P: *Yo le dije que no tenía que irse de la casa o que sino después yo le pago un alquiler cerca, pero la jueza la intimó a irse del lugar, planear otra vida, eso fue hace casi 7 años, me dio dolor por “C”, era tan chiquita.*

A partir de este hecho, “C” y su madre pasan a vivir en la casa de la familia materna de la niña, junto a múltiples familiares, para luego volver a mudarse.

➤ Maltrato infantil intrafamiliar:

En concordancia con el discurso de los padres de “C”, la niña se ha visto expuesta a diversos tipos de maltrato, principalmente físico y emocional.

En este sentido, tanto en el relato de la madre como del padre, se desarrollan determinadas situaciones de violencia física hacia la niña en su infancia por parte de cada uno de ellos. Por ejemplo, el padre relata que “C”, anteriormente, le manifiesta que su madre le había pegado.

A su vez, la consultante se ve expuesta a situaciones de maltrato emocional, al presenciar continuas discusiones entre sus padres, donde media principalmente la violencia verbal. En este aspecto, muchas veces el padre agrede verbalmente a su madre y, también, le habla mal a la niña de esta:

M: *El padre le dice a ella que yo soy mala madre y que compro cosas solo para mí. “C” me dice que está cansada que el padre le hable mal de mí, le digo “decíselo” y ella me dice “le tengo miedo”.*

P: *...charlando con la mamá argumenta que (...) ““C” te tiene miedo”, hable con “C” y me dijo que sí, ahí le dije “contame qué querés que yo no haga”, le pregunté qué quería que cambie, “que no hables más mal de mamá”.*

Retomando a Ríos (2009), estos acontecimientos son parte de lo que el autor denomina divorcios destructivos, en los cuales se genera entre los padres una gran competencia por denigrar a la otra parte y se buscan constantemente culpables y cómplices, llegando incluso a intentar que los propios hijos tomen partido en la disputa. De esta forma, dejan a los mismos desprotegidos ante la violencia, los conflictos y la desorganización familiar. Esto se puede observar en el caso de “C”, trayendo la niña las confrontaciones

entre sus padres en varias entrevistas, mostrando muchas veces sentirse en el medio. Particularmente en un encuentro mediado por el Test de Familia plantea:

Entrevistadora: *¿Con quién se lleva mejor el papá?*

C: *[Señala a la niña] la hija. Con mamá no, él está enojado [con la mamá], no sé por qué, (...) no tengo la más mínima idea.*

Entrevistadora: *¿Te gustaría saber?*

C: *Sí, es una buena pregunta.*

Ante esto, cabe destacar que, más allá de la clasificación de los diferentes tipos de maltrato, entre las figuras de cuidado de "C" media una vinculación a través de la violencia, la cual atraviesa el desarrollo de la niña y su constitución psíquica.

➤ Falta de sólidas relaciones personales:

- Figuras parentales:

En la entrevista con la madre de "C" se puede ver una madre bastante desbordada al sentirse sola en la crianza de su hija:

M: *Todo recae en mí, y él "solucioná" o "arreglalo" (...) me siento sola, no encuentro apoyo en él (...) estoy agotada mentalmente, ni le contesto los mensajes, a veces ni los leo porque ya sé por dónde viene, sino vivo en guerra. (...) todo la madre, la madre, yo te doy plata, la retención, los días, lo que reste maneja, yo soy padre así, plata, plata, (...) en ese sentido estoy desbordada...*

En esta línea, tanto en el discurso de la madre, como también del padre de la niña, aparece cierta falta de la figura paterna; específicamente en el hogar del padre "C" se queda muchas veces junto a su tía.

Por su parte, ante las conductas autolesivas de la niña, las cuales se manifiestan principalmente en la casa de su madre, la figura materna parece no contar con recursos disponibles para poder contener a "C" en estos momentos de crisis:

M: *...Enojada se entró a bañar (...) entro y se estaba cinchando los pelos, llorando obvio, le digo "¿qué haces?" y me dice "nada nada dejame" y la dejé, después no volví a hablar de eso, después que salió no toqué más el tema.*

Siguiendo los planteos de Janin (2000), la autora destaca la importancia de que las figuras de cuidado estén conectadas empáticamente con el niño, para así lograr mediatizar la agresión del mismo y generar vivencias "calmantes" frente al dolor que le brinden contención. En este caso, se puede observar, no solo en el discurso de los padres de la niña, sino también en el relato y el juego de la misma, esta falta de contención y sostén en el Otro:

C: *Parece que el bebé tiene frío, hay que hacerle un abrigo, así era yo (...) vos te quedas acá enojadito [deja al muñeco sentado al costado de la mesa].*

Entrevistadora: *¿Está enojado? ¿Qué le pasó?*

C: *Que se mató (...) Estaba corriendo y se mató...*

Entrevistadora: *¿Nadie pudo ayudarlo?*

C: *No, se cayó en el pedregullo como a mí.*

A pesar de lo antes desarrollado, como un factor de protección suicida, se visualiza que la familia de "C" le intenta brindar apoyo a la niña; particularmente su madre le dedica gran atención, no solo demostrando preocupación por las conductas que "C" manifiesta, sino también buscando ayuda psicológica para esta, acompañando a la niña durante todo el proceso psicoterapéutico con gran compromiso.

- Relaciones con sus pares:

A su vez, "C", en ocasiones, relata experiencias negativas en el relacionamiento con sus pares, por lo cual, cabe preguntarse cómo se vincula con estos.

➤ Bullying:

"C" manifiesta ser "molestada" persistentemente por algunos de sus compañeros, particularmente con respecto a un niño plantea:

C: *“X” empezó a molestarme y ahí lo odié, porque la gente cuando me molesta no me gusta y empiezo a odiarlo (...) no lo voy a nombrar porque es el que más odio en la vida (...) voy a matar a un niño que siempre está peleando.*

Específicamente con una niña mayor que ella, destaca recibir golpes -bullying físico- y amenazas -bullying verbal-, ante esto, se enoja y varias veces reacciona de la misma manera, demostrando comportamientos de heteroagresividad:

C: *... esa niña que estaba en 6to (...) ella me empujó y me dio contra el banco y yo la empujé con tanta fuerza que casi la mato, le dije “viste que se siente que te empujen”. (...) entonces se fue a su clase pero no me puede encontrar, (...) me olvidé de eso, ella me dijo “te las verás conmigo” (...) yo le dije “gracias te puedes ir y dejar de molestarme, porque hace dos años me estás molestando, te puedes ir y largarte de mi vida, porque vos no sos mi amiga y no sos quien para empujarme”.*

Cabe destacar que en el anterior párrafo se observan las características propias del fenómeno del bullying trabajadas por Olweus (2004), identificando un acoso repetido en el tiempo (*hace dos años me estás molestando*) en el que existe un desequilibrio de fuerzas, en este caso es una niña mayor que “C” (*esa niña que estaba en 6to*) quien ejerce intimidación sobre ella (*no me puede encontrar (...) me dijo “te las verás conmigo”*) y le genera un daño, por ejemplo, físico (*me empujó y me dio contra el banco*).

➤ Falta de habilidades de afrontamiento:

Se puede destacar que “C” ante circunstancias conflictivas no intenta buscar ayuda en otros, se muestra queriendo resolver las cosas por sí misma. Ante esto, como se puede observar en párrafos anteriores, generalmente responde cediendo al enojo (*yo tenía uno pero mi vecina me lo tiro y me lo hizo bosta y yo le tire un bloquecito, me rompe algo alguien y yo venganza*), enojo que, en sus palabras, hace que le “explote la cabeza”:

Entrevistadora: *Cuando me dijiste que te explotaba la cabeza cuando te enojabas... ¿cómo sería eso?*

C: *“Pff” como una explosión más grande que el mundo que el universo... todo (...) me hace enojar mucho como... [gestos de no sé].*

De acuerdo con los planteos de Cassaretto et al. (2003), el afrontamiento si es efectivo actúa como un regulador de la perturbación emocional, en este caso se puede observar que las estrategias que “C” constantemente utiliza para intentar afrontar ciertas situaciones estresantes son ineficaces y le generan malestar, no logrando con estas regular las consecuencias negativas del estrés.

➤ Comportamiento agresivo e impulsivo:

En concordancia con lo antes desarrollado, “C” demuestra un comportamiento auto-heteroagresivo, donde prima, retomando las ideas de Tellez (2006), la acción impulsiva frente a sus emociones, sin reflexionar sobre las consecuencias de sus actos.

En relación con este aspecto, su madre desarrolla que la niña justifica sus conductas autolesivas por el hecho de estar enojada (*le pregunté por qué lo hizo y me dijo que porque se enojaba*). Por su parte “C” demuestra muchas veces este comportamiento durante el proceso psicoterapéutico, por ejemplo, en un encuentro se pega en la cabeza con una caja de témperas, al observar aplastada la “comida” que había realizado con plastilinas en un anterior encuentro.

Es relevante mencionar, como plantea Hernández (2018), el lugar de la familia como agente de socialización en la vida del niño, donde este aprende cómo actuar con los demás y consigo mismo; siendo la agresividad una de las formas de conducta que se puede generar y mantener en función de las relaciones intrafamiliares. Por ende, cabe preguntarse si las conductas agresivas que “C” manifiesta no fueron aprendidas en el núcleo familiar, por ejemplo, al vivenciar la forma en que sus padres se vinculan a través de la violencia.

➤ Baja tolerancia a la frustración:

Alvarez (2018) trabaja la tolerancia a la frustración como la capacidad para afrontar situaciones estresantes, a través de la regulación de las emociones. Ante esta definición, considerando lo desarrollado anteriormente, se observa en “C” una baja tolerancia a la frustración, la cual se manifiesta en múltiples ocasiones; por ejemplo, relata cómo se estresa cuando pierde o no puede avanzar en ciertos juegos. Cabe preguntarse, ¿qué tanta frustración tuvo que tolerar “C” para manifestar la misma ante situaciones menores, como ser el jugar? Específicamente en una salida al Parque Rodó plantea:

C: ...fuimos al Parque Rodó y una amiga no sabía manejar los autitos chocadores, en realidad nadie y nos trancamos 80 veces y yo “me quería morir”, porque yo no sé

manejar autos chocadores y el señor me decía que doblara y luego apretara el acelerador, pero yo lo apretaba y daba vueltas y “no puedo controlar esto”.

También lo observa su madre en el ámbito escolar, frente a cierta dificultad con los números: *yo veo que se sobrepasa, que se frustra (...) la frustración y lo desbordada que estaba llegó un punto que no quería ir a la escuela, vomitaba y le dolía la panza.*

Ante esto, se considera necesario destacar la importancia de que “C” aprenda a manejar el malestar y regular sus emociones ante situaciones estresantes, lo cual, en concordancia con los planteos de Murcia y Vargas (2020), puede también llegar a mitigar la manifestación de conductas agresivas e impulsivas y su posible repercusión en el desencadenamiento de conductas suicidas.

➤ **Baja autoestima:**

En algunas situaciones “C” se atribuye características negativas (*soy rara; mi memoria está fallada, fallada*), las cuales, teniendo en consideración también sus experiencias negativas (por ejemplo, en el relacionamiento con sus pares), pueden incidir desfavorablemente en la construcción de su autoestima. Incluso muchas veces se vivencia a sí misma como “mala”:

C: Me porto mal, hago cualquier cosa, una pesadilla (...) soy una diablilla, era una diablilla antes, ahora peor y de adolescente voy a ser una diablilla, la diablilla más peor del mundo...

(...)

A veces me pasa que apoyo la computadora y paa “ay la parto” es que tengo tanta fuerza que la parto.

Ante esto, se considera relevante remarcar la importancia en la construcción del autoestima de las vivencias de los niños, ya que, retomando las ideas de González-Arratia (2001), estos no nacen con sentimientos positivos o negativos sobre ellos mismos, sino que los aprenden de las cosas que les suceden. Por ende, es necesario preguntarse si las atribuciones que “C” manifiesta se relacionan con observarse a sí misma como “mala” cuando los otros se vinculan con ella a través de la violencia y cuando reacciona auto/heteroagresivamente. Cabe destacar, en continuación con la autora antes mencionada, que la forma en que los niños se sienten repercuten en la manera en cómo actúan con ellos

mismos y con los demás, por eso hay que resaltar la importancia de que “C” pueda dejar de autoperibirse con características negativas y como una persona “mala”.

- Modelo Cúbico del Suicidio:

Se considera relevante destacar que las conductas que “C” manifiesta y los factores de riesgo antes desarrollados no necesariamente deben estar en relación con un riesgo suicida elevado, por ende, problematizando los distintos constructos trabajados por Shneidman (1993) y su aplicación a dicho caso clínico, se emplea el Modelo Cúbico del Suicidio -acompañado de los datos obtenidos a partir de las entrevistas- como una forma de evaluar el riesgo suicida presente en el caso, y así intentar pronosticar la probabilidad de consumación de un acto suicida. A su vez, con el fin de reflexionar posibles acciones a desplegar para prevenir este fenómeno.

Partiendo de la categoría de presión, se pueden observar múltiples estresores ambientales en el caso antes desarrollado, los cuales se consideran de relevancia abordar y reducir desde un enfoque transdisciplinar, ya que incrementan la presión negativa y afectan el bienestar de la niña. Entre estos, se encuentran, por ejemplo, las continuas discusiones entre sus padres y las confrontaciones con sus pares. Al intentar afrontar estas situaciones, “C” parece no contar con un vasto repertorio de recursos, generalmente no recurre a buscar ayuda en otros, lidiando sola con las diferentes emociones que le generan dichos estresores, muchas veces de enojo y angustia.

En relación con lo antes desarrollado, en la categoría de perturbación se observa cierta inclinación particularmente hacia la autolesión y la acción hostil, primando, como ya fue trabajado, una acción impulsiva y agresiva ante las situaciones que le generan frustración. Esto último se pone en escena muchas veces durante el proceso psicoterapéutico con “C”, a través de variados mediadores, como la palabra, el dibujo y el juego, mediante los cuales se intenta trabajar dicha tendencia impulsiva, propiciando habilidades de afrontamiento más viables. Por otra parte, cabe aclarar que dentro del constructo de perturbación se explicita solamente el aspecto antes desarrollado, ya que durante el trabajo psicoterapéutico no se observa una constricción en la percepción de la niña.

Además, es importante abordar la angustia que “C” manifiesta durante el proceso psicoterapéutico, la cual muchas veces se pone en juego con relación a su lugar de hija en esta constelación familiar, donde vive la separación y dispuestas de sus padres con gran dolor, enojo e incertidumbre. Es relevante aclarar que se prefiere recurrir a la palabra “dolor” y no al concepto de “psychache”, ya que para esto último es necesario dar cuenta de la

vivencia subjetiva de la consultante del dolor como insoportable, lo cual es complejo afirmar, destacando también las limitaciones propias de un proceso psicoterapéutico breve.

Para finalizar, a raíz de las anteriores consideraciones, continuando con los desarrollos de Shneidman (1993), en el caso de “C” no se encuentran en juego todas las condiciones necesarias para la consumación de un acto suicida, por ende, se podría plantear que no hay un riesgo elevado de suicidio consumado. Además, haciendo foco en las conductas autolesivas desplegadas por “C”, las mismas parecen no poner en amenaza su vida, pudiendo actuar como una forma de manifestar ciertos conflictos a través del cuerpo (Lozano, 2018). A pesar de esto, es necesario recalcar que no hay que disminuir la relevancia de las conductas suicidas presentes en el caso, ya que demuestran un gran desvalimiento en la niña y pueden llegar a aumentar dicho riesgo suicida; destacando además el papel de los otros factores de riesgo antes desarrollados. En tal sentido, se considera necesario desplegar determinadas acciones para disminuir el malestar de la niña y también prevenir el fenómeno del suicidio. Entre las ya mencionadas, se destaca la importancia de haber identificado estas conductas y haber llevado a cabo un proceso psicoterapéutico junto a “C”, considerando necesario que la niña continúe con el sostén del mismo, lo cual le es sugerido a su familia.

A su vez, retomando ideas antes desarrolladas, muchas veces las conductas suicidas se convierten en un medio de comunicación de emociones (Catañeda, 2003, citado por Fraijo et al., 2012). En esta línea, la consultante, en ocasiones, se muestra desbordada y sin contención frente a los estresores antes trabajados, por lo cual, es relevante problematizar: ¿las conductas que “C” manifiesta son una forma de responder a estos? ¿Qué comunica “C” a través de estas conductas? ¿Son un medio para afrontar circunstancias conflictivas?, ¿para expresar sus emociones ante estas?

Como Pérez-Barrero (1999) sostiene, este tipo de conducta intenta comunicar algo:

...es una forma desesperada de decir algo y se considera un grito de ayuda o socorro. Es, en definitiva, un mecanismo de adaptación anormal que nos dice que el paciente no encuentra o no tiene otros más adecuados. Por lo tanto, hay que entender qué nos ha querido comunicar con ese acto. (pp. 215-216)

9. Reflexiones finales:

A raíz del anterior recorrido bibliográfico, se puede concluir la importancia del trabajo en la prevención del suicidio en la niñez, poniendo en palabras un fenómeno que viene en aumento y sobre el cual ronda un gran oscurantismo que es necesario deconstruir.

En primer lugar, es imprescindible aclarar que, si bien en el presente desarrollo se aborda dicha problemática desde la perspectiva de la Psicología, teniendo también en

consideración que en el fenómeno del suicidio juega un rol esencial el componente psicológico, se considera relevante destacar el papel de las múltiples miradas transdisciplinarias en el abordaje y en la prevención de dicho evento multidimensional.

En pos de la prevención de los actos suicidas, aludiendo a un enfoque anticipatorio, se desarrollan determinados factores de riesgo y de protección del fenómeno del suicidio en la niñez. Específicamente con relación a los factores de riesgo, se decide poner foco en tres de estos (maltrato infantil intrafamiliar, abuso sexual infantil y bullying), los cuales no solo tienen en común la mediación de la violencia deliberada ejercida por otros sujetos, sino que también son fenómenos en los que se viene constatando un mayor aumento de casos y siguen muchas veces ocultos y silenciados bajo un velo, al igual que el suicidio en la niñez.

Luego de trabajar dichos factores de riesgo suicida, cabe preguntarse, ¿cuán intencional puede ser un acto suicida cuando están en juego factores de tal magnitud?, ¿se puede hablar de intencionalidad cuando estos factores se vuelven insoportables para el sujeto que los padece? Se reflexiona otra dimensión de la intencionalidad suicida, ya no solo puesta en juego en concordancia con el desarrollo cognoscitivo del niño y la relación de este con el proceso de construcción del concepto de muerte en esta etapa vital, sino también pensada desde el dolor psíquico insoportable que arrastra a estos sujetos a percibir como única salida el suicidio. En esta línea, cabe problematizar cuando se hace referencia a aquellos sujetos que a través de sus conductas “buscan alcanzar la muerte”, ¿realmente este es su objetivo?, ¿o su propósito latente es el de dejar de vivir con dolor?

Continuando en la línea del trabajo en prevención, se desarrolla el Modelo Cúbico del Suicidio como un enfoque para poder pensar y abordar la problemática, ya que este plantea conceptos que se consideran de relevancia conocer para reflexionar acerca del fenómeno del suicidio, como ser el constructo de psychache. A su vez, si bien la práctica con sujetos en riesgo suicida no es tan clara como en dicho modelo teórico, este brinda lineamientos para pensar la intervención en la problemática del suicidio, la cual, muchas veces, “paraliza” a los distintos profesionales.

Sin dejar de considerar otras perspectivas de gran importancia para la prevención del suicidio, se entiende como un recurso interesante la utilización en conjunto de los dos enfoques antes nombrados; como se intenta ilustrar en el caso clínico “C”. Teniendo en cuenta el papel del componente subjetivo frente a determinadas conductas y factores de riesgo, ante un sujeto con probable riesgo suicida, se puede evaluar el nivel del mismo a través del Modelo Cúbico del Suicidio, acompañado este último de otras herramientas -la entrevista entre ellas-, y así intentar acercarse a un posible pronóstico. A partir de lo cual se puede obtener una mayor perspectiva para pensar y desplegar las intervenciones necesarias, siendo también relevante reducir dichos factores de riesgo, así como fortalecer los de protección.

Reflexionando sobre la elección del tema, además de ser de gran interés y preocupación personal, es una problemática que se hace cada vez más presente en la clínica, como se puede observar, en relación específicamente con las conductas suicidas en la niñez, en el caso de “C”; el cual fue un gran desafío abordar, teniendo en cuenta también la poca formación acerca de las mismas. En esta línea, asimismo se destaca la escasa producción teórica sobre la temática trabajada, lo cual se hace notar, principalmente, en comparación con el tratamiento de esta en otras franjas etarias. Cabe preguntarse cuánto juega en esto el silencio y el “tabú” que rodea al fenómeno del suicidio y, particularmente, del suicidio en la niñez.

En relación con el caso clínico “C”, en la presente articulación se realiza un recorte del mismo, pero este cuenta con un mayor trasfondo. El caso abarca un gran proceso de trabajo, en donde fue clave el darle un pie junto a otros en las supervisiones de la práctica y el sostén del proceso psicoterapéutico personal. Un caso que moviliza a las estudiantes que lo llevaron adelante y que también fue una experiencia de mucho aprendizaje para el futuro trabajo profesional. El presente desarrollo fue otra instancia para seguir pensando y reflexionando el caso de “C”, esta vez desde un mayor bagaje teórico, aun así, queda mucha formación por delante.

En conclusión, a raíz de todo lo anteriormente planteado, este trabajo intenta dar voz a la problemática del suicidio en la niñez y producir algunos conocimientos acerca de la misma, los cuales, debido a las inherentes limitaciones del presente desarrollo, son necesarios seguir profundizando. Se pone el tema sobre el tapete, pero aún quedan muchas interrogantes por problematizar, mitos por deconstruir, instancias para reflexionar, siendo una labor de toda la sociedad visibilizar y prevenir el fenómeno del suicidio.

Se deja a disposición la línea en Uruguay de prevención del suicidio:

Línea Vida: 0800 0767 - *0767.

10. Referencias bibliográficas:

- Alvarez, E. (2018). *Diseño de una Escala de Tolerancia a la Frustración en estudiantes de secundaria de instituciones educativas públicas del distrito de Comas, 2018*. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología. Perú: Universidad César Vallejo. Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/25305/Alvarez_IER.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Berenstein, I. (2000). Notas sobre la violencia. *Psicoanálisis APdeBA*, 22(2), pp. 257-271. Recuperado de: <http://biblioapdeba.no-ip.org/pgmedia/EDocs/2000-revista2-berenstein>
- Brecha. (2021, 22 de enero). *El día antes*. Recuperado de: <https://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2021/05/Brecha-1835-Con-Pablo-Hein.-El-d%C3%ADa-antes.pdf>
- Carmona J., Tobón F., Jaramillo J. y Areiza, Y. (2010). *El suicidio en la pubertad y adolescencia. Un abordaje desde la psicología social*. Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín: Fondo Editorial Funlam. Recuperado de: <http://suicidiopreencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/El-suicidio-en-la-pubertad-y-la-adolescencia-un-abordaje-desde-la-psicologia-social.pdf>
- Carrillo, K. (2021). *Factores protectores y de riesgo asociados a la conducta suicida en niños: su importancia en el diseño de programas de prevención*. Facultad de ciencias sociales: Machada. Recuperado de: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/17679/1/ECFCS-2021-PSC-DE0058.pdf>
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología*, 21, pp. 363-392. Recuperado de: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/6849/6983>
- Castillo, N. (2006, 3 de octubre). *Tipos de maltrato*. PsicoPedagogía. Recuperado de: http://www.margen.org/docs/curso46-11/unid02/apunte09_02.pdf
- Casullo, M. C. (2004). Ideaciones y comportamientos suicidas en adolescentes: una urgencia social. *Anuario de Investigaciones*, vol. XII, pp. 173-182. Facultad de Psicología, UBA. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941017.pdf>
- Chávez-Hernández, A-M. y Leenaars, A. A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), pp. 355-360. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2010/sam104h.pdf>

- Delgado, A., Insuasty, D. y Villalobos, F. (2004). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida. *Revista del Centro de Estudios en Salud*, 4, pp. 60-76. Recuperado de: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/293/pdf>
- Dolto, F. (1999). *Psicoanálisis y Pediatría*. 18 ed. Madrid: Siglo XXI editores.
- Domínguez, F. y Manzo, M. (2011). Las manifestaciones del bullying en adolescentes. Uaricha. *Revista de Psicología (Nueva época)*, 8(17), pp. 19-33. Recuperado de: <https://docplayer.es/9265119-Las-manifestaciones-del-bullying-en-adolescentes.html>
- Dovat, A. (2014). *Abuso sexual infantil: un acercamiento a las perspectivas provenientes del ámbito ejecutivo, legislativo y académico en el Uruguay de los últimos diez años*. Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR. Recuperado de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18703/1/TTS_DovatAnselmo.pdf
- Durkheim, E. (1897). *El suicidio. Estudio de sociología*. Paris: Félix Alcan.
- Eguiluz, L. (2003, octubre). *La Ideación Suicida y el Clima Social Familiar entre los jóvenes*. Perspectivas sistémicas. Recuperado de: http://www.robertexto.com/archivo18/ideac_suicid.htm
- Ellis, T. (2008). Estudio de la cognición y suicidio: comienzos e hitos del desarrollo. En *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*. México: Ed. El Manual Moderno, S.A.
- Fleming-Holland, A. (2008). Reflexiones sobre la muerte: el duelo infantil y el suicidio juvenil. *Psicología Iberoamericana*, 16 (1), pp. 8-14. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133915922002.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). (2017). *Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas. Suicidio*. Recuperado de: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). (2019). *Guía para prevenir el acoso escolar. Conecta con la realidad de tu hijo*. Comité Español. Recuperado de: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5920_d_UNICEF-guia-acoso-escolar.pdf
- Fraijo, B., Cuamba, N., Corral, V., Tapia, C. y Montiel, M. (2012). Factores psicosociales asociados a la ideación suicida y el parasuicidio en adolescentes. *PSICUMEX*, 2(1), pp. 41-55. Recuperado de: <https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/231/178>
- Freud, S. (1992). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas. Tomo XX*. (pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu, 1925. Recuperado de: <https://www.bibliopsi.org/docs/freud/20%20-%20Tomo%20XX.pdf>

- Fuentes, A. y Lores, R. (1999). Intento de suicidio y suicidio en niños y adolescentes. En R. Baraibar (Comp.). *La salud en la infancia y la adolescencia: aportes para una cobertura integral*. (pp. 67-74). Montevideo, Uruguay: Ed. Arena.
- García-Peña, J. y Villota, D. (2019). Un camino a la reparación psicológica de los niños con ideaciones suicidas. *Revista Universidad Católica del Norte*, 58, pp. 180-201. Recuperado de: <https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/1092/1523>
- Gómez Nashiki, A. (2013). Bullying: el poder de la violencia. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 18(58), pp. 839-870. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/140/14027703008.pdf>
- González-Arratia, N. I. (2001). *La autoestima. Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser*. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Guibert, W. (2002). Enfrentamiento especializado al paciente suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), pp. 143-148. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200008&lng=en&nrm=i&tlng=es
- Hernández, E. (2018, 14 de marzo). *Conductas Agresivas en la Infancia*. Psicología-Online. Recuperado de: <https://www.psicologia-online.com/conductas-agresivas-en-la-infancia-3138.html>
- Hernández, A., Eiranova, I. y López Y. (2013). Factores de riesgo relacionados con la conducta suicida en la infancia y adolescencia. *Medisan*, 17(12), pp. 9027-9036. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2013/mds1312a.pdf>
- Hernández, M. y Solano, I. (2007). Cyberbullying, un problema de acoso escolar. *RIED*, 10 (1), pp. 17-36. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/ried/article/view/1011/927>
- Hurlock, E. (1967). *Desarrollo psicológico del niño*. México: McGraw-Hill.
- Janin, B. (2000). La violencia y los niños. En D. Kaplan y H. Korinfeld (Eds.). *Infancias en riesgo: maltrato infantil, la violencia y los niños, diversidad cultural y escuela*. (pp. 18-29). Buenos aires: Noveduc.
- Janin, B. (2002). Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, nº 33/34, Bilbao. Recuperado de: <https://www.sepyrna.com/documentos/articulos/janin-marcas-violencia.pdf>
- Jans, T., Vloet, T., Taneli, Y. y Warnke, A. (2018). Suicidio y conducta autolesiva. En M. Irrázabal y F. Prieto (Eds.). *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la*

- IACAPAP. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines. Recuperado de: https://iacapap.org/_Resources/Persistent/46d6d8e2a8dbfceee549f8749dd9c1095630f4d3/E.4-Suicidio-Spanish-2018.pdf
- Larrobla, C., Hein, P., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., Gonzalez, V., Torterolo, M. y Rodríguez, L. (Comp.). (2017). *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo, Uruguay: CSIC. Recuperado de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9489/1/70-anos-de-suicidio-en-uruguay.pdf>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Llave, V. (2012). *Abuso sexual: estadísticas para la reflexión y pautas para la prevención*. Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Recuperado de: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/libro_abusosexual.pdf
- Lopez-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), pp. 159-174. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4057/3911>
- Loureiro, R. (2008). El Silencio en el Abuso Sexual Infantil. *Revista Psique y Sociedad*, n°2, ISSN 2011-8511. Recuperado de: <https://sites.google.com/site/psiquesociedad/elsilencioenelabusosexualinfantil>
- Lozano, E. (2018). *La identidad corporal y la conducta autolesiva. Experiencia de una joven cutter*. Trabajo de investigación para optar al título de pregrado en Psicología. Colombia: Universidad de Antioquia. Recuperado de: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/15938/1/LozanoEdgar_2018_IdentidadCorporalConducta.pdf
- Martín-Barrajón, P. (2020, 10 de Setiembre). *Pautas clave para tratar a una persona con riesgo suicida: Qué hacer y qué no hacer*. Psicólogos Princesa81. Recuperado de: <https://psicologosprincesa81.com/blog/pautas-tratar-persona-riesgo-suicida/#>
- Martínez, C. (2017). *Suicidología Comunitaria para América Latina. Teoría y experiencia*. Buenos Aires: Alfepsi Editorial. Recuperado de: <https://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2017/12/Suicidolog%c3%ada-Comunitari-a-Carlos-Mart%c3%adnez.pdf>

- Meler, I. (2006). El incesto. *Investigaciones en psicología*, 11(2), pp. 55-77. Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1568/Meler_2006_UBA-11-2.pdf?sequence=1
- Ministerio de Salud Pública (MSP). (2007). *Guía de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas*. Programa Nacional de Salud Mental. Uruguay. Recuperado de: <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/suicidio/guiasprev.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2021, 17 de julio). *Día Nacional de Prevención del Suicidio*. Recuperado de: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Presentaci%C3%B3n%20de%20datos%20para%20D%C3%ADa%20Nac%20P%20Suicidio%202021.pdf>
- Miranda de la Torre, I., Cubillas, M. J., Roman-Perez, R. y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, pp. 495-502. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/582/58212267007.pdf>
- Moraga, A. (2015). *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 Magíster en Psicología. Chile: Universidad de Chile. Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/144415/TESIS%20CAROL%20MORAGA%20ARMILJO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Morais dos Santos, R. y Batista de Melo, M. (2016). Tendencia suicida en niños accidentados. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36 (3), pp. 571-583. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2820/282047423007.pdf>
- Murcia, C. y Vargas, K. (2020). *Factores relacionados al suicidio en adolescentes*. Informe de investigación para optar al título de Psicología. Colombia: Politécnico Grancolombiano. Recuperado de: <https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/1992/Trabajo%20de%20grado%20final%20-%20Suicidio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nagy, M. (1948). The child's theories concerning death [Las teorías de los niños sobre la muerte]. *J Genet Psychol*, vol. 73, pp. 3-27.
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R. y Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behaviour [Suicidio y comportamiento suicida]. *Revisiones epidemiológicas*, 30 (1), pp. 133-154. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2576496/>
- Olweus, D. (2004). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1969). Prevención del suicidio. *Cuadernos de Salud Pública*, 35. Ginebra. Recuperado de:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37857/WHO_PHP_35_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (1999). *Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores*. Ginebra. Recuperado de:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66734/WHO_HSC_PVI_99.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Prevención del suicidio: Recurso para consejeros*. Ginebra. Recuperado de: <https://www.nbccf.org/Assets/SuicideBrochure/Spanish.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. 2ª reimpresión al español corregida. Ginebra. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44498/9789243548067_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2020, 8 de junio). *Maltrato Infantil*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Organización Mundial de la Salud. (2021, 17 de junio). *Una de cada 100 muertes es por suicidio*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>

Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Recuperado de: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ortiz, C. (2007). El desarrollo psíquico y la subsecuente elaboración y comprensión del concepto de la muerte en el niño. *Revista Lasallista de investigación*, 4 (2), pp. 59-66. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/695/69540209.pdf>

Pérez-Barrero, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (2), pp. 196-217. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>

Picazo-Zappino, J. (2014). El suicidio infanto-juvenil: una revisión. *Actas Esp. Psiquiatría*, 42(3), pp. 125-132. Recuperado de: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/16/89/ESP/16-89-ESP-125-132-661031.pdf>

Polo, M. E. (2012). *El silencio en el Abuso Sexual*. Trabajo de grado. Colombia: Universidad de San Buenaventura. Recuperado de: http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/1158/1/Silencio_Abuso_Sexual_Polo_2012.pdf

- Quintanilla, R., Valadez, I., González, J., Vega, J., Flores, L. y Valencia, S. (2004). Tipos de personalidad y conducta suicida. *Investigación en Salud*, VI(2), pp. 108-113. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/142/14260209.pdf>
- Rafael Linares, A. (2008). Master en Paidopsiquiatría Módulo I Desarrollo Cognitivo: Las Teorías. *Master En Paidopsiquiatría. Bienio 07-08, I, 29*. Recuperado de: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
- Rascovsky, A. (1970). La matanza de los hijos. En *La matanza de los hijos y otros ensayos*. (pp. 9-37). Buenos Aires: Kargimien.
- Real Academia Española (RAE). (2001). Suicidio. En *Diccionario de la lengua española* (22^a ed.). Recuperado de: <https://dle.rae.es/suicidio?m=form>
- Ribot, V., Alfonso, M., Ramos, M. y González, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(5), pp. 699-708. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2012/hcms125q.pdf>
- Ríos, A. (2009). Perspectivas psicológicas en los conflictos familiares: la familia y el divorcio. En Fundación Salud Infantil (Ed.). *Puntos de encuentro familiar: manual de uso práctico*. (pp. 61-81). España. Recuperado de: <https://fundacionsaludinfantil.org/es/documentos/publicaciones/libros/libroPEFmanual/LibroCapitulo4.pdf>
- Rodríguez, H. (1999). Abuso sexual en niños: enfoque medicolegal. En R. Baraibar (Comp.). *La salud en la infancia y la adolescencia: aportes para una cobertura integral*. (pp. 141-149). Montevideo, Uruguay: Ed. Arena.
- Sánchez Teruel, D. y Robles Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del Psicólogo*, 35 (3), pp. 181-192. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2438.pdf>
- Scafarelli, L. y García, R. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes universitarios uruguayos. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), pp. 165-175. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212010000200004#Johnson2002.
- Schaffer, D. y Pfeffer, C. (2001). Parámetros prácticos para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con comportamiento suicida. *Revista de psiquiatría del Uruguay*, 65 (2), pp. 146-188. Recuperado de: <https://www.yumpu.com/es/document/read/37389687/parametros-practicos-para-la-evaluacion-y-mednetorguy>
- Shneidman, E. (1985). *Definition of Suicide* [Definición de Suicidio]. New York: Wiley.

- Shneidman, E. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior* [Suicidio como *Psychache*: Un enfoque clínico del comportamiento auto-destructivo]. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Shneidman, E. (1996). *The Suicidal Mind* [La mente suicida]. New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. (2004). *Autopsy of a Suicidal Mind* [Autopsia de una mente suicida]. New York: Oxford University Press.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV). (2021, 23 de abril). *SIPIAV en cifras: se presentó el Informe de Gestión de 2020*. Recuperado de: <https://www.inau.gub.uy/novedades/noticias/item/3088-sipiav-en-cifras-se-presento-el-informe-de-gestion-2020>
- Tellez, J. (2006). Impulsividad y suicidio. En J. Téllez y J. Forero (Eds.). *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención*. (pp. 62-80). Bogotá DC.
- Tijeras, A., Fernández-Andrés, M. I., Pastor-Cerezuela, G., Sanz-Cervera, P., Vélez, X., Blázquez-Garcés, J. y Tárraga, R. (2015). Estrategias y estilos de afrontamiento parental en familias con niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) con o sin trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Internacional de Psicología Evolutiva y Educativa*, 2 (1), pp. 311-321. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851784030.pdf>
- Universidad de la República (UDELAR). (2021, 21 de julio). *Un tema que nos duele a todos*. Recuperado de: <https://udelar.edu.uy/portal/2021/07/un-tema-que-nos-duele-a-todos/>
- Valle, R., Bernabé, A., Gálvez, J., Gutiérrez, C. y Martins, S. (2018). Agresión sexual intrafamiliar y extrafamiliar y su asociación con el consumo de alcohol. *Revista Saude Pública*, 52:86. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YfBF8JWqGJxW3BM67qdMrgb/?format=pdf&lang=es>
- Villardón, L. (1993). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Winnicott, D. W. (1972). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. Recuperado de: <http://imago.yolasite.com/resources/WINNICOTT.%20Realidad%20y%20juego.pdf>
- Winnicott, D. W. (1991). *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.
- Zañartu, C., Krämer, C. y Wietstruck, M. A. (2008). La muerte y los niños. *Revista Chilena de Pediatría*, 79(4), pp. 393-397. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v79n4/art07.pdf>