

MALTRATO Y SUICIDIO INFANTIL EN EL ESTADO DE GUANAJUATO

Daniel Páramo Castillo*, Ana-María Chávez-Hernández*

SUMMARY

The understanding of child suicide has achieved more and more specific notions since it started to be studied from the theory of adult suicide. Now, the implication of certain factors such as the evolution of death conceptualization, the desire of joining an absent significant person, the premeditation of the suicidal act, the involvement of family environment as a contributing or protective factor, or a previous mistreatment experience, has become clearly recognized.

Suicides which occur during the childhood period have been associated to previous sexual-nature abuse experiences. In adult suicides, the presence of some kind of mistreatment during their childhood period has also been found. Both phenomena, mistreatment and child suicide, are usually under-registered because of the variability of their defining approaches or because of some cultural influences such as violence occurring naturally or negation of child suicide or premeditation.

It is postulated that the mechanics of child mistreatment traps the abuser into a dynamics based on the inequality of physical, intellectual and/or moral conditions; this reality plus the defenseless nature of children, impedes the termination of that situation unless it finishes by means of another violent act such, as a suicide. Furthermore, the consequences suffered by a child victim of mistreatment can become contributing factors for a suicidal behavior consummation. Consequently, dysfunctions or disturbances on cognitive, psychological, identity, belonging or hopelessness state of the victim, as well as the emotional pain caused by the mistreatment may favor a suicide behavior. Therefore, the purpose of this study is to determine the presence of any given type of child mistreatment in children (since eight to 14 years old) that incurred in a suicide in the State of Guanajuato between 1995 and 2001.

The methodology used for this descriptive, observational, retrospective and transversal study, was *ex-post-facto* (after the event), since the technique for data gathering was carried out by psychological autopsy. This technique facilitates an access into the families and to the understanding of their dynamics, and also to recognizing the circumstances prior to the decease. This technique included one or several interviews with people close to deceased child, besides a detailed analysis of the suicidal event and of all the deceased child's residual belongings (suicide notes in this case). This study searched some direct and indirect indicators of a pos-

sible child mistreatment suffered by suicidal children. The psychological autopsy was conformed by a Questionnaire of Psychosocial data, a Suicidal Act Evaluation Questionnaire and by an Informant's Reliability Scale. Because of the lack of specific backgrounds for the cases of child suicide, the Psychological Questionnaire was specifically developed for this study.

Studied cases were those belonging to child suicides, up to 14-year-old children, who consummated their death in the State of Guanajuato in the 1995 to 2001 period. The files were obtained by the General Attorney Department. With the information extracted from such files, we proceeded to establish phone and mail contact with relatives of the deceased children. Later on, some interviews were carried out with one or more people close to each child; these interviews were held by psychologists qualified in Psychological Autopsy and Emotional Contention Techniques.

The examined data came basically from the Psycho-Social Questionnaire and from the Content Analysis of suicide notes. The analysis method for first data, of quantitative nature, was by frequency distribution and correlation, computed by SPSS statistical software. Qualitative data resulting from the analysis of suicide notes content were verified by a technical jury integrated by three participating clinical psychologists.

Results: Twenty nine suicide cases were analyzed, representing 69% of child suicides up to 14-year-old children in the State of Guanajuato within the aforementioned period. The rest of the files were not included in this research because the impossibility for locating the victim's relatives due to changes of residence, and in a lower percentage because they refused to participate in the study due to the emotional pain of talking about the suicide event, or because they ignored the minor child's data regarding the circumstances and causes of his death.

Of all the examined cases, 19 (65.5%) were men and 10 (34.5%) were women. The range of child suicides' age was from eight to 14 years old, with a 12.55 year-old average and a 1.62 year-old standard deviation. Five suicide notes were analyzed, which belonged to 4 children: 3 girls (one of them left two notes) and one boy. With respect to 72.4% of the cases, the interviewed persons were first-degree relatives and regarding the remaining percentage, they were cousins, uncles or grandparents who reported having had a close relationship with the deceased child. The average age of the interviewees was 43 years, with a standard deviation age of 17.19 years.

*Facultad de Psicología. Universidad de Guanajuato.

Correspondencia: Dra. Ana María Chávez Hernández. Facultad de Psicología, Universidad de Guanajuato. Av. de las Rosas 501. Col. Jardines de Jerez. 37530, León, Gto. México. E. mail: anamachavez@hotmail.com

Recibido primera versión: 4 de noviembre de 2005. Segunda versión: 28 de agosto de 2006. Aceptado: 24 de enero de 2007.

In almost half of the suicides (51.7%) some kind of violence was suffered. According to the interviewees' statements, 31% of the children who committed suicide had suffered some kind of psychological mistreatment, 41.1% of them had received some kind of physical mistreatment, 3.4% were victims of sexual abuse and 10.34% were neglected. Almost a quarter of all the children had suffered two or three kinds of mistreatment. Additionally, 41.4% of suicidal children had seen physical violence at home. Four of the suicide notes included explicit declarations of mistreatment experiences.

Other variables that were found were the presence of previous suicide attempts in 20.7% of the cases; and a 26.3% of cases where a relative also had a previous suicide attempt. Family alcohol consumption was detected in 65.5% and drug consumption in 24% of the cases. Further analysis show a correlation between child previous suicide attempts and psychological mistreatment ($p= 0.004$) or any other kind of violence exposure ($p= 0.015$).

It is concluded that an important percentage of children who incurred in a suicide were indeed victims of some kind of child mistreatment, of which physical one was particularly evident. However, neither physical nor sexual abuse can be separated from their implicit component: the emotional mistreatment. Studies of pure qualitative nature could contribute with more information about the dynamics that associates both phenomena. It is deemed that child mistreatment prevention would directly impact both suicide occurrence for the same group of age, and probably also within adult populations thus reducing its prevalence.

Key words: Child suicide, child abuse, psychological autopsy, Guanajuato.

RESUMEN

La comprensión del suicidio infantil ha asimilado cada vez más nociones específicas. Ahora se reconoce la implicación de factores como la evolución del concepto de muerte, el deseo de unirse a una persona significativa ausente, la intencionalidad del acto suicida, la participación del medio familiar como factor contribuyente o protector y la experiencia previa de maltrato.

Tanto el suicidio como el maltrato infantil suelen estar sub-registrados a causa de la variabilidad de criterios que los definen o por influencias culturales. Se postula que la mecánica del maltrato infantil atrapa a los actores en una dinámica basada en la desigualdad de condiciones físicas, intelectuales y morales, y que esto impide la terminación de esa situación a no ser mediante otro acto violento como podría ser el suicidio. Complementario a esto, las consecuencias en el menor víctima de maltrato infantil pueden actuar como factores contribuyentes para la consumación de conductas suicidas. Se habla entonces de que trastornos cognitivos del estado de ánimo, de identidad, del apego, la desesperanza y el dolor emocional, propios del maltrato, pueden favorecer el suicidio. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue determinar la presencia de algún tipo de maltrato infantil en los niños que cometieron suicidio en el Estado de Guanajuato entre 1995 y 2001.

La metodología utilizada en este estudio descriptivo fue ex-post-facto, dado que la técnica de recolección de datos fue la autopsia psicológica. Esta técnica facilita acceder a la dinámica familiar e intrapsíquica del suicida, así como reconocer las circunstancias previas a su deceso. Se realizó mediante entrevistas con personas cercanas al occiso, además del análisis de todos los efectos resi-

duales del mismo, que en este caso fueron las notas póstumas. El método de análisis fue la distribución de frecuencias y correlaciones, y se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS. Los datos cualitativos derivados del análisis de contenido de las notas póstumas fueron verificados mediante la técnica interjueces. Los casos estudiados fueron los pertenecientes a los suicidas menores de ocho a 14 años que consumaron su muerte en el Estado de Guanajuato en el lapso de 1995 al 2001 y cuyo expediente fue elaborado por la Procuraduría General de la República.

Resultados

Fueron analizados 29 casos, lo que representa 69% de los suicidios de menores de ocho a 14 años, en el Estado. De los casos examinados, 19 (65.5%) fueron de varones. El rango de edad de los menores suicidas fue de ocho a 14 años, con una media de 12.55 años y desviación estándar de 1.62 años. Asimismo, se trabajó con cinco notas póstumas que pertenecían a cuatro menores: 3 mujeres, una de ellas dejó dos notas, y un varón. La mayoría de las personas entrevistadas fueron familiares en primer grado (72.4% de los casos), el resto eran familiares en segundo grado que reportaron haber tenido relación cercana con el occiso. Tres de cada cuatro entrevistados fueron varones.

La mitad de los suicidas (51.7 %) padecieron algún tipo de violencia: 31% de ellos sufrió maltrato psicológico, 41.1% recibió algún tipo de maltrato físico, 10.34% maltrato por negligencia y 3.4% abuso sexual. Poco más de la cuarta parte sufría de dos o más tipos de maltrato. Cuatro de las notas póstumas incluyeron declaraciones explícitas de vivencias de maltrato. Otras características de las notas fueron evaluadas mediante la técnica de análisis de contenido y el porcentaje de correlación interjueces fue de 95.5%.

Otras variables con presencia significativa fueron intentos de suicidio previos en la familia del menor en 26.3% de los casos, y consumo de alcohol y drogas en 65.5% y 24% respectivamente. El maltrato psicológico se correlacionó significativamente con intentos previos de suicidio.

Se concluye que un importante porcentaje de menores que cometieron suicidio fueron también víctimas de algún tipo de maltrato infantil. De éstos destacó el maltrato físico, sin embargo, ni éste ni el sexual se pueden deslindar del componente emocional que conllevan. Estudios de naturaleza eminentemente cualitativa podrían contribuir al estudio de ambos fenómenos. Se considera que la prevención del maltrato infantil impactaría directamente en el suicidio, en el mismo grupo de edad y acaso también en poblaciones adultas con reducción en su prevalencia.

Palabras clave: Suicidio infantil, maltrato infantil, autopsia psicológica, Guanajuato.

INTRODUCCIÓN

Durante gran parte del siglo veinte las explicaciones que se daban al suicidio infantil no eran más que adaptaciones de las teorías del suicidio en adultos. En parte, esto se debía a la poca importancia que históricamente se concedía a los niños, siendo considerados desde estorbos hasta pequeños adultos (46). Con el paso del tiempo, la mejoría de los métodos de investigación y el avance de los desarrollos teóricos comenzaron a reconocer aspectos peculiares del fenómeno suicida en in-

fantes, como por ejemplo: la relación entre el nivel de desarrollo cognoscitivo y el concepto de muerte (41); el deseo de unirse a una persona importante perdida (4, 57); la cuestión de la intencionalidad en las conductas suicidas del niño, así como la participación del ambiente familiar y las experiencias traumáticas previas.

En este orden de ideas, la relación entre el suicidio y el maltrato infantil ya ha sido propuesta en distintos contextos. Cirillo y Blasco (1991) plantean que al ser víctimas de maltrato de tipo sexual, y posteriormente no sentirse escuchados ni protegidos, los niños tienden a presentar conductas auto-agresivas que pueden llegar al suicidio. Los malos tratos en la infancia han sido asociados al suicidio en adultos (5, 53) e incluso la gravedad del maltrato infantil puede ser un determinante de la edad en que se lleva a cabo la primera tentativa suicida y de la cantidad de tentativas; es decir, si la frecuencia o severidad del maltrato infantil del que se hizo víctima a un menor fueron elevados, la probabilidad de que el primer intento suicida tenga lugar antes de los 20 años se incremente notablemente (16, 44). Específicamente en adolescentes también existe una correlación entre la experiencia de maltrato, tanto físico como emocional, y la tendencia a presentar conductas suicidas y de riesgo como consumir drogas o involucrarse en actividades sexuales de riesgo, entre otras (35).

El maltrato infantil se puede definir como la acción, omisión o trato negligente que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y social (15). Actualmente, está en discusión si es exclusivo del ámbito familiar, si la intencionalidad es una de sus características distintivas y si es el último eslabón de una cadena de maltratos y violaciones a los derechos humanos que sus padres como sujetos sociales también sufren o han sufrido. Entre las dificultades que existen para detectar el maltrato infantil figuran la variabilidad de criterios que lo definen (19), lo común o naturalizado (10, 45) que se presenta en diversos contextos, y la falta de reconocimiento de las diversas clases de maltrato infantil, ya que puede descubrirse tanto en los golpes y abusos sexuales (maltrato físico y sexual, respectivamente) como en otras conductas que son más frecuentes en nuestra cultura, por ejemplo, la falta de cuidados (maltrato por negligencia) o en la sobre-exigencia académica y/o en el menoscenso (maltrato psicológico moderado y grave, respectivamente) (22). Visto de este modo, el maltrato infantil emerge como un polo extremo del continuo de la parentalidad, presentándose en la otra punta el buen trato (1). Se considera que alrededor de dos terceras partes de las conductas violentas hacia los niños ocurren en la casa del agredido o son provocadas por las personas que deben ocuparse de su cuidado (15).

El maltrato infantil, como un tipo de violencia doméstica, es resultado de un complejo de conductas, ideas y orientaciones psicológicas; encuentra su base en el hecho de que quienes están involucrados en él no están ubicados en el mismo plano estructural ni en semejantes condiciones físicas, morales o intelectuales (47) y en consecuencia, la víctima se encuentra en una situación sin escapatoria posible, ya sea por carencia de los medios necesarios o por su estado de indefensión psíquica. En otras palabras, la violencia que motiva el maltrato infantil implica una dinámica de poder que deja lugar a pocas opciones que le pongan freno. Entre ellas figuran otros actos violentos como el suicidio y el homicidio. La mecánica de esta primera ha sido evidenciada entre las mujeres de culturas nativas africanas, de Oceanía y Sudamérica, donde el suicidio femenino es más prevalente que en culturas occidentales y es socialmente reconocido porque funge como la única escapatoria culturalmente autorizada a una situación de maltrato (53).

Investigaciones recientes señalan que el enfoque dado al estudio del maltrato infantil necesita ser más comprehensivo (29, 39). Esto permitiría observar su inclusión en campos como la psicopatología familiar o el ámbito sociocultural. Así, la asociación entre el maltrato y el suicidio infantil no está del todo clara. Parte de esto se debe a que ambos fenómenos son complejos, están multideterminados y son puntos extremos de sendos continuos (uno va de la ideación al intento y posteriormente al acto suicida, y el otro del buen trato al maltrato, por delinearlos a *grasso modo*). Una hipótesis que haría frente a esto es que la relación entre ambos fenómenos no es simétrica, dado que no son interdependientes ni efectos de una tercera variable; no son asimétricos porque uno no es causa necesaria ni suficiente del otro (50), sino que la relación entre maltrato y suicidio infantil es recíproca y que en todo caso, la experiencia de maltrato es causa contribuyente del suicidio en la infancia, así como se ha comprobado que lo es en la adultez. Algunas de las secuelas del maltrato infantil podrían estar funcionando como variables de riesgo o recurrentes como: detenciones en el desarrollo y trastornos cognitivos, con su potencial impacto en el juicio de realidad y en el estadio del concepto de muerte (14); trastornos depresivos (11, 57) y en general de la regulación de afectos; de la identidad y el apego; trastorno por estrés postraumático simple (56) o complejo (6), y algunos otros reconocidos en el DSM-IV-TR como trastornos somatomorfolos, bipolares, esquizofrénicos y reactivo de la vinculación (23-27).

Si en México el suicidio en general -y particularmente el infantil- está sub registrado (3), probablemente el maltrato infantil lo está todavía más. Se considera que en la República Mexicana por cada caso de maltrato

reportado existen otros seis o siete no reconocidos, lo que da lugar a la metáfora del iceberg del que sólo se conoce la punta por representar ésta los casos extremos y detectados de malos tratos (15, 36). El tipo de maltrato infantil más frecuente en el Estado de Guanajuato durante el año 2001 fue el emocional, abarcando poco más de la mitad de las denuncias por maltrato (54%); le siguieron el maltrato físico (29.2%) y la negligencia (22.6%) (32).

Por otro lado, de los suicidios ocurridos cada año en México, alrededor del 3% corresponden a menores de 15 años, los que se incrementaron en 37.6% entre 1995 y 2001 (30), y en 104% si se compara el trienio 1979-1981 con el de 1995-1997 (7). En el año 2000 el suicidio apareció como la octava causa de muerte en escolares de entre cinco y 14 años de edad (49), cuando hace tres décadas éstos eran prácticamente inexistentes (3, 21). El Estado de Guanajuato tiene índices de suicidio general superiores a la media nacional, incluyendo las cifras relativas al suicidio infantil. Por ejemplo, en 1992 hubo en promedio en la República Mexicana 95.75 muertes por suicidio por cada Estado, y en ese mismo año se registraron en Guanajuato 185 decesos por la misma causa (31). Las razones por las que los registros oficiales de suicidio suelen tener inconsistencias y subregistro han sido comentadas en otros trabajos (3, 13). Valga decir que las instituciones oficiales encargadas de su registro (Secretaría de Salud, Procuraduría General de la República e INEGI) pueden, por una parte, tener diferentes criterios que lo definan y, por la otra, errores de registro y de archivo.

Ciertamente las investigaciones cuyo propósito implica considerar variables de individuos ya fallecidos entrañan dificultades metodológicas. En el tema del suicidio dos propuestas de solución son los sujetos sustitutos (en donde se estudian poblaciones con características que se suponen semejantes a las de los suicidados) y los estudios *ex post-facto* (2). Entre estos últimos figuran dos modelos: la perspectiva epidemiológica y la autopsia psicológica. La primera ofrece respuestas poblacionales a partir del análisis de variables personales y contextuales; la segunda también lo hace pero con mayor capacidad de acceder a la dinámica intrapsíquica, vincular y social -y a las relaciones entre estas categorías- del occiso quien es objeto de estudio.

La autopsia psicológica es un procedimiento empleado con el fin de obtener información *post-mortem* que permite reconstruir las circunstancias de muerte del sujeto y determinar con la mayor exactitud los factores implicados en ella (48). La palabra autopsia proviene de la voz griega que quiere decir "acción de ver por los propios ojos"; su definición original remite al examen anatómico de un cadáver. Fue a partir de 1933 cuando fue incorporada una nueva acepción al concepto:

examen analítico minucioso (42). Como técnica de investigación forma parte de los cinco tipos de autopsias o necropsias existentes (40). Fue utilizada por primera vez en la década de 1950 en California, en los Estados Unidos de Norteamérica, y actualmente es de utilidad tanto para procedimientos jurídicos, en la forma de peritaje psiquiátrico, como en investigaciones. Los grupos poblacionales a los que es factible aplicar esta técnica son individuos que cometieron suicidio, incluso niños o adolescentes (43), o víctimas de homicidios, de muertes violentas o accidentales, con demencia o en estado de coma (55). Al ser inferencial y *a posteriori*, la autopsia psicológica debe ser interpretada en términos probabilísticos. Diversos estudios la han validado y han llegado a concluir que aun cuando se tomen en cuenta tabúes sociales y el sesgo de la memoria del respondiente, la información que pueden ofrecer terceras personas es confiable, llegando a ser recomendada como la metodología por excelencia para el estudio psicológico del suicidio (9, 51, 52, 58). La información generada mediante la autopsia psicológica puede ser útil además en la resolución del duelo de los allegados al occiso, en el diseño de estrategias preventivas y en la validación de diagnósticos psicológicos o forenses (28).

La técnica mencionada se lleva a cabo mediante una o varias entrevistas realizadas a una o más personas cercanas al suicida. También incluye el análisis del suceso o acto suicida, así como el análisis de los efectos residuales del occiso (notas o recados póstumos, pinturas, diarios, etcétera) a través de diferentes técnicas de investigación (33, 52), buscando indicadores directos o indirectos de aquellas variables que se quieren evaluar para obtener un perfil psicológico del occiso y mayor comprensión del acto de muerte.

En México existen escasos estudios de investigación que aborden el tema de las conductas suicidas en menores de quince años (34, 37) y no existe ninguno que lo haga mediante la metodología de autopsia psicológica. Por lo anterior, el objetivo de este primer acercamiento en ambos fenómenos fue determinar la presencia de algún tipo de maltrato infantil en los niños (de ocho a 14 años) que cometieron suicidio en el estado de Guanajuato durante el periodo 1995-2001 a través de la autopsia Psicológica.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio fue ex-post-facto, de tipo descriptivo, observacional, retrolectivo y transversal. Se estudiaron los casos de suicidio infantil (de ocho a 14 años), registrados por la Procuraduría General de Justicia (PGJ) en el Estado de Guanajuato, durante el periodo 1995-2001, mediante el uso de la metodología de autopsia psicológica.

gica. Se identificaron 42 casos de niños suicidas, pero se aplicó la autopsia psicológica sólo a 29 de ellos. De los expedientes de la PGJ-Gto se obtuvieron los siguientes datos: a) datos de identidad personal y socio-demográficos del occiso; b) datos relacionados con el acto o suceso suicida; c) información sobre los testigos y/o declarantes (datos socio-demográficos, de identificación personal y testimonios de declaraciones de la percepción del hecho suicida cometido por el menor de edad) y d) existencia de notas póstumas. Se contó con información suficiente para la localización de una a tres personas declarantes por cada caso, y se eligió al posible entrevistado según la cercanía y/o conocimiento manifestado acerca del occiso.

La autopsia psicológica constó de un cuestionario de datos psicosociales, uno de evaluación del acto suicida y uno de la escala de confiabilidad del informante. Entre algunos datos más, se recopiló información relativa al método de suicidio, intentos previos y suicidios en la familia, muertes de familiares cercanos, presencia de enfermedades físicas o mentales y uso de alcohol y drogas tanto en el suicida como en su familia. Para efectos del presente trabajo se tomaron en cuenta algunas secciones del primer instrumento referido, mismas que se complementaron con el análisis de contenido de las notas póstumas encontradas. A excepción de la Escala de confiabilidad del Informante y por la de evaluación del acto suicida (52), cabe aclarar que debido a que no se encontró ningún cuestionario reportado, nacional o internacionalmente, para realizar propiamente la autopsia psicológica infantil, fue necesario crear un instrumento basado en la teoría general del suicidio, en las aportaciones específicas para el suicidio infantil y en las sugerencias derivadas de la experiencia clínica de varios psicoterapeutas.

Especificamente y para el abordaje del tema que nos ocupa, un par de variables fueron utilizadas a partir de la combinación de las respuestas a preguntas directas y de aquellas otras que hacen las veces de indicadores indirectos, mismas que por ser sensibles a las disfunciones parentales también definen el maltrato infantil tal y como se recomienda para los estudios de tipo transversal en esta temática (38). Las dos variables en cuestión son: "sufría violencia", para la que se tenía que responder afirmativamente a una de cuatro preguntas: "¿recibía maltrato físico?", "¿sexual?" o "¿emocional?" y "si era corregido, ¿era con golpes?"; la otra variable es la presencia de maltrato por negligencia, para la que se tenía que desconocer las respuestas a dos de tres preguntas: "¿cuáles eran los gustos o pasatiempos del occiso?", "¿cuál era el nombre de su novio/a?" (sólo en el caso de que en la pregunta anterior se haya declarado que sí) y "¿cuáles eran los nombres de sus mejores amigos?" (sólo si los tenía). Los

anteriores criterios para determinar si el menor padecía de maltrato por negligencia únicamente se aplicaron en los casos en que los entrevistados fueron la madre o el padre del suicida, ya que se presupuso que eran ellos y no otros familiares los que tenían mayor facilidad de acceso a esos datos.

PROCEDIMIENTO

Se estableció contacto telefónico o por correo postal con los familiares del menor suicidado, se les explicó el objetivo de la investigación, la confidencialidad y anonimato que se guardaría respecto a los datos de identificación, y se les invitó a participar en el estudio. Las autopsias psicológicas estuvieron a cargo de psicólogos capacitados en comportamiento suicida, en la técnica de recolección de información y en técnicas de contención emocional e intervención en crisis. Los investigadores responsables no participaron en la recolección de la información de los expedientes, en las entrevistas ni en la evaluación de las notas póstumas. Se combinaron las perspectivas cuantitativa para el análisis de frecuencias y correlaciones mediante el paquete estadístico SPSS, y cualitativa en el análisis de contenido de las notas póstumas realizado con categorías de análisis preestablecidas (12) y con el método inter jueces, con el apoyo de tres psicólogos clínicos.

RESULTADOS

De los 42 casos de suicidio infantil registrados en Guanajuato en el periodo de tiempo estudiado, se realizaron 29 autopsias psicológicas (69%). Las 13 restantes no se llevaron a cabo debido a diversos motivos como por ejemplo: la familia se rehusó a responder (7.1%), no se encontraron por cambio de domicilio (4.8%), las familias emigraron a los Estados Unidos de Norteamérica (7.1%) o los domicilios no pudieron ser localizados (7.1%).

En las autopsias psicológicas realizadas, el parentesco de los entrevistados con el suicida fue de primer grado en el 72.4% de los casos, de ellos 6.9% era la madre, 34.5% el padre y 31% los hermanos. El porcentaje restante (27.6%) corresponde a familiares en segundo grado como abuelos, tíos o primos que declararon haber conocido lo suficiente al suicida y sus circunstancias para responder a los cuestionarios. Cabe mencionar que la proporción de preguntas no respondidas en los diferentes cuestionarios fue prácticamente nula. La edad promedio de los informantes fue de 43 años con un rango de 16 a 83 años y desviación estándar de 17.19 años. Las dos madres y los diez padres que respondieron

tuvieron un promedio de edad de 45.92 años (± 6.75 años) mientras que los hermanos de los occisos entrevistados tuvieron una edad promedio de 24.56 años (± 6.75 años). Tres de cada cuatro entrevistados fueron varones.

De los 29 suicidios analizados 19 fueron de varones (65.5%). El rango de edad de los menores suicidados fue de ocho a 14 años, con una media de 12.55 años, y desviación estándar de 1.62 años. Asimismo, se trabajó con cinco notas póstumas que pertenecían a 4 menores: 3 mujeres, una de las cuales dejó dos notas, y un varón.

De acuerdo con el análisis de las respuestas, la mitad de los suicidados 51.7 % sufría violencia en sus casas. Aquí vale anotar que nunca apareció "sólo recibir golpes" como indicador de la experiencia de violencia, y en todos los casos se asoció a alguno de los otros indicadores. Adicionalmente, 41.1% de los menores recibía maltrato físico, 31% de ellos sufrió algún tipo de maltrato psicológico, 3.4% fue víctima de maltrato sexual y 10.34% de negligencia. Poco más de la cuarta parte de los menores sufrió de dos o más tipos de maltrato: se halló que seis menores de edad 20.68% recibía maltrato físico y negligencia, o físico y psicológico combinados, y que dos más (6.89%) experimentaba cotidianamente los tres. Además, para 41.4% del total de los suicidados era normal ver agresiones físicas tanto en su casa como en la escuela (17.2%), o en la calle (6.9%).

Dos de los cuatro menores que dejaron nota póstuma recibían maltrato combinado, dos o tres de los tipos de maltrato analizados. Y en sus notas lo reconocen plenamente: "no viví tranquilo en esta vida que me daban", "(ya) sé que no me quieren, espero que me avienten pa'l arollo", "si me suicidé fue porque nunca creen en mí" y "ya me cansé (...) que tú me regañes yo no tengo apoyo de ustedes", son sentencias extraídas de cuatro diferentes notas que reflejan la actitud emocional del menor suicida hacia sus padres a quienes les estaban dirigidas estas cartas. Los resultados del análisis de contenido presentaron un grado de concordancia interjueces del 95.5% y se presentan con detalle en el cuadro 1.

Cuatro de cada diez suicidios se consumaron por ahorcamiento, 10% por arma de fuego y el otro 10% por intoxicación medicamentosa o por envenenamiento. Seis menores (20.7%) habían intentado suicidarse previamente en una, dos o tres ocasiones (2, 3 y 1, respectivamente). Según sus familiares, seis menores (20.7%) padecían alguna enfermedad física y 4 más (13.8%) una mental. Dos consumían alcohol o drogas cotidianamente. Se encontró que también en dos casos habían ocurrido suicidios en la familia; en ambas ocasiones se trató de un tío del menor. Sin embargo, cinco niños tuvieron conocimiento de intentos suicidas fallidos de sus familiares: uno de su madre, dos de sus

CUADRO 1. Resultados del análisis de contenido de las notas póstumas

	Número de notas
Destinatario	
Familiar directo	4
Indeterminado	1
Razones proporcionadas en la nota	
Problemas interpersonales o con la familia	3
Ninguna	2
Procesos cognoscitivos	
Curso de pensamiento lógico	4
Curso de pensamiento ilógico	1
Lenguaje	
Comunicación clara, estructurada	4
Comunicación confusa	1
Orientación temporal	
En tiempo pasado	1
Tiempos combinados	4
Maniobras cognoscitivas	
Muy específico, uso de ejemplos o metáforas	4
Gran generalidad	1
Aspectos de personalidad expresados en la nota	
Sentimientos*	
Agresión dirigida al interior, sentimientos de inferioridad	1
Agresión dirigida hacia el exterior	2
Dependencia de otros, necesidad de apoyo emocional	1
Ansiedad, miedo, confusión y/o soledad	3
Actitudes*	
Fatalismo	1
Salida, huida y/o deseo de morir	3
Ninguna	2
Afecto indicado en la nota*	
Hostilidad, crítica o venganza	1
Buscar o dar el perdón a otros	1
Autodevaluación, culpa	1
Amor e idealización	1
Otros	2
Otros contenidos específicos *	
Despedida, "no sufran", "no se preocupen"	1
Referencias al acto/nota suicida	2
Instrucciones sobre dinero o posesiones	1
Instrucciones de notificación o mensajes a otros	1
Sentimientos de victimización	3

* Variables no excluyentes por lo que la suma total es superior a cinco. Prácticamente todas las categorías contenían más opciones. Únicamente se reportan aquí las halladas en la nota.

hermanos y los tres restantes de sus tíos. La presencia de alcoholismo en las familias de los menores se detectó en 65.5% de los casos contra 24% que tenía consumo de drogas ilícitas. La conjunción de estas dos variables abarcó 69% de las familias de los occisos.

La correlación de los tipos de maltrato con las otras variables estudiadas se realizó con la prueba chi cuadrada porque la mayoría de las celdas en los cruzamientos tuvo más de dos casos (18). Los valores más relevantes fueron los relativos a los intentos previos de suicidio; la correlación más estrecha fue la de éstos con el maltrato psicológico ($p= 0.004$) y con la experiencia de cualquier violencia ($p= 0.015$). La experiencia de maltrato psicológico también se correlacionó con los suicidios en la familia ($p= 0.092$) y el abuso sexual con enfermedades físicas ($p= 0.016$).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados señalan que una proporción importante de los menores que cometieron suicidio en Guanajuato, en el periodo de tiempo estudiado, sufrió algún tipo de maltrato infantil. El maltrato más frecuentemente detectado fue el de tipo físico, probablemente por la tolerancia cultural hacia el uso del golpes, como medida disciplinaria. No obstante se reconoce que este tipo de violencia, al igual que la sexual, siempre conlleva un elemento emocional; en las víctimas de maltrato la vivencia del mismo no tiene separación. El maltrato sexual fue poco frecuente, lo que pudo deberse a lo poco reconocido y denunciado que suele ser.

La tendencia a quitarse la vida mediante ahorcamiento fue constatada una vez más en la población guanajuatense. Destaca que la segunda causa de suicidio fue el arma de fuego, hecho de aparición relativamente reciente en el Estado y que ha sido asociado al fenómeno de la migración. De las otras variables estudiadas sobresalió la del consumo de alcohol y otras drogas en la familia, que aunque no se correlacionó significativamente con el suicidio, es un elemento más que dibuja el ambiente familiar. Un análisis del tipo de relación del occiso con la persona consumidora de drogas podría dar luz al respecto. Ni la presencia de enfermedades físicas ni mentales (entre las que se incluyó la depresión en la formulación de la pregunta respectiva) tuvieron particular relevancia. Con estos resultados la presencia de violencia en el hogar tendría que ser mayormente considerada en la prevención del suicidio entre menores de edad.

Una limitación que tiene la autopsia psicológica en el estudio del suicidio es que efectivamente puede reconstruir parte de la dinámica psíquica del suicida, sin embargo no puede acceder directa y plenamente a su subjetividad. En el presente estudio, casi la mitad de los entrevistados reconoció que los suicidas sufrieron algún tipo de maltrato, no obstante esta cifra pudo haber sido mayor de haber provenido directamente de los menores. Esto encuentra soporte en el hecho de que en una autopsia psicológica no aparecieron indicadores de maltrato, pero en la nota póstuma correspondiente se detectaron sentimientos de victimización. En otras palabras, percibir la experiencia de maltrato es diferente a realmente padecerla; más aún, reconocer que un miembro de la familia es maltratado es poco frecuente debido a que el fenómeno atraviesa por procesos de invisibilización y naturalización (10), incapacidad para experimentar empatía con un menor victimizado, complicidades y verdadera ignorancia y por último sesgos de la memoria sobre lo que vivía el menor (20). Penetrar al maltrato, a la significación que le dan los implicados y a su relación con el suicidio, re-

queriría una intervención con otro tipo de herramientas como las historias de vida o el estudio de caso. Estas técnicas cualitativas pueden y deben mostrar sus beneficios al ser utilizadas con los menores que presentan comportamientos suicidas (ideación y tentativas de suicidio), desafortunadamente no son aplicables a los ya desaparecidos.

Con relación a los sesgos que la memoria de los informantes pueden imprimir al estudio, se puede decir que los mismos fueron minimizados con varias estrategias como notificar con anticipación la realización de la entrevista, la hilación de los temas y las preguntas, lo concretas de éstas así como por la presencia de indicadores indirectos y la repetición de algunas. El análisis y discusión de los reportes de campo y la coherencia de los resultados de las entrevistas confirmaron la adecuada validez de las autopsias psicológicas.

Si se acepta que uno de los principales móviles del suicidio es el dolor emocional, entonces el maltrato aparece como un importante factor de riesgo, ya que es susceptible de generar dolor físico y emocional y, además, atrapa a la víctima en una dinámica en la que prevalece la desigualdad y de la que es prácticamente imposible escapar. En el caso del maltrato infantil la desigualdad de base es aún mayor, sobre todo si el maltratador ejerce el rol de cuidador del menor con toda la autoridad adjudicada al mismo, y si el maltrato es continuo. Parafraseando a Caffey (36) el suicidio es la voz del niño agredido.

Tanto el maltrato como el suicidio infantil son difíciles de detectar y prevenir, en parte porque la sociedad -sin excluir a los profesionales de la salud-, es invidente a sus signos y porque ambos denuncian un malestar social. A Durkheim se le debe la conceptualización del suicidio como un fenómeno social (17, 54). En el contexto de la presente investigación puede ser entendido simultáneamente como un fenómeno familiar ya que el menor forma parte de ambos sistemas. Para concluir, probablemente previniendo el maltrato infantil se prevenga también el suicidio en los niños.

REFERENCIAS

1. BARUDY J, DANTAGNAN M: *Los Buenos Tratos a la Infancia*. Gedisa. España, 2005.
2. BESKOW J, RUNESON B, ASGARD U: Psychological autopsies: Methods and ethics. *Suicide Life Threatening Behaviors*, 20:307-323, 1990.
3. BORGES G, ROSOVSKY H, GOMEZ C, GUTIERREZ R: Epidemiología del Suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Pública México*, 38(3):197-206, 1996.
4. BOWLBY J: *La Pérdida Afectiva*. Paidós. Barcelona, 1997.
5. BRZOZOWSKA A: Child maltreatment as risk factor for suicidal behavior, a literature review. *Psychiatr Pol*, 38(1):29-36, 2004.

6. CAZABAT EH: Efectos del trauma prolongado en la infancia. Tercer congreso virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2003. Publicado en <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/6186>. Recuperado en septiembre 2004.
7. CELIS A, GOMEZ L, ARMAS J: Tendencias de mortalidad por traumatismos y envenenamientos en adolescentes, México 1979-1997. *Salud Pública Mexicana*, 45(supl 1):S8-S15, 2003.
8. CIRILLO S, BLASCO P: *Niños Maltratados*. Paidós. Barcelona, 1991.
9. CLARK D, HORTON-DEUTSCH S: Assessment in absence: The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides. En: Maris RW, Berman AL, Malsberger JT, Yufit RI (eds). *Assessment and Prediction of Suicide*. The Guilford Press, 144-182, Nueva York - Londres, 1992.
10. CORSI J: *Maltrato y Abuso en el Ambito Doméstico*. Paidós. Argentina, 2003.
11. COX B, ENNS M, CLARA I: Psychological dimensions associated with suicidal ideation and attempts in the national comorbidity survey. *Suicide Life-threatening Behavior*, 34(3):209-219, 2004.
12. CHAVEZ-HERNANDEZ A, MACIAS L: *El Fenómeno del Suicidio en el Estado de Guanajuato*. Gobierno del Estado de Guanajuato y Universidad de Guanajuato. Guanajuato, 2003.
13. CHAVEZ-HERNANDEZ A, MACIAS L, PALATTO H, RAMIREZ L: Epidemiología del suicidio en el estado de Guanajuato. *Salud Mental*, 27(2):15-20, 2004.
14. DE BELLIS M, BROUSSARD E, HERRING D J, WEXLER S y cols.: Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment: A pilot research study with policy implications. *Child Abuse Neglect*, 25(7):923-944, 2001.
15. DIAZ HJ: Concepto, tipología, clasificación. En: Casado J, Díaz HJ, Martínez C (comps). *Niños Maltratados*. Díaz de Santos, 9-13, Madrid, 1997.
16. DUBE S, ANDA R, FELITTI V, CHAPMAN D y cols.: Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. *J American Medicine Association*, 286(24):3089-3096, 2001.
17. DURKHEIM E: *El Suicidio*. Ed. Coyoacán. México, 2000.
18. DWONIE N, HEATH R: *Métodos Estadísticos Aplicados*. Harla. México, 1995.
19. ELLIMAN D, LYNCH MA: The physical punishment of children. *Archives Dis Child*, 83:196-198, 2000.
20. GALLO H: *Usos y Abusos del Maltrato: una Perspectiva Psicoanalítica*. Editorial Universidad de Antioquía. Colombia, 1999.
21. GONZALEZ-FORTEZA C, BORGES G, GOMEZ CC, JIMENEZ TA: Los problemas psicosociales y el suicidio en jóvenes. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19(supl.):33-38, 1996.
22. HAMARMAN S, BERNET W: Evaluating and reporting emotional abuse in children: Parent-based, action-based focus aids in clinical decision-making. *J American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 39(7):928-930, 2000.
23. HAUGAART J: Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Bipolar disorders. *Child Maltreatment*, 9(2):131-138, 2004.
24. HAUGAART J: Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Borderline personality disorders. *Child Maltreatment*, 9(2):139-145, 2004.
25. HAUGAART J: Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Reactive attachment disorder. *Child Maltreatment*, 9(2):154-160, 2004.
26. HAUGAART J: Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Schizophrenia. *Child Maltreatment*, 9(2):161-168, 2004.
27. HAUGAART J: Recognizing and treating uncommon behavioral and emotional disorders in children and adolescents who have been severely maltreated: Somatization and other somatoform disorders. *Child Maltreatment*, 9(2):169-176, 2004.
28. HAWTON K, HOUSTON K, MALMBERG A, SIMKIN S: Psychological autopsy interviews in suicide research: the reactions of informants. *Archives Suicide Research*, 7:73-82, 2003.
29. HIGGINS D: The importance of degree versus type of maltreatment: a cluster analysis of child abuse types. *J Psychology*, 138(4):303-324, 2004.
30. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA: *Estadísticas de Intentos de Suicidios y Suicidios Consumados*. Cuadernos 1 y 7. INEGI. México, 1995-2001.
31. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA: *Suicidios Registrados por Entidad Federativa de Ocurrió Segundo Causa, 2002 y 2003*. Actualización, 16 de agosto, 2004.
32. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA: *Porcentaje de Menores Atendidos por Maltrato Infantil Segundo Tipo de Maltrato, por Entidad Federativa, 2001 - 2003*. Actualización, 23 de marzo, 2004.
33. JIMENEZ RI: La autopsia psicológica como instrumento de investigación. *Revista Colombiana Psiquiatría*, 30(3):271-276, 2001.
34. JIMENEZ TA, GONZALEZ-FORTEZA C: Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud Mental*, 26(6):35-46, 2003.
35. KAPLAN S, PELCOVITZ D, LABRUNA V: Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 38(10):1214-1222, 1999.
36. LOREDO A: *Maltrato en Niños y Adolescentes*. Editores de Textos Mexicanos. México, 2004.
37. MONDRAGON L, BORGES G, GUTIERREZ R: La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 24(6):4-15, 2001.
38. MORALES JM, COSTA M: Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil. En: Casado J, Díaz HJ, Martínez C (comps). *Niños Maltratados*. Díaz de Santos, 309-324, Madrid, 1997.
39. MORENO MJ: Maltrato infantil: análisis diferencial entre el abandono físico y el emocional. *Psicología Salud*, 14(2):215-227, 2004.
40. NUÑEZ DA: La autopsia. *Cooperación Técnica Alemana*. Sucre, Bolivia, 2005.
41. ORBACH I, GLAUBMAN H: Suicidal, aggressive and normal children's perception of personal and impersonal death. *J Clinical Psychology*, 34(4):850-857, 1978.
42. RAE (Real Academia de la Lengua Española). Diccionario recuperado de <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm> en abril, 2006.
43. RODRIGUEZ A, GARCIA M, CIRIACOS C: Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Rev Med Uruguay*, 21:141-150, 2005.
44. ROY A: Relationship of childhood trauma to age of first suicide attempt and number of attempts in substance dependent patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(2):121-125, 2004.
45. SANMARTIN J: *Violencia Contra Niños*. Ariel. Barcelona, 2005.
46. SANTANA-TAVIRA R, SANCHEZ-AHEDO R, HERERA-BASTO E: El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública Mexicana*, 40(1):58-65, 1998.
47. SAUTU R: Las formas abiertas y sutiles de maltrato a niños. *Papeles Población*, 40:213-246, 2004.
48. SHNEIDMAN E: *Autopsy of a Suicidal Mind*. Oxford University Press. Nueva York, 2004.

49. SSA (Secretaría de Salud): *Mortalidad por Suicidio. Principales Causas de Mortalidad General*. México 2001.
50. SUSSER M: *Conceptos y Estrategias en Epidemiología*. Fondo de Cultura Económica. México, 1991.
51. TERROBA G, HEMAN A, SALTJERAL MT, MARTINEZ P: Factores clínicos y sociales asociados con el parasuicidio y con el suicidio consumado. *Salud Mental*, 9(1):74-80, 1986.
52. TERROBA G, SALTJERAL M T: La autopsia psicológica como método para el estudio del suicidio. *Salud Pública Mexicana*, 25:285-293, 1983.
53. VALDEZ R, JUAREZ C: Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental*, 21(6):1-10, 1998.
54. VELASCO S, PUJAL L: Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. *Athenea Digital*, 7:133-147, 2004.
55. VIDAL L, PEREZ E, BORGES S: Algunas consideraciones sobre la autopsia psicológica. *Psicología.com*, 10(1), 2006.
56. WIDOM C: Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American J Psychiatry*, 156: 1223-1229, 1999.
57. WORKMAN C, PRIOR M: Depression and suicide in young children. *Issues Compr Pediatric Nurs*, 20(2):125-132, 1997.
58. ZHANG J, WIECZOREK W, JIANG C, ZHOU L y cols.: Studying suicide with psychological autopsy: social and cultural feasibilities of the methodology in China. *Suicide Life-Threatening Behavior*, 32(4):370-379, 2002.

**RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA**
Autoevaluación

1. E
2. D
3. C
4. C
5. E
6. D
7. E
8. D
9. A
10. C
11. C
12. B