



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

Negligencia infantil y suicidio por dolor psicológico

Clara Galeazzi
40221441

Tutor a cargo: Lic. Emiliano Polcaro

Índice

1- Resumen.....	3
2- Introducción.....	4
2.1- Presentación del tema.....	4
2.2- Problema de investigación	5
2.3- Pregunta de investigación	5
2.4- Relevancia de la temática.....	5
3- Objetivos generales y específicos.....	5
4- Alcances y límites.....	6
5- Antecedentes.....	7
6- Estado del arte.....	19
7- Marco teórico.....	34
8- Metodología.....	51
9- Desarrollo.....	52
9.1- Articulación entre las necesidades básicas del niño y las necesidades psicológicas.....	52
9.2- Discusión: Negligencia infantil y dolor psicológico, una mirada del suicidio.....	64
10- Conclusión.....	66
11- Referencias Bibliográficas.....	67

1- Resumen

El presente trabajo desarrolla dos problemáticas en salud y sociales a nivel mundial: el suicidio y la negligencia infantil. El objetivo es encontrar las relaciones entre ambas, con la idea de que el suicidio puede ser una consecuencia a largo plazo de la negligencia infantil, causado por dolor psicológico, proveniente de la insatisfacción de determinadas necesidades básicas. Las teorías utilizadas son la de Edwin Shneidman y Howard Dubowitz, quienes afirman que el elemento principal tanto del suicidio como de la negligencia infantil es el psicológico.

Palabras claves: suicidio, dolor psicológico, necesidades psicológicas, necesidades básicas del niño, perturbación y letalidad.

2- Introducción

2.1- Presentación del tema

Es innegable que establecer vínculos afectivos seguros y satisfacer las necesidades emocionales básicas del niño son condiciones indispensables para asegurar su bienestar y permitirle un desarrollo sano. Es también innegable que dichas funciones están en manos, generalmente, de las figuras paternas y la familia primaria. Pero las relaciones familiares, y las relaciones padres-hijos en particular, incluyen, aún siendo positivas, un cierto grado de ambivalencia, conflicto y dificultades (Arruabarrena, 2011).

El maltrato infantil se refiere al abuso 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. Existen 4 tipos principales de maltrato infantil: la negligencia, el abuso físico, el abuso psicológico y el abuso sexual (OMS, 2020).

La negligencia, también llamada negligencia infantil, ocurre cuando las necesidades básicas del niño no son satisfechas de la manera adecuada. Dubowitz, Litrownik, Newton y Lewis (2005) plantean la existencia de 12 necesidades básicas del niño: alimento, higiene personal, cuidado en salud, cuidado en salud mental, protección ante posibles riesgos y peligros domésticos, soporte emocional y afectivo, seguridad y guía parental, estimulación cognitiva, relación estable con cuidador, estabilidad de vivienda, protección ante posibles conflictos y violencia familiar, y protección ante posible inseguridad y violencia comunitaria/vecinal.

Estas necesidades básicas podrían relacionarse con la teoría de las necesidades de Henry Murray, quien define a la necesidad como una tensión interna, tanto viscerogénica (biológica, proveniente del cuerpo, como por ejemplo la necesidad de alimento a causa del hambre) o psicológica (como la necesidad de afecto, de poder, ambición, o material) (Murray, 1981).

Ahora bien, Edwin Shneidman, padre de la suicidología, afirma que el suicidio es un evento multifacético, en el cual se interrelacionan, en diferentes grados, elementos biológicos, culturales, sociológicos, interpersonales, intrapsíquicos, lógicos, conscientes, inconscientes y filosóficos. De todas maneras, desde el abordaje psicológico de Shneidman, el elemento principal del suicidio es el intrapsíquico, ya que cada suicidio ocurre en la mente del sujeto (Shneidman, 1993). Basándose en Murray, esto se debe a que el propósito de todo suicidio es responder a determinadas necesidades psicológicas. Se define el suicidio entonces, como un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendido como un malestar multidimensional (sentimiento general de malestar) en un individuo *necesitado* que define un problema para el cual el suicidio

se percibe como la mejor solución. En otras palabras, frente a la insatisfacción de ciertas necesidades psicológicas, el hombre experimentará dolor psicológico o *psychache*, es decir un dolor, agonía, angustia y daño profundo e insoportable en el psiquismo, en la mente. Desde este abordaje, es el dolor psicológico acompañado de otros elementos lo que llevará al sujeto a suicidarse.

2.2- Problema de investigación

La negligencia infantil constituye una problemática social y en salud a nivel mundial. La insatisfacción de necesidades básicas tiene consecuencias a largo plazo en el desarrollo físico, intelectual y cognitivo, emocional y psicológico, social y conductual del sujeto (DePanfilis, 2006).

Si bien es sabido que el riesgo de suicidio se encuentra dentro de las consecuencias emocionales, psicosociales y conductuales de la negligencia infantil (DePanfilis, 2006), no hay gran cantidad de estudios que relacionen directamente la insatisfacción de necesidades básicas infantiles con el surgimiento a largo plazo de dolor psicológico y suicidio a través de la teoría de Shneidman.

2.3- Pregunta de investigación

¿Qué relaciones existen entre la negligencia infantil y el suicidio por dolor psicológico?

2.4- Relevancia de la temática

La OMS (2020) afirma que hasta 1 billón de niños de 2 a 17 años fueron víctimas de negligencia, abuso físico, abuso psicológico y/o abuso sexual en el período entre 2019 y 2020. En cuanto al suicidio, también constituye un grave problema de salud pública mundial, ya que se estima que 703.000 personas mueren por suicidio cada año (OMS, 2021). Es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, ya que hay más muertes por suicidio que por malaria, VIH / SIDA, cáncer de mama, guerras y homicidios. Por ejemplo, en el año 2019 más de una de cada 100 muertes fueron resultado del suicidio.

El presente trabajo pretende abarcar ambas problemáticas mundiales y aportar un enfoque psicológico más por el cual la negligencia infantil podría causar el suicidio a largo plazo.

3- Objetivo general

-Encontrar las relaciones entre la negligencia infantil y el suicidio por dolor psicológico.

Objetivos específicos

-Explorar las relaciones entre las necesidades básicas del niño y las necesidades psicológicas de Murray dentro de la teoría de Shneidman.

-Analizar de qué manera la insatisfacción de necesidades básicas del niño puede causar dolor psicológico y suicidio a largo plazo.

4- Alcances y límites del trabajo

En el presente trabajo se abordará el concepto de suicidio desde un enfoque psicológico basado en la clínica, más específicamente desde la teoría de Edwin Shneidman, quien conceptualiza al dolor psicológico como su causa principal. Por este motivo, no se evaluarán otras causas del suicidio. Si bien se toman en cuenta los elementos biológicos, culturales, sociológicos, interpersonales, filosóficos y meteorológicos del suicidio, el foco principal se otorgará al elemento intrapsíquico.

La negligencia infantil será conceptualizada como un tipo de maltrato infantil, por lo que, aunque se relacione con este por ser uno de los 4 tipos de maltrato, el trabajo se focalizará únicamente en la negligencia como insatisfacción de necesidades del niño. La misma será desarrollada desde una perspectiva ecológica, es decir multifactorial, enfocándose únicamente en las causas y consecuencias a largo plazo de índole psicológico.

5- Antecedentes

Suicidio

La filosofía se caracteriza por ser el conjunto de saberes que pretende establecer racionalmente los principios generales que organizan y orientan el conocimiento de la realidad, así como el sentido del obrar del hombre. Es la primera en ocuparse del suicidio de manera crítica, mediante el cuestionamiento de las causas, implicaciones y problemáticas en dicho acto (Ortega González, 2018). Puede ser considerado necesario realizar un recorrido histórico a través de los diferentes pensamientos y reflexiones de pensadores de diversas épocas para comprender las conceptualizaciones actuales, en particular la concepción que se tiene desde la psicología.

Se comenzará en la Antigua Grecia con los grandes pensadores de la época, Platón, Aristóteles, Séneca y Hegesias de Cirene.

Platón (427-347 a.C.) fue un gran filósofo y matemático griego, discípulo de Sócrates y maestro de Aristóteles. En su obra *Fedón* (trad. 1871), se narran los últimos momentos de Sócrates antes de cumplir su condena, que consistía en quitarse la vida. Al conversar con sus discípulos acerca de la vida que debe llevar un filósofo y de la inmortalidad del alma, Sócrates afirma que el acto del suicidio es ilícito si se toma como un medio para alcanzar la verdad de manera directa. Para hallarla, es necesario primero adquirir el conocimiento a través de la filosofía, y solo en ese entonces es válido intentar alcanzar la verdad. Por esto, según Sócrates el suicidio es permitido en los casos de personas que filosofaron toda su vida (Ortega González, 2018).

Por su parte, Platón, su discípulo, se opone al suicidio en su obra *Las Leyes* (trad. 1999). Aquel que se mata a sí mismo, sostiene el filósofo, está impidiendo el cumplimiento de su destino, aplicándose un castigo injusto causado por pereza, cobardía y falta de hombría (Platón, trad.1999).

Coincidiendo con su maestro, Aristóteles (384-322 a. C.) también consideraba que el suicidio era un crimen contra la propia vida, además de ser una expresión de cobardía y deshonra personal. Pero además, sostiene que el acto suicida es un atentado no solo contra el individuo, sino además contra la ciudad y la sociedad. Como es bien sabido, en la antigua Atenas se consideraba que cada persona era responsable del bienestar de los individuos de la comunidad a la que pertenecía y, por ello, cada uno tenía la obligación de desarrollar al máximo sus facultades.

El historiador, filósofo y político Séneca (4 a.C. - 65) mantiene una postura contraria a la de Aristóteles, afirmando que la mejor cosa que ha hecho la ley eterna dictada por los dioses es haberles otorgado a los hombres sólo una entrada a la vida y, sin embargo, miles de salidas,

siendo una de ellas el suicidio (Ortega González, 2018). En su carta LXX (trad. 1943) reflexiona sobre el suicidio, y explica que es un acto de libertad al que se *puede* recurrir si se presentan muchas molestias que aturden nuestra tranquilidad. Asimismo, plantea Séneca, si la muerte es inevitable en todos los seres vivos, entonces no puede ser un mal que tengamos que evitar a toda costa. Lo verdaderamente importante no es preocuparnos de cuándo vamos a morir, sino la forma en cómo morimos:

Por otra parte, bien sabes que no es forzoso conservar la vida, pues lo importante no es vivir mucho sino vivir bien. Así, es que el sabio vive lo que debe y no lo que puede. Examinará dónde, cómo, con quién, por qué debe vivir; lo que será su vida, no lo que pueda durar. Si concurren circunstancias que le aflijan y turben su sosiego, dejará la vida; y no ha de esperar al último extremo para abandonarla, sino que el primer día en que empiece a desconfiar de la fortuna, deberá ser el último para él, aunque no sin pensarlo cuidadosamente. Darse la muerte o recibirla, acabar un poco después o un poco antes, ha de ser para él enteramente lo mismo; no hay en eso nada que pueda espantarlo. ¿Qué importa perder lo que se nos va escapando gota a gota? Morir más pronto o más tarde es cosa indiferente; lo importante es morir bien o mal (Séneca, trad. 1943, p. 217).

El propio Séneca se suicidó cortándose las venas de sus brazos y piernas en una bañera caliente, mientras dialogaba con sus discípulos, quienes escucharon sus enseñanzas hasta su fin.

Por último, el filósofo griego Hegesias de Cirene fue conocido por sus recomendaciones o persuasiones a sus discípulos para que se suicidaran. Se oponía al fundamento principal de la escuela cirenaica que afirmaba que el placer es el objetivo universal del hombre, que el goce es la finalidad de la vida. Hegesias se percató que en realidad son pocos los placeres que uno tiene en la vida y, por el contrario, son más los dolores que nos aquejan, y que además pueden llegar a ser más intensos que el placer. Si esto es cierto, entonces cualquier persona que pretenda buscar los placeres caerá irremediabilmente en el pesimismo, ya que nunca encontrará el goce en las cosas para siempre. De esta manera, Hegesias sostiene que la felicidad es absolutamente imposible dado que tanto el cuerpo como el alma del hombre presentan innumerables dolores que no impiden la realización de sus esperanzas y deseos (Ortega González, 2018).

A continuación, en la Edad Media, después de la caída del Imperio romano de Occidente, se instaura el cristianismo como la religión oficial con la llegada al poder del emperador Teodosio I, marcando el inicio de una nueva etapa en la historia de la humanidad. Se podría plantear que el cristianismo cambió para siempre el pensamiento del hombre. El dominio ideológico y moral del clero sobre la sociedad fue simplemente avasallador. Ninguna otra religión tuvo el éxito, ni ganó tanto terreno para imponer una ideología que sistematice la forma de vida de todos como lo ha hecho el cristianismo (Ortega González, 2018). Todos los conceptos e ideas del pensamiento griego cambiaron de manera radical: la concepción del ser, del sentido, de la historia, de la vida, del tiempo y espacio, los valores. Las instituciones intelectuales pasaron a promover el pensamiento trascendental sobre el natural, introduciendo ideas místicas y espirituales con el objetivo de escindir al ser humano de la naturaleza.

Ahora bien, ¿qué tiene que ver esto con el suicidio? El cristianismo propone una ruptura entre el mundo natural griego y el celestial, proclamando la trascendencia de la muerte y el alcance de la eternidad en otro mundo. Es cierto que la aceptación de la muerte física y negación de la muerte espiritual no es algo que surgió con el cristianismo, pero la diferencia es que garantiza la vida eterna en otro plano, prometiendo un mundo mejor que *solamente* es alcanzable con el cumplimiento de una serie de reglas (mandamientos, leyes divinas, tributos, etc.). De esta forma, la muerte es la “piedra angular” que sostiene a todo el pensamiento de la religión cristiana y a todas aquellas religiones que prometen una mejor vida más allá de lo terrenal, generando miedo y ofreciendo una solución. Uno se podría atrever a pensar que, si no existiera la muerte, simplemente se terminarían las religiones como las conocemos, ya que justamente es la plataforma que le otorga poder a las instituciones religiosas.

En las Sagradas Escrituras de la Biblia Cristiana se defiende la idea de que el ser humano se encuentra bajo la voluntad de Dios, siendo él quien da vida y muerte a todo el universo. De esta manera, el hombre queda ajeno a su propia vida, y al no ser dueño de la misma, no debe hacerse ningún daño: Dios es el único que la puede quitar. Por este motivo, durante la Edad Media, a partir del año 542, la Iglesia castiga a los suicidas principalmente de tres formas: la condena eterna al infierno a través de la no absolución del cuerpo del suicida; el daño al cadáver del suicida (descuartizándolo y quemándolo en público); y el retiro de los bienes o pertenencias del suicida dejando sin propiedades a los familiares.

Uno de los pensadores más representativos de la Iglesia es el filósofo Agustín de Hipona (354-430), mejor conocido como san Agustín. En su obra *La ciudad de Dios* (trad.1988) se manifiesta en contra del suicidio planteando lo siguiente:

Si a ninguno de los hombres es lícito matar a otro de propia autoridad, aunque verdaderamente sea culpado, porque ni la ley divina ni la humana nos da facultad de quitarle la vida; sin duda que el que se mata así mismo también es homicida (...) (San Agustín, 1988, XVII, p. 19).

Santo Tomás de Aquino (1225-1274) es otro de los grandes pensadores de la Iglesia Católica, asumiendo la misma postura que san Agustín y pensando que el suicidio es ir en contra de la ley divina. En su magna obra, *Suma Teológica* (trad.1995), expresa que suicidarse es absolutamente ilícito por tres razones. La primera se basa en el supuesto de que todo ser se ama naturalmente a sí mismo, por lo que conserva su existencia y se resiste frente a lo que puede hacerle daño. Así, el que alguien se dé muerte va en contra de la inclinación natural, constituyéndose el suicidio como un pecado mortal. La segunda razón se basa en que, como cada parte pertenece al todo, un hombre es parte de su comunidad, por lo que, basándose en Aristóteles, Santo Tomás concibe al suicidio como un acto en contra de la misma. La tercera razón es que el hombre se encuentra sujeto a su divina potestad, quien da muerte y vida, por lo que matarse a sí mismo no es una elección que el hombre puede tomar por sí mismo (Santo Tomás de Aquino, 1995).

En resumen, tanto san Agustín como santo Tomás rechazan toda forma de autodestrucción del ser humano fiel a la religión cristiana.

Queda claro que el suicidio se concibe como un pecado, ¿pero qué explicación ofrece el cristianismo para este tipo de actos? En general, toda la sociedad europea medieval estaba sujeta por el pensamiento de la Iglesia, por lo que cualquier explicación de la naturaleza estaba vinculada a Dios. En el caso de las conductas desviadas o atípicas, siempre eran interpretadas desde el marco teológico. Así, si un sujeto mostraba intenciones de suicidarse, se creía que estaba poseído por un espíritu maligno que provocaba que se diera muerte a sí mismo. En general, se pensaba que las personas carecían de un vínculo hacia Dios eran más vulnerables a estos ataques.

La disciplina encargada para identificar estas conductas anómalas y su tratamiento adecuado era la demonología, que tenía por objetivo el estudio de la naturaleza de los demonios. Estaba a cargo de los clérigos, quienes resolvían el problema a través de castigos físicos y tortura para lograr la expulsión de los espíritus demoníacos.

Sin embargo, a fines del siglo XVI y principios del XVII, se empezaron a abandonar las explicaciones de las supuestas posesiones demoníacas, dando lugar a la interpretación de conductas anormales basada en causas biológicas.

En la Edad Moderna, en el siglo XVIII, todas aquellas personas con antecedentes de intentos de suicidio eran enviadas lejos de la ciudad, con el fundamento de que podían constituir un peligro para la población. Más adelante, se las empezó a reclutar en cárceles junto a verdaderos criminales: el suicidio se había catalogado e igualado como un acto delictivo. Las personas suicidas pasan de ser pecadores a criminales, y el suicidio pasa a ser un encargo no de Iglesia, sino del área jurídica y legal.

El filósofo y político francés Montesquieu (1689-1755), realiza una crítica a las leyes que castigaban el suicidio. Descubrió que algunas personas que se suicidaban no lo hacían como una consecuencia de su locura o desorden mental, sino que existía también el suicidio por muerte voluntaria o por desórdenes físicos corporales. Por esto, Montesquieu propone concebirlo no como una consecuencia de la locura, sino como un *problema por sí mismo*, con sus propias características complejas. De esta manera, al contar con un amplio espectro causal, no debería castigarse legalmente en todos los casos.

El filósofo alemán Arthur Schopenhauer (1788-1860), plantea una visión diferente a todas las planteadas hasta el momento. Afirma que el suicidio es una manifestación de plena libertad del individuo y de amor hacia la vida. De este modo, aquel que se suicida es el que mejor entiende el significado de la vida y su forma de expresión. En *El mundo como voluntad y representación* (trad. 2013), Schopenhauer escribe:

El suicidio, lejos de negar la voluntad de vivir, la afirma enérgicamente. Pues la negación no consiste en aborrecer el dolor, sino los goces de la vida. El suicida ama la vida; lo único que le pasa es que no acepta las condiciones en que se le ofrece. Al destruir su cuerpo no renuncia a la voluntad de vivir, sino a la vida. Quiere vivir, aceptaría una vida sin sufrimientos y la afirmación de su cuerpo, pero sufre indeciblemente porque las circunstancias no le permiten gozar de la vida. La voluntad de vivir se encuentra tan cohibida en el fenómeno de su individuo aislado, que no puede desplegar su vuelo. (Schopenhauer, 2013, p. 394)

De esta manera, el suicidio conlleva un “doble movimiento”: un reconocimiento verdadero del valor de vivir, acompañado de la comprensión de que no se consiguió, por cualquier razón que sea, hacerlo de la mejor manera. Según Schopenhauer, el suicidio es el acto más sublime del querer del ser humano, un acto de total sumisión a la voluntad de vivir, y no su negación.

En el siglo XIX, surge una de las teorías científicas más revolucionarias de la historia: la Teoría de la Evolución de Charles Darwin (1809-1882). En 1859, el naturalista, etólogo, geólogo y

filósofo inglés publicó su obra *El origen de las especies* (trad. 1921), cambiando por completo la concepción de la historia de la humanidad y de todas las especies de la Tierra. Su tesis es que las poblaciones de las especies evolucionan durante el transcurso de generaciones mediante un proceso que denomina selección natural. Darwin sostiene que todas las especies provienen de especies preexistentes y todas comparten un ancestro común. En relación con el mismo, cada especie posee un conjunto de diferencias heredables propio que se acumula durante millones de años.

La selección natural es el proceso mediante el cual las poblaciones de organismos vivos se adaptan y cambian (National Geographic Society, 2019). Los individuos de una población son naturalmente variables, lo que significa que algunos tienen rasgos que se adaptan mejor al medio ambiente que otros. Darwin descubre que los individuos con rasgos adaptativos (rasgos que les dan alguna ventaja) tienen más probabilidades de sobrevivir y reproducirse. Así, estos individuos luego transmiten estos rasgos adaptativos a su descendencia. Con el tiempo, estos rasgos ventajosos se vuelven cada vez más comunes en la población. En otras palabras, inspirándose en Thomas Malthus, Darwin demuestra científicamente la *supervivencia del más apto*.

En la actualidad, se sabe que la “variación” de los individuos de una población es producto de variación genética, es decir de mutaciones, recombinaciones y alteraciones de la organización interna de los cromosomas. En ese momento, no se conocía la existencia de los genes, faltarían 25 años para que comenzaran a estudiarse. Las mutaciones pueden ser aleatorias (por ejemplo, cuando las células que se replican cometen un error al copiar el ADN) o suceder como resultado de la exposición a algo en el medio ambiente, como sustancias químicas nocivas o radiación. Es con esta base junto a la selección natural de Darwin que las especies evolucionan hoy en día.

Ahora bien, ¿qué impacto tiene este descubrimiento sobre el suicidio? En primer lugar, hay que entender que el trabajo de Darwin avasalló la creencia de que el ser humano es producto de un diseñador divino, por lo que la idea de un Dios todopoderoso dueño de la vida y muerte del hombre se pone en tela de juicio. El *Homo Sapiens* es solamente una de las millones de especies del planeta Tierra, y nuestros ancestros son los primates. En segundo lugar, en el momento en que la teoría de la evolución explica por qué algunas especies sobreviven y otras no, y que los organismos compiten por la supervivencia, surge la idea de que *sobrevivir* es lo más importante.

Otra gran figura del siglo XIX es el psiquiatra francés Esquirol (1772-1840). Sus aportes y estudios estadísticos sobre el suicidio son elementales para el comienzo de su concepción dentro del área de la medicina, alejándose del ámbito legal y jurídico de épocas anteriores.

Tras años de investigación clínica, Esquirol sostiene que el suicidio no es una enfermedad *sui generis* (como planteaba Montesquieu), sino que es un síntoma de alienación mental relacionada

con determinadas enfermedades. En su obra *Mental Maladies: A Treatise on Insanity* (1845), Esquirol escribe: “No pertenece a mi tema tratar el suicidio en sus relaciones jurídicas, ni, en consecuencia, de su criminalidad. Debo limitarme a demostrar que es uno de los temas más importantes de la medicina clínica” (Esquirol, 1845, p254).

Su teoría se basa en que el suicidio está íntimamente relacionado con las pasiones del hombre. En determinadas enfermedades mentales como el delirium, la melancolía, la hipocondría, la manía y la nostalgia, se generan perturbaciones afectivas correspondientes que conducen al hombre a cometer actos irracionales, en contra de sus instintos e intereses.

(...) Las pasiones, cuando son fuertemente excitadas, siempre producen perturbaciones, ya sea en el organismo o en la comprensión del hombre. Cuando el alma se conmueve fuertemente, por un afecto violento e inesperado, se pervierten las funciones orgánicas, se altera la razón, el individuo pierde la conciencia de sí mismo... (Esquirol, 1845, p256)

Como ya se mencionó, en sus estudios clínicos Esquirol observa que ciertas enfermedades conllevan ciertas perturbaciones en las pasiones del hombre, que terminan conduciendo al suicidio. Por ejemplo, cuando los maníacos (llamados así por el autor) se suicidan, lo hacen sin ningún reflejo. Esquirol (1845) plantea que suelen arrojar desde lo alto; circunstancia que prueba que obedecen a un impulso ciego. Se ven afectados por las ilusiones y perciben imperfectamente las relaciones de las cosas siendo perseguidos por el pánico y los terrores. Esquirol afirma que el hombre a quien el sufrimiento físico no deja un momento de alivio, luego de haber soportado al principio sus males con resignación, finalmente se impacienta. “Vencido por sufrimientos que lo han debilitado durante mucho tiempo, se quita la vida para poner fin a estos males intolerables” (Esquirol, 1845, p258).

Es importante resaltar que Esquirol también concibe causas sociales en el suicidio. Para él, el hombre se ve sometido a normas sociales que buscan equilibrar su comportamiento para con la sociedad (Freud se basará en estas ideas de Esquirol para desarrollar su teoría). Por esto, sostiene que la misma sociedad puede generar situaciones o pasar por determinadas épocas que ubican al sujeto en un lugar de predisposición a alteraciones afectivas. La educación, la lectura de obras que ensalzan el suicidio, el poder de la imitación, el desprecio por las opiniones religiosas, el espíritu militar, las revoluciones políticas, son todos factores que pueden llevar a la perturbación pasional.

Basándose en Esquirol desde la sociología, el filósofo y sociólogo francés Émile Durkheim (1858-1917), conceptualiza al suicidio como un fenómeno social. Al estudiar las diversas formas en las

que la organización de un grupo social impacta directamente en el desarrollo de los individuos, Durkheim sostiene que la sociedad es la encargada de integrar a sus miembros y de regular sus conductas a través del establecimiento de normas. Si ambas funciones (integración y regulación) son cumplidas, la sociedad logrará un orden estable, permitiendo el desarrollo pleno de sus individuos. En el momento en que esto no ocurre, la sociedad cae en una situación de anomia y se producen situaciones sociales patológicas. La anomia es la ausencia de un cuerpo de normas que gobiernan las relaciones de las funciones sociales. Es causada principalmente por el cambio acelerado en los sistemas de producción, el deterioro de instituciones sociales como el matrimonio, y los deseos y pasiones ilimitados del ser humano. Por lo tanto, la moral, la educación y la disciplina son de utilidad social en el sentido que organizan la vida colectiva. Durkheim considera a la anomia como un mal crónico de la sociedad moderna y el factor explicativo de la gran tasa de suicidios en Europa a finales del siglo XIX (López Fernández, 2009).

¿De qué manera impacta la anomia en los hombres? Según Durkheim, los hechos sociales son externos y coercitivos, por lo que generan una influencia en la conciencia individual de los sujetos. En el momento en que una sociedad no cumple adecuadamente con sus funciones de integración y regulación, y cae en la anomia, se genera una situación estructural y socialmente patológica que impacta en el individuo a través de la emergencia de corrientes sociales de desánimo y tristeza. De esta manera, Durkheim sostiene que la sociedad favorece la práctica del suicidio, arrastrando al sujeto a la autodestrucción.

En su obra de 1859 *El suicidio* (trad. 2008) Durkheim define al mismo como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado.” (Durkheim, 2008, p5). Propone 4 tipos de suicidio, según los niveles de integración o regulación de una sociedad.

El *suicidio egoísta* se relaciona con un déficit de integración, sucede en aquellas sociedades en las que los individuos se sienten aislados y solos. Para Durkheim, por ejemplo, el matrimonio es un gran proveedor de integración en la vida de los individuos, por lo que las tasas de suicidio son mayores en sujetos viudos o solteros.

El *suicidio altruista* se relaciona con un exceso patológico de integración. Se trata de personas tan comprometidas con la sociedad que llegan hasta a dar la vida por ella. Este sería el caso de los terroristas, por ejemplo, quienes se suicidan por una causa compartida.

El *suicidio anómico* se relaciona con un déficit de regulación por parte de la sociedad. En épocas de guerra o de crisis, por ejemplo, las normas sociales habituales dejan de tener vigencia, se desregulariza el valor de vivir. Los individuos pueden caer en la desesperación por esta falta de normas.

El *suicidio fatalista* se relaciona con el exceso de regulación. Se encuentra habitualmente en sociedades autoritarias o esclavistas, donde las normas oprimen a los individuos de manera tal que el suicidio pasa a reconocerse como el único método de escape.

Esta tipología de suicidios puede considerarse como el ejemplar pionero que dio origen a las clasificaciones contemporáneas de los comportamientos en la psicología, psiquiatría y otras disciplinas de la salud (Ortega González, 2018).

En 1896, Freud escribe *La etiología de la histeria* (trad.1991), donde plantea el origen de los síntomas en pacientes histéricos. Observa que frente a determinadas situaciones y circunstancias, independientes entre sí, los histéricos presentan los llamados “ataques histéricos”, caracterizados por estallidos de llanto, desesperación, ataques convulsivos e intentos de suicidio. Freud plantea que la histeria es un efecto retardado de larga permanencia de una emoción, producto de una vivencia sexual infantil de índole traumático (más adelante sostiene que esta vivencia sexual puede ser resultado de una fantasía, que no necesariamente debe haber ocurrido realmente). En el momento del trauma, dicha vivencia conllevó una intensidad tal que el psiquismo del sujeto no pudo tramitar, por lo que vía la represión la vivencia fue olvidada, quedando como un recuerdo inconsciente. Ahora bien, la explicación de Freud frente a los síntomas histéricos de los adultos se basa en que, frente a determinada situación que comparte lazos asociativos con la vivencia traumática, esta es nuevamente activada, por lo que el recuerdo del trauma deviene, causando los ataques histéricos, dentro de ellos el intento de suicidio. Aquí Freud le otorga al suicidio un estatuto puramente psicológico, una acción concebida como síntoma de perturbaciones psíquicas.

En la segunda mitad del siglo XX, luego de la Primera y Segunda Guerra Mundial, surgen diversas líneas de pensamiento que replantean la conceptualización del ser humano y su lugar en el mundo. Una de las más importantes es la filosofía existencialista, junto con sus ideas de libertad y responsabilidad del hombre en cada uno de sus actos.

Albert Camus (1913-1960) escribe *El mito de Sísifo* en 1942, donde plantea la filosofía de lo absurdo como una forma de interpretar lo insignificante de la vida. El mito original es parte de la mitología griega, y relata la historia de Sísifo, el héroe griego que desafía a los dioses, desencadenando su enojo y causando que lo condenaran a perder la vista y cumplir la tarea de empujar una gigantesca roca hasta la cima de una montaña, para que después la roca regrese al punto de inicio rodando cuesta abajo, por la eternidad de los tiempos. Camus retoma este mito para explicar su filosofía de lo absurdo, de cómo la pregunta fundamental de la filosofía es juzgar si la vida vale o no la pena. Lo absurdo se nos hace presente en el momento en que nos damos cuenta de que somos seres racionales viviendo en un mundo irracional, donde la única certeza es que vamos a morir, y que por más de que nos dediquemos a encontrarle un sentido a nuestra

existencia, la verdad es que no lo hay. Así, la condena de Sísifo lo lleva a encontrarse con lo absurdo, con la falta de sentido, con la realización de que no vale la pena vivir. Es en este momento donde el hombre se enfrenta al suicidio:

Un acto como éste se prepara en el silencio del corazón, lo mismo que una gran obra. (...) Matarse, en cierto sentido, y como en el melodrama, es confesar. Es confesar que se ha sido sobrepasado por la vida o que no se la comprende. (...) Es solamente confesar que eso "no merece la pena". Vivir, naturalmente, nunca es fácil. Uno sigue haciendo los gestos que ordena la existencia, por muchas razones, la primera de las cuales es la costumbre. Morir voluntariamente supone que se ha reconocido, aunque sea instintivamente, el carácter irrisorio de esa costumbre, la ausencia de toda razón profunda para vivir, el carácter insensato de esa agitación cotidiana y la inutilidad del sufrimiento. (Camus, 1951, p5-6).

Sin embargo, Albert Camus asegura que cuando Sísifo reconoce la insignificancia de su tarea y la certeza de su destino, es "liberado", tomando noción de lo absurdo de su situación y alcanzando un estado de aceptación. El hombre, sostiene Camus, debe aceptar su estado y no evadir la realidad; el suicidio siempre debe ser la última salida.

En 1949, el padre de la suicidología moderna, Edwin Shneidman, comienza a estudiar el fenómeno del suicidio a través de las notas suicidas. Define al suicidio como un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendido como un malestar multidimensional (sentimiento general de malestar) en un individuo necesitado que define un problema para el cual el suicidio se percibe como la mejor solución (Shneidman, 1993). Afirma que el elemento principal del mismo es el psicológico.

A fines de 1966, la Organización Mundial de la Salud comienza a reunir datos sobre la prevención del suicidio en diversos países, definiendo al acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, con cualquier grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil. Distingue "suicidio" de "intento de suicidio", refiriéndose al primero como un acto suicida con desenlace mortal, mientras que el segundo se trata del mismo acto cuando no causa la muerte (OMS, 1969).

Negligencia infantil

El maltrato infantil, junto con la negligencia, ocurre desde la época de la Antigua Grecia. Un niño era propiedad absoluta de su padre, quien, en el quinto día de su nacimiento, decidía si su hijo era o no parte de su familia. En caso de decidir no tomarlo como propiedad, el niño era expuesto

al pueblo en manos de esclavos o parteras, generalmente junto con joyas y objetos de valor con fines persuasivos, con la esperanza de que alguien lo rescate. Asimismo, el padre del niño no solamente tenía poder sobre su futuro en la familia, sino también sobre su propia vida. Hasta la adultez, el padre tenía derecho a matar, mutilar, vender u ofrecer a su hijo como sacrificio. De todas maneras, la ley griega prohibía la muerte de niños varones menores a 3 años, con el fundamento de que en futuro podrían contribuir en el ejército (Mason, 1972).

En la Edad Media, la Iglesia contribuye al infanticidio declarando que aquellos niños nacidos con deformaciones eran presagios del demonio o productos de relaciones entre mujeres y animales. En el siglo XIII, la ley inglesa comienza a prohibir la muerte de los niños: "Si uno golpea a un niño hasta que sangra, recordará, pero si uno lo golpea hasta matarlo, la ley se aplicará." Sin embargo, las prácticas violentas contra los niños eran promovidas, ya que en esta época primaba la concepción de que los mismos eran adultos pequeños, por lo que debían ser corregidos o potenciados mediante los golpes y castigos (Reference Series Spring, 2005).

El velo que deja en zona de oscuridad a la problemática del maltrato infantil comienza a levantarse recién en el siglo XIX, en el año 1868 cuando el médico francés Auguste Ambroise Tardieu escribe el primer libro sobre el maltrato y violencia sexual contra los menores. Se conceptualiza el "Síndrome de Tardieu" como aquel conjunto de síntomas en niños estrangulados, quemados o golpeados. De todas maneras, las investigaciones de Tardieu fueron criticadas con violencia o ignoradas por las autoridades legales y otros médicos, principalmente porque sus conclusiones y las pruebas contradecían las creencias generales y violaban el tabú que rodeaba la discusión de crímenes sexuales, como por ejemplo el incesto.

En 1874, el caso de una niña norteamericana conmueve a la opinión pública. Mary Ellen tenía 9 años y era víctima de maltrato por parte de sus cuidadores. Una vecina y trabajadora social tomó conocimiento de que esta niña recibía graves castigos físicos y presentaba un grado severo de desnutrición producto del abandono al que era sometida. Los abogados, policías y entidades de protección no tomaban la denuncia de la mujer por carecer de leyes que sancionen el maltrato consumado por los propios padres. La asistente social presentó el caso ante la Sociedad Protectora de Animales argumentando que la niña pertenecía al reino animal y como tal merecía el mismo trato adecuado. Apeló a la ley contra la crueldad hacia los animales, ganó el juicio en 1874 y el padre fue condenado por la justicia de Nueva York, Estados Unidos. A raíz de la repercusión de este caso, en 1875 se fundó en esa ciudad la Society for the Prevention of Cruelty of Children, y en 1884 la Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad al Niño (NSPCC).

En 1923 se redacta en Ginebra la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada en 1959 en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). En 1968, Helfer y Kempe describieron por vez primera el "Síndrome del Niño Apaleado", que luego se cambia por

el “Síndrome del Niño Maltratado.” En 1989 se adopta la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, donde se hace jurídicamente responsable de sus acciones hacia los niños a los estados que la ratifiquen. La Argentina ratificó la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en 1990 (Aranda, 2009).

6- Estado del arte

Suicidio

El suicidio es un problema universal y multicausal. La conducta suicida está determinada por la consecuencia de una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociológicos, así como entre efectos individuales y ambientales (Yarza, et.al, 2020).

La conducta suicida se puede expresar como un continuo que va desde la ideación, la amenaza, la planeación, y la tentativa o intento hasta el suicidio consumado (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2014). La ideación suicida se caracteriza por pensamientos, fantasías y deseos de acabar con la propia vida. La amenaza suicida implica pensamientos de involucrarse en conductas autolesivas que se verbalizan y tienen la intención de hacer que otros piensen que uno quiere morir. Por ejemplo, "si me dejas, me mataré". La planeación suicida implica tener un método, y el intento de suicidio es el acto autodestructivo con la intención de acabar con la propia vida, aunque no es fatal (Orsolini et.al, 2020).

La OMS afirma que cerca de 703.000 personas se suicidan cada año (OMS, 2021). En 2019, las principales causas de muerte a nivel mundial fueron, en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares (18.46 millones), en segundo lugar cáncer (10.08 millones), y en tercer lugar enfermedades respiratorias (3.97 millones). El suicidio es la causa número 15, con 759.028 muertes, casi el doble que las muertes por homicidio (415.179). Eso significa que el 1,3% de las muertes totales en 2019 fueron por suicidio. Sin embargo, el suicidio es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 19 años.

Los países con más casos de suicidios en 2019 fueron Groenlandia (53 muertes cada 100.000 habitantes), Lesoto (sur de África, 42/100.000), Guyana (32/100.000), Ucrania (26/100.000), Suriname (24/100.000), Zimbabwe (23/100.000) y Rusia (22/100.000). En Argentina se suicidaron 10 cada 100.000 habitantes (Ritchie, Roser y Ortiz-Ospina, 2015).

En cuanto al sexo, el suicidio es más común en hombres que en mujeres en todos los países del mundo. En 2019, se suicidaron respectivamente 13 hombres y 5 mujeres de cada 100.000 habitantes a nivel mundial.

Uno de los métodos más comunes del suicidio global es las armas de fuego, siendo responsables de aproximadamente el 8% de los suicidios. El país con más suicidios por armas de fuego es Groenlandia, con 14 muertes cada 100.000 habitantes, seguido por Estados Unidos, con 6 muertes cada 100.000 habitantes (Ritchie, Roser y Ortiz-Ospina, 2015).

Otro método muy común del suicidio a nivel mundial es la auto-intoxicación deliberada. En 1960, en Estados Unidos surgió la tercera revolución agrícola, también llamada la Revolución Verde. Se produjo un incremento de la productividad tras la adopción de nuevas prácticas y tecnologías, incluyendo el uso de fertilizantes, plaguicidas y riego por irrigación. Se estima que desde ese entonces hasta 2018 se suicidaron más de 14 millones de personas por auto-intoxicación deliberada.

Existen descubrimientos contradictorios a la hora de investigar la conducta suicida entre hombres y mujeres. Por ejemplo, las mujeres intentan suicidarse con más frecuencia, pero más hombres mueren por suicidio (Shelef, 2021). Este tipo de diferencias da lugar a la “paradoja del género” del suicidio (nótese que, en este caso, el término “género” se refiere a lo que hoy en día se denomina “sexo”). Los intentos de suicidio de las mujeres se caracterizan por un grado significativamente menor de letalidad que los de los hombres, siendo las pastillas el método más común de suicidio, mientras los hombres tienden a utilizar métodos mucho más letales como las armas de fuego o ahorcarse. Se piensa que a mayor nivel de intención de morir, más letal es el método utilizado para suicidarse, dejando menos tiempo para ser interrumpido o abandonado.

Muchos estudios buscaron explicar la brecha de los sexos en el comportamiento suicida abordando la letalidad, lo que sugiere que las mujeres sobreviven a los intentos de suicidio con más frecuencia que los hombres porque usan medios menos letales, y sus resultados son menos letales en comparación con los hombres, incluso cuando usan el mismo método (Freeman, et.al, 2017). Se han sugerido diferentes teorías para explicar estas diferencias entre los sexos, como por ejemplo que el estereotipo de que los hombres son "duros" y "fuertes" no permite el fracaso, lo que quizás genera que los hombres seleccionen un método de suicidio más violento y letal. Otra es que las mujeres, a quienes se les permite (en términos de aceptación social) la opción de expresar su vulnerabilidad y pedir ayuda, tienen menos probabilidad de suicidarse. Desde un punto de vista similar, puede creerse que los hombres luchan más que las mujeres con el sentido de pertenencia y tienden a abandonar más frecuentemente las relaciones significativas que constituyen una parte de su identidad que las mujeres. Asimismo, la percepción de ser una carga para la familia y los amigos parece ser más dominante entre los hombres, y, por más de que hoy en día esto este cambiando, los hombres generalmente se relacionan con el rol de principal proveedor financiero de la familia. Considerando todos estos puntos, se explica por qué los hombres se suicidan más que las mujeres. Se abre entonces un interrogante: considerando que mundialmente la mujer esta adoptando un nuevo rol dentro de la familia y en la economía familiar, ¿habrá cambios a futuro con la cantidad de suicidios entre ambos sexos?

En cuanto a la edad, el grupo con más suicidios a nivel mundial en 2019 fue el de 70 años o mayores, con 25 muertes cada 100.000 habitantes. El segundo grupo fue el de aquellos entre 50 y 69 años, con 14/100.000, seguido por los individuos entre 15 y 49 años, con 11/100.000. De 5

a 14 años el promedio fue de 0.64/100.000 habitantes. Los intentos de suicidios son más comunes en adolescentes y en adultos jóvenes.

Se piensa que los adultos mayores son la población con más casos de suicidio por varios motivos. En primer lugar, por los trastornos mentales como el trastorno bipolar, la depresión, trastornos por consumo de sustancias (tanto alcohol como drogas), esquizofrenia, trastornos de ansiedad y trastorno de estrés postraumático. Asimismo, esta población puede presentar trastornos neurocognitivos como el delirium, acompañados de la enfermedad de Alzheimer o Huntington. En segundo lugar, en su Teoría Interpersonal del Suicidio, Joiner enfatiza el impacto de la desconexión social en los pensamientos y comportamientos suicidas. De acuerdo con esta teoría, la ideación suicida es el resultado de sentimientos de pertenencia frustrada y el hecho de percibirse a sí mismo como una carga. Las personas mayores experimentan varias situaciones de estrés y experiencias sociales adversas, como la jubilación, el enviudamiento, la falta de nuevas relaciones íntimas y la muerte de personas cercanas (Conejero, Olié, Courtet y Calati, 2018). En tercer lugar, otro grupo de factores que aumentan el riesgo de suicidio en la tercera edad tiene que ver con la toma de decisiones y la deteriorada capacidad para medir consecuencias a largo plazo. Esto se relaciona con la solución de problemas y el sentimiento de soledad. El dolor físico constituye un cuarto motivo por el cual esta población presenta grandes porcentajes de suicidios. Existe evidencia que la conducta suicida se asocia con discapacidad funcional y condiciones físicas específicas como cáncer, trastornos neurológicos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedad hepática, trastornos genitales masculinos y artritis/artrosis. Un quinto motivo se relaciona con el dolor psicológico, concepto que se abordará más adelante.

A pesar de las tasas de suicidio más bajas entre los grupos de edad más jóvenes, como ya se mencionó, el suicidio es la cuarta causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años en todo el mundo (OMS, 2021). Se distinguen varios factores de riesgo de suicidio en la adolescencia y juventud. Uno de ellos es el factor psicológico, que incluye trastornos mentales. Del total de adolescentes que consuman el suicidio, más del 90% sufren de un trastorno mental asociado en el momento de su muerte y más del 50% tenían un trastorno psiquiátrico en los últimos 2 años (Vargas y Saavedra, 2012). Según los autores, los trastornos depresivos ocurren en 49 a 64% de adolescentes que consuman el suicidio, siendo esta la condición más prevalente. En las mujeres, la presencia de depresión mayor es el factor de riesgo más significativo, seguido del intento suicida previo. En contraste, un intento suicida previo es el predictor más importante en adolescentes varones, seguido por depresión, abuso de sustancias y conducta disruptiva. Otros factores de riesgo en la conducta suicida adolescente son los trastornos de alimentación, los trastornos de personalidad, trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias, la orientación sexual, un historial familiar de suicidio, de violencia doméstica, abuso infantil o negligencia, la falta de apoyo social y el acceso a medios letales (Conejero, Olié, Courtet y Calati, 2018).

El bullying juega un papel muy importante a la hora de aumentar el riesgo de suicidio en adolescentes. El mismo se caracteriza por ser un hábito repetido y recurrente de perpetrar agresión contra un individuo donde necesariamente existe un desequilibrio de poder entre la víctima y el perpetrador (Gunn y Goldstein, 2017). Los autores afirman una fuerte asociación entre el bullying y comportamientos relacionados con el suicidio. En un estudio realizado con estudiantes de secundaria, la ideación y los intentos de suicidio fueron significativamente más frecuentes entre las víctimas, los acosadores-víctimas y los acosadores, con tasas más altas que en jóvenes no involucrados en situaciones de bullying (Gunn y Goldstein, 2017).

En otro estudio, en una muestra de escolares de secundaria en Australia, los investigadores examinaron las relaciones entre el acoso escolar, el apoyo social percibido y la ideación suicida. Aquellos que informaron haber sido víctimas de acoso y percibir que sus apoyos sociales eran limitados tenían más probabilidades de experimentar ideación suicida que aquellos que no fueron víctimas de acoso y que percibieron una falta de apoyo social (Gunn y Goldstein, 2017).

Otros puntos de vista sugieren que el bullying por sí solo, sin otros factores de riesgo, puede no dar lugar a conductas suicidas. Utilizando datos de observación de autopsias psicológicas de jóvenes que se suicidaron en Toronto entre 1998 y 2011, Sinyor, Schaffer y Cheung (2014) encontraron que, si bien el bullying estuvo presente en algunos de los suicidios (6,4 %), hubo otros factores contribuyentes que estuvieron presentes con mayor frecuencia: conflicto con los padres (21,3 %), problemas de pareja (17,0 %), problemas académicos (10,6 %) y problemas penales y/o legales (10,6 %).

Dentro de los factores psicosociales del suicidio a nivel general, el maltrato infantil es uno de los puntos más importantes. Cada vez más evidencia sugiere que el maltrato infantil está fuertemente asociado con autolesiones, comportamientos suicidas, menor resiliencia a los problemas de salud mental y mayor impulsividad, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (Angelakis, Austin y Gooding, 2020). Además, estas personas pueden involucrarse en comportamientos que afectan negativamente su salud, incluido el comportamiento sexual riesgoso o el uso de drogas y/o alcohol. Por lo tanto, las experiencias de maltrato infantil contribuyen significativamente a los costos sociales al aumentar las necesidades de atención de salud mental y física para quienes han sufrido abuso y negligencia.

El factor de riesgo más importante en los intentos de suicidio y/o el suicidio consumado es la presencia de un trastorno mental (Angelakis, Austin y Gooding, 2020). El suicidio es la primera causa de mortalidad en las enfermedades psiquiátricas y el 90% de los pacientes que se suicidan tienen algún tipo de enfermedad o trastorno mental.

El *trastorno depresivo mayor* es el trastorno mental más asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. En este trastorno, 5 o más de los siguientes síntomas deben haber estado presentes casi todos los días durante al menos un período de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día; disminución del interés o placer en las actividades; aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso; insomnio o hipersomnia; agitación o retardo psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada; capacidad disminuida para pensar o concentrarse; y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse (American Psychiatric Association, 2014).

Los pacientes con TDM muestran déficits cognitivos en dominios neuropsicológicos, como la memoria visual y verbal, la memoria de trabajo, la atención, la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento, siendo el deterioro de la función ejecutiva el más destacado. De hecho, se presume que los déficits neurocognitivos aumentan el riesgo de suicidio, ya que pueden determinar una evaluación incorrecta de la situación vital y una toma de decisiones deteriorada (Orsolini, et.al., 2020).

Una explicación biológica en relación con el vínculo entre TDM y suicidio tiene que ver con el sistema serotoninérgico. La serotonina es un neurotransmisor del sistema nervioso central relacionado a la conducta social, el estado de ánimo, la conducta alimentaria y las conductas obsesivas. Los estudios post mortem de los cerebros suicidas han mostrado evidencia de disfunción de la serotonina entre los sujetos con TDM. Se ha informado que los transportadores de serotonina se reducen en las cortezas prefrontal, hipotalámica, occipital y tronco encefálico de sujetos afectados con TDM que se suicidaron (Orsolini, et.al., 2020).

El *trastorno bipolar* afecta aproximadamente al 1-5% de la población total, tiene un curso crónico y se asocia con una mortalidad prematura elevada, siendo el suicidio uno de los contribuyentes de la disminución de la esperanza de vida (Dome, Rhimer y Gonda, 2019). La tasa de suicidio entre los pacientes con trastorno bipolar es aproximadamente 10 a 30 veces mayor que la tasa correspondiente en la población general. Hasta el 20% de los sujetos con dicho trastorno (en su mayoría no tratados) terminan su vida por suicidio, y entre el 20 y el 60% de ellos intentan suicidarse al menos una vez en su vida.

Otro trastorno mental que se relaciona con el suicidio es la *esquizofrenia*. Se informa que entre el 20% y el 50% de los pacientes con esquizofrenia intentan suicidarse en algún momento de su vida, y entre el 9% y el 13% mueren como resultado del suicidio (Kocaturk, Essizoglu, Aksaray, Akarsu y Musmul, 2015). Se reporta que la conducta suicida en pacientes con esquizofrenia está relacionada con ser hombre, estar soltero, la presencia de depresión y desesperanza, un intento

de suicidio previo, curso severo de la enfermedad, inicio temprano de la enfermedad, exacerbación frecuente de los síntomas, mayor número de hospitalizaciones, mejor insight, presencia de síntomas positivos, diagnóstico de un subtipo paranoico, abuso de drogas, deterioro del funcionamiento social y falta de apoyo social.

El *trastorno de la personalidad límite* es otro trastorno mental que se asocia con el suicidio. El DSM-5 plantea que los trastornos de la personalidad se caracterizan por patrones anormales de experiencia interna y comportamiento. Estos afectan la cognición, la emoción, el funcionamiento interpersonal y el control de los impulsos. Son inflexibles y generalizados, provocan malestar o deterioro clínicamente significativos, son estables y de larga duración, y tienen un inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana (American Psychiatric Association, 2014). Los trastornos de personalidad son comunes en la práctica y se pueden encontrar, más allá de otros diagnósticos, en hasta el 45% de todos los pacientes ambulatorios. De estos, el trastorno de personalidad límite es, con mucho, la categoría más investigada debido a los desafíos clínicos que presenta (Paris, 2019). Se caracteriza por un estado de ánimo inestable, conductas impulsivas y relaciones interpersonales inestables. Los pacientes con dicho trastorno tienen una media de tres intentos de suicidio a lo largo de su vida, la mayoría por sobredosis. Los comportamientos de autolesión (es decir, autolesiones no suicidas) también son comunes en el trastorno de personalidad límite, generalmente presentándose como cortes superficiales en las muñecas y los brazos. Sin embargo, estos generalmente no tienen intenciones suicidas, ya que los pacientes tienen problemas con la regulación emocional y se cortan a sí mismos de forma adictiva para reducir los estados internos dolorosos. Cortarse alivia la tensión emocional, pero no refleja el deseo de morir (Paris, 2019). Sin embargo, la sobredosis implica un gran riesgo para las personas con dicho trastorno. La mayoría de los incidentes reflejan una motivación ambivalente, involucrando pequeñas cantidades de medicamentos y/o llamando a otras personas importantes para pedir ayuda. Incluso cuando se producen sobredosis potencialmente mortales, los pacientes a menudo se ponen en contacto con personas que están en condiciones de intervenir. La muerte por suicidio se produce, generalmente, cuando un intento de suicidio termina siendo fatal.

El trastorno por consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno por estrés post-traumático, y los trastornos de ansiedad también se relacionan con el suicidio (Hoertel, Franco y Wall, 2015).

En cuanto a los factores meteorológicos, hay diferentes puntos de vista a la hora de relacionarlos con el suicidio, habiendo teorías que postulan mayor probabilidad de suicidios en climas fríos, otras en climas calientes, mientras otras no encuentran relación significativa entre ambas variables.

Se encuentra una mayor cantidad de estudios que afirman que las fluctuaciones en el calentamiento global pueden modificar el comportamiento humano y afectar las tasas de suicidio (Yarza, et al.,2020). Un estudio de 2013 evalúa la relación entre la tasa de suicidio y la temperatura ambiental en Baja California, estado de México, durante los años 1985-2008 (Gaxiola-Robles, Celis de la Rosa, Labrada-Martagón, Díaz Castro y Zenteno Savín, 2013). En estos 24 años, hubo un total de 582 suicidios en BC, un 9% correspondiente a las mujeres (aproximadamente 2 cada 100.000 mujeres por año), y el 91% a los hombres (aproximadamente 16 cada 100.000 por año). Las mujeres fueron más jóvenes, con una edad promedio de 29.1 años, con respecto a los hombres, cuya edad promedio fue 37.3 años.

Los investigadores partieron desde la hipótesis de que los cambios climáticos, en particular el incremento de temperatura, tienen un efecto sobre la salud del ser humano y por ende en su conducta suicida. Compararon las tendencias de las temperaturas tanto en la temporada cálida (mayo a octubre) y la fría (noviembre a abril) en Baja California Sur 1985 a 2008, y descubrieron que en ambas se produjo una tendencia ascendente de temperatura, con un incremento del 71% para ambas temporadas. Al mismo tiempo, compararon la tasa de suicidios por año en la temporada cálida y en la fría, y en ambas hubo una tendencia ascendente de suicidios, siendo mayor en la temporada cálida. Se halló una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la temperatura y las tasas de suicidio en ambas temporadas. Con estos resultados fueron capaces de afirmar de que podría existir una posible relación entre los suicidios y el incremento de la temperatura ambiental (Gaxiola-Robles, Celis de la Rosa, Labrada-Martagón, Díaz Castro y Zenteno Savín, 2013).

Dentro de estas posibles explicaciones, la más plausible para BC es la acción del calor sobre las vías que integran la percepción ambiental, información que es controlada en los circuitos de la memoria emocional, para de ahí pasar a la toma de decisiones.

Se ha demostrado una variación estacional en los suicidios en muchos países, y la mayoría de los estudios muestran picos de primavera y en verano, contrario a la creencia común de que los suicidios aumentan cuando las noches son más largas. Una posible explicación de esto puede tener que ver con la exposición a la luz del sol. Un estudio de JAMA Psychiatry de 2014 reúne todos los suicidios ocurridos en Austria durante un período de 40 años desde 1970 a 2010. Al comparar los suicidios con la cantidad horas de luz solar, se encuentra una correlación positiva entre el número de suicidios y las horas de luz (Ritchie, Roser y Ortiz-Ospina, 2015).

Los investigadores afirman que varias líneas de evidencia sugieren que la luz juega un papel importante en la regulación de los sistemas neurobiológicos relacionados con el suicidio y la impulsividad. La conducta suicida está vinculada con los trastornos del estado de ánimo, que se sabe que están asociados con la disfunción de la serotonina y son muy sensibles a los cambios

estacionales, predominantemente a la luz solar (Vyssoki, Kapusta, Praschak-Rieder, Dorffner y Willeit, 2014). Se piensa que el transportador de serotonina se encuentra en un estado hiperfuncional durante la depresión en los trastornos afectivos estacionales y se normaliza después de la remisión natural del verano.

Aunque el suicidio puede considerarse un acto meramente personal, también es directamente social en el sentido que los hechos sociales (valores, ideas y creencias) constituyen un elemento definitivo en la interacción humana, determinando la conducta del individuo (Guerrero y Imelda, 2015). Por este motivo, el suicidio puede ser concebido como el resultado de la autopercepción del sujeto de acuerdo con su contexto.

Tomando este punto de vista, se afirma que las personas que viven en áreas de privación socioeconómica en el Reino Unido, relativamente desfavorecidas socioeconómicamente, tienen un mayor riesgo de muerte por suicidio y un mayor riesgo de hospitalización después de autolesionarse, que aquellos que viven en más circunstancias más favorables tanto socio como económicamente (Chandler, 2020). Los estudios epidemiológicos del suicidio en el Reino Unido sugieren que las tasas más altas de suicidio entre los grupos más pobres pueden estar relacionadas con el desempleo, la inseguridad laboral, la inseguridad de la vivienda, las deudas y el impacto que estas experiencias tienen en la salud mental y el consumo de sustancias. Esta línea de pensamiento se vincula al modelo económico del suicidio, que plantea que cuando los terrores de la vida superen los terrores de la muerte, hay un mayor riesgo de suicidio.

Por ejemplo, tras un estudio que demuestra que cada 1% de aumento en el desempleo en 26 países europeos aumenta un 0,79% el riesgo de suicidios para los grupos de edad de mayores de 65 años, se realizó la comprobación de dicha correlación en Grecia en 2014 (Madianos, Alexiou, Patelakis y Economou, 2014). Los investigadores evaluaron la crisis del país de 2008, midiendo sus consecuencias hasta el año 2011, donde el 40% de los hogares tenían al menos un miembro desempleado, y entre los adultos jóvenes de 19 a 29 años, el desempleo superaba el 60%. Desde 2005 a 2011 hubo un aumento de 55.8% en la tasa de suicidio. La ideación suicida subió un 184.9% y los intentos de suicidio un 161.5%. Asimismo, el consumo diario de antidepresivos aumentó de 215 personas cada 100.000 habitantes en 2005 a 289 en 2011. Otras consecuencias en salud se observaron en la duplicación de casos de HIV y homicidios, y en menor escala el aumento de divorcios (Madianos, Alexiou, Patelakis y Economou, 2014).

El SARS-CoV-2 (COVID-19) también tuvo y sigue teniendo efectos sobre el suicidio y los intentos de suicidio a nivel mundial. Cuando el virus surgió y se propagó con notable velocidad a todos los rincones del mundo, la incertidumbre y el miedo sobre la naturaleza y las implicaciones del COVID-19 fueron seguidos por la cohesión de la comunidad, junto con mayores tasas de

angustia, disforia, ansiedad, insomnio y, para algunos, estrés traumático y pensamientos suicidas.

Al principio de la pandemia, una encuesta representativa a nivel nacional de adultos de EE. UU. encontró que el 21% de los que se refugiaron en sus hogares informaron que el estrés y la preocupación por el COVID-19 estaban teniendo un efecto negativo importante en su salud mental. A medida que la pandemia continuaba, la proporción de encuestados que informaron efectos perjudiciales en su salud mental siguió aumentando, del 39% en mayo de 2020 al 53% en julio de 2020 (Moutier, 2021). Los problemas de salud mental entre las personas con trastornos psiquiátricos que no recibieron tratamiento por temor a visitar las clínicas durante la crisis, la disminución de hospitalizaciones y derivaciones a urgencias psiquiátricas y dificultades para obtener medicamentos, el aumento del consumo de alcohol en la población general y entre los grupos de alto riesgo, las dificultades económicas, desempleo y quiebras, la enfermedad y duelo por la pérdida de familiares y amigos, el aislamiento prolongado y la incertidumbre y ansiedad sobre el futuro constituyen algunas de las razones por las cuales el índice de suicidio puede aumentar como consecuencia de la pandemia (Sher, 2021).

Negligencia infantil

Casi 300 millones de niños de 2 a 4 años sufren regularmente castigos físicos y/o violencia psicológica a manos de los padres y cuidadores (OMS, 2020). Se estima que cada 4 niños, 1 experimenta alguna forma de maltrato infantil en su vida, dentro del cual se encuentra la negligencia. Tanto el abuso físico como el abuso sexual son más frecuentes en la adolescencia, mientras que la negligencia es más frecuente en la niñez (Thornberry y Henry, 2019). Dubowitz sostiene que “la negligencia infantil es, con mucho, la forma más común de maltrato infantil” (Dubowitz, 2013).

En 2019 en Estados Unidos se recibieron 4.4 millones de denuncias referidas a maltrato infantil, involucrando a 7.9 millones de niños. 419.710 fueron víctimas de negligencia. Se estima que 1840 niños murieron por abuso y negligencia, el 70.3% de ellos menores de 3 años y el 72.9% del total fueron víctimas de negligencia (American SPCC, 2021).

Las explicaciones más centradas en los déficits consecuentes de la negligencia infantil son diversas y más abundantes en lo que refiere a la temática estudiada.

La premisa sobre la cual la gran mayoría de dichos modelos explicativos se basa es que la primera infancia es un período vulnerable para la adquisición y el desarrollo de las habilidades de regulación cognitiva, del lenguaje y las emociones y, por lo tanto, el descuido en este período es motivo de gran preocupación y atención. Se sostiene que el desarrollo normal puede verse interrumpido por la privación asociada con la negligencia y puede provocar una desregulación

de los sistemas neuronales durante los períodos vulnerables del desarrollo cerebral, lo que lleva a déficits neurocognitivos pronunciados debido al maltrato (Spratt, et.al, 2012). Hay evidencia que indica el impacto potencial de la negligencia infantil en las estructuras y funciones cerebrales, mostrando por ejemplo que la falta de exposición a experiencias psicosociales conduce a una reducción de la densidad y la arborización dendrítica durante el neurodesarrollo (Doretto y Scivoletto, 2018). Esta reducción conduce a su vez a una disminución del volumen y el grosor cortical de ciertas regiones del cerebro, así como un deterioro del rendimiento en estas áreas.

También se plantea la hipótesis de que las experiencias abusivas liberan hormonas y neurotransmisores inducidos por el estrés, lo que provocaría un deterioro de la neurogénesis, una sobreproducción de sinapsis y una poda durante los períodos sensibles en el cerebro en desarrollo. Existe asimismo evidencia relativamente consistente de reducción en el volumen cortical de materia gris y blanca, reducción de la corteza orbitofrontal y aumento del volumen de la amígdala en individuos que han experimentado negligencia. En términos de hallazgos funcionales, la literatura reciente sugiere que la experiencia de negligencia está relacionada con la hipoactividad en varias regiones del cerebro, como áreas de la corteza prefrontal y temporal, y los sistemas límbico y paralímbico. Muchas de estas regiones están involucradas en la regulación emocional y el procesamiento de emociones faciales (Doretto y Scivoletto, 2018).

En un estudio, Spratt et.al., (2012) compararon el funcionamiento cognitivo, del lenguaje y conductual de niños sin antecedentes de negligencia con niños con situaciones tempranas de negligencia. En este último grupo había niños que tenían un cuidador anterior que abusaba de drogas, de alcohol, que fumaba durante el embarazo, además de sufrir por parte de los mismos negligencia física, médica y emocional. Los resultados demostraron que los niños sin antecedentes de negligencia (el grupo control) se desempeñó significativamente mejor que el grupo de niños víctimas de negligencia en las subescalas de lenguaje no verbal, lenguaje receptivo, expresivo y oral. El grupo con niños con situaciones tempranas de negligencia obtuvo una puntuación significativamente más alta que el grupo control en atención, agresión, ansiedad y depresión, internalización, externalización y problemas totales.

De esta manera, las teorías de las consecuencias a largo plazo de la negligencia infantil basadas en los déficits causados por la misma afirman que los niños abandonados se enfrentan a mayores riesgos de dificultades emocionales, conductuales e interpersonales. Si los niños crecen en entornos negligentes durante un largo período de tiempo, corren un mayor riesgo de sufrir trastornos de salud mental, como depresión, trastorno de estrés post-traumático y trastornos de la personalidad. Asimismo, los niños desatendidos también suelen enfrentarse a dificultades de por vida con el aprendizaje, con puntajes de coeficiente intelectual más bajos en promedio y niveles más bajos de rendimiento académico (Doretto y Scivoletto, 2018).

Con respecto al riesgo de suicidio vinculado a la negligencia infantil, muchos estudios incluyen esta última dentro de lo que se llama Experiencias Adversas Infantiles. Se denomina a las mismas como eventos estresantes agudos o crónicos que pueden ser de naturaleza biológica o psicológica, que ocurren durante la niñez y dan como resultado una respuesta de estrés biológico y/o psicológico. Hay pequeñas variaciones en cuanto a qué experiencias son adversas según cada autor, pero la gran mayoría incluye el maltrato emocional y físico, el abuso sexual, la negligencia, el abuso de sustancias en el hogar, una madre tratada violentamente, enfermedad mental en el hogar, la separación de los padres, encarcelamiento de un miembro de la familia, bajo nivel socioeconómico, aislamiento de pares y exposición a violencia en la comunidad (Finkelhor, Shattuck, Turner y Hamby, 2015). La experiencia adversa infantil más comúnmente estudiada es el maltrato infantil (abuso sexual, físico, emocional/verbal y negligencia).

En un estudio realizado en 2012 en Ontario, Canadá, Rhodes et.al. investigaron si las tasas de una primera visita al departamento de emergencias por comportamiento suicida (SRB) eran más altas entre los niños/jóvenes retirados permanentemente de su hogar debido a maltrato y negligencia por parte de los padres, que entre sus compañeros que no eran víctimas de maltrato y negligencia. Después de controlar las características demográficas y el uso previo de servicios de salud, los niños/jóvenes maltratados tenían cinco veces más probabilidades de presentarse una primera vez al departamento de emergencias por comportamiento suicida que sus compañeros (Rhodes, et.a., 2012)

Existe otro punto de vista interesante a la hora de evaluar los efectos que tiene la negligencia infantil en el desarrollo de los niños. Ellis, Bianchi, Griskevicius y Frankenhuis (2017) argumentan que el *modelo del déficit* es incompleto porque no menciona cómo los individuos son capaces de adaptarse a su ambiente afinando sus habilidades cognitivas para resolver problemas recurrentes que enfrentan en sus respectivos contextos. Los autores mencionados proponen un enfoque alternativo basado en la pregunta: "¿Qué aspectos positivos pueden encontrarse en estos niños?"

Aunque no cuestionamos la suposición de que el estrés de los primeros años de vida tiene efectos en ciertas habilidades cognitivas, creemos que esto es sólo la mitad de la historia. La otra mitad es que las personas que se desarrollan en entornos duros e impredecibles especializan sus habilidades cognitivas para adaptarse a la alta adversidad y que estas habilidades pueden usarse para mejorar los resultados de la intervención y la resiliencia (Ellis, Bianchi, Griskevicius y Frankenhuis, 2017).

La resiliencia es una construcción multidimensional que se refiere a la capacidad para, el proceso o el resultado de una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias amenazantes. Conlleva el proceso de movilizar de manera efectiva los recursos individuales y ambientales para hacer frente a eventos angustiosos o traumáticos (Won Lee, et.al., 2018).

Este punto de vista se apoya en las nuevas investigaciones que demuestran cómo las exposiciones tempranas al estrés regulan el desarrollo de habilidades y capacidades para adaptarse a contextos de alta adversidad. Se documentó una variedad de adaptaciones al estrés de la vida temprana, que van desde habilidades socioemocionales mejoradas (por ejemplo reconocimiento de emociones, precisión empática) hasta memoria mejorada en dominios específicos (por ejemplo retención de la memoria de la vida temprana) y memoria para eventos negativos o estresantes. Asimismo, se observó una mejora de memoria de trabajo en forma de seguimiento rápido y actualización de la memoria, un aprendizaje mejorado en dominios específicos (por ejemplo aprendizaje sobre el peligro animal, aprendizaje procedimental), una velocidad cognitiva mejorada y una precisión en dominios específicos (por ejemplo reconocimiento de rostros enojados o temerosos) (Ellis, Bianchi, Griskevicius y Frankenhuis, 2017).

Con respecto a los padres de los niños víctimas de negligencia, otras investigaciones recientes han demostrado que, así como la exposición prolongada a un estrés laboral excesivo puede provocar agotamiento o *burnout* laboral, la exposición prolongada a un estrés parental abrumador puede provocar agotamiento de los padres, o *burnout* parental (Mikolajczak, Brianda, Avalosse y Roskam, 2017).

Al igual que el agotamiento laboral, el agotamiento de los padres abarca tres dimensiones. El primero es el agotamiento abrumador relacionado con el rol de padre/madre/cuidador: los padres sienten que su rol requiere demasiada participación; se sienten cansados al levantarse por la mañana y tener que afrontar un día más con sus hijos. La segunda dimensión es un distanciamiento emocional de sus hijos: los padres agotados o con *burnout* se involucran cada vez menos en la crianza y en la relación con sus hijos; hacen lo mínimo por los niños pero no más; y las interacciones se limitan a los aspectos funcionales/instrumentales a expensas de los aspectos emocionales. La tercera dimensión es una sensación de ineficacia en el papel de padres: sienten que no pueden manejar los problemas con calma y/o eficacia.

Las consecuencias del *burnout* parental tienen un impacto directo en los niños, ya que se sabe que el agotamiento por parte de los padres aumenta el riesgo de negligencia y de comportamientos violentos frente a los hijos. Tras la investigación de Mikolajczak, Brianda, Avalosse y Roskam (2017), se entrevistó a madres con agotamiento severo y se demostró que la gran mayoría de ellas reportaron un comportamiento negligente (p. ej., dormir en el sofá y dejar

a un niño de tres años sin supervisión) o actos de violencia verbal (insultos, gritos histéricos) y, a veces, incluso violencia física. (golpes, bofetadas) que les hacen temer por la seguridad de sus hijos cuando están a solas con ellos.

Otro gran descubrimiento con respecto a la negligencia es la hipótesis de que la historia de victimización por maltrato (dentro del cual se encuentra la negligencia) ejerce una influencia causal en la posterior perpetración del maltrato, es decir que un padre/madre/cuidador con antecedentes de maltrato infantil es más propenso a transmitir ese maltrato a la crianza de sus hijos que un padre/madre/cuidador sin dicho historial (Thornberry y Henry, 2019).

Hay diferentes explicaciones por lo cual esto puede ser cierto. Una de ellas se basa en los factores biológicos y genéticos relacionados con el maltrato, manteniendo que los mismos se transmiten de generación en generación. La teoría del aprendizaje social postula que el comportamiento de los niños está determinado en gran medida por los comportamientos de sus padres a través de la imitación y los programas de refuerzo y castigo. De esta manera, la exposición a padres abusivos y maltratadores aumenta el riesgo de que la víctima aprenda que tales comportamientos son aceptables y efectivos, incorporándolos a sus propios estilos de crianza como adultos. La teoría del apego postula que, para los bebés, la calidad de la relación de apego con sus padres se basa en la sensibilidad y capacidad de respuesta del cuidador hacia el bebé. El maltrato, una forma extrema de crianza insensible, puede llevar al individuo a formar vínculos inseguros y desorganizados.

Asimismo, existen estudios que identifican numerosos factores que contribuyen al ciclo del maltrato. En comparación con las mujeres que no fueron maltratadas de niñas, las que tienen antecedentes de maltrato tienden a convertirse en madres a una edad más temprana, tienen más problemas de salud mental, tienen más probabilidades de vivir con un adulto violento y consumen más sustancias. También informan de un mayor aislamiento social, responden de forma más agresiva a las señales sociales ambiguas y hacen más atribuciones negativas sobre el comportamiento de sus hijos (Jaffee, et.al., 2013).

Otros puntos de vista plantean que la transmisión intergeneracional del maltrato no es inevitable. Se plantea que aunque los niños cuyos padres tienen antecedentes de abuso o negligencia tienen un *riesgo elevado* de sufrir ellos mismos malos tratos, el ciclo de abuso no se perpetúa en la mayoría de las familias. Las estimaciones de la continuidad del maltrato entre generaciones varían entre el 7% y el 60%, según la duración del seguimiento, la credibilidad de la medición y la composición de la muestra (Jaffee, et.al., 2013).

Existen condiciones bajo las cuales se rompe el ciclo intergeneracional de maltrato (Jaffee, et.al., 2013). Comparando las familias en las que el ciclo de maltrato se perpetúa de las familias en las

que no, se piensa que las familias en las que se rompe el ciclo son aquellas en las que las madres tienen más apoyo social y menos problemas económicos graves. Además, las relaciones interpersonales con otros adultos que se caracterizan por la calidez, la confianza y el apoyo se identifican como factores clave. Las relaciones de apoyo social con un adulto durante la infancia, el apego de alta calidad a un cuidador principal, una relación con un terapeuta y una relación de apoyo emocional con una pareja íntima en la edad adulta también contribuyen a la discontinuidad del ciclo (Jaffee, et.al., 2013).

Durante la pandemia del COVID-19, las decisiones que tomaron las sociedades para proteger a los miembros de su comunidad del virus pueden haber creado contextos de negligencia infantil (Bérubé, et.al., 2021). Con el cierre de servicios e instituciones, las sociedades ya no estaban disponibles para ayudar a satisfacer las necesidades de los niños. Por ejemplo, Canadá ofrece diferentes tipos de sistemas de apoyo para ayudar a satisfacer las necesidades de los niños, incluidos los sistemas de educación y cuidado infantil, el sistema de salud, los servicios de protección infantil y las organizaciones comunitarias. Sin embargo, en el contexto del confinamiento por la pandemia, rápidamente se hizo evidente que no todos estos sistemas podían funcionar en el nuevo contexto. Entre otras cosas, se plantearon preocupaciones sobre la disponibilidad de alimentos para los niños que se benefician de los programas alimentarios a través de escuelas u organizaciones comunitarias, y sobre la protección de los niños en riesgo de maltrato y su supervisión. Como tal, se piensa que la pandemia causó una interrupción significativa en la responsabilidad compartida por el bienestar de los niños, al dejar a los padres como los únicos proveedores de todas sus necesidades.

Están comenzando a surgir datos sobre los efectos del COVID-19 en las familias. Una encuesta canadiense realizada durante la pandemia con una muestra de 32.000 padres en Canadá, indica que alrededor del 71% de los padres estaban preocupados de que sus hijos tuvieran menos oportunidades de socialización, y la mitad se preocupaba por la soledad o el aislamiento social de su hijo. Casi la mitad de los padres estaban muy o extremadamente preocupados por sus comportamientos de crianza. Temían alzar la voz, regañar o gritar a su hijo y tener menos paciencia (Jaffee, et.al., 2013).

La pandemia afectó gravemente a los sistemas educativos. En todo el mundo, las escuelas estuvieron cerradas durante semanas y meses. La UNESCO afirmó que hubo una interrupción sin precedentes de la educación, con al menos 1.2 billones de estudiantes fuera de la escuela. Muchos reconocen que esta es la primera vez en la historia que toda una generación de niños en todo el mundo ha visto interrumpida su educación. Si bien algunas instituciones han podido ofrecer educación online, esta forma requiere equipos tecnológicos que no son accesibles para todos los niños. Además, el aprendizaje a distancia es posible con el apoyo de adultos que

pueden ayudar a establecer la conexión y garantizar que el niño permanezca enfocado y comprometido, y que pueda y esté motivado para completar su trabajo.

En lo que refiere a las necesidades afectivas de los niños, la respuesta suele provenir de muchas fuentes, como los padres, los miembros de la familia extendida, los maestros, los cuidadores y los amigos. Sin embargo, el confinamiento por el COVID-19 restringió el contacto con quienes apoyan y acompañan a los niños, al mismo tiempo que erosiona el sistema de apoyo familiar (Jaffee, et.al., 2013).

Otro punto muy importante tiene que ver con los Sistemas de Protección Infantil. Por ejemplo, en Quebec, Canadá, las denuncias de maltrato infantil son realizadas por miembros de la comunidad que interactúan con estos niños a diario. En un informe de 2019, el Director de Protección Juvenil de la provincia de Quebec, Canadá, indicó que el 20,1% de los casos denunciados procedían de escuelas, el 33,7% procedían de organizaciones comunitarias y el 9,4% se atribuyeron a miembros de la comunidad. Durante la pandemia, estas fuentes perdieron el contacto con los niños. Como resultado, la cantidad de niños remitidos a los Sistemas de Protección Infantil disminuyó significativamente

La seguridad de los niños también incluye el derecho a crecer en un entorno libre de violencia. Las cifras en todo el mundo muestran aumentos del 20 al 30% en los informes o llamadas de violencia doméstica. Otras preocupaciones que involucran el cuidado de los niños son el acceso a los cuidados médicos, una cuestión ampliamente afectada por el contexto del COVID-19 (Jaffee, et.al., 2013).

7- Marco teórico

Suicidio

Para comprender la teoría del suicidio de Edwin S. Shneidman, es necesario comprender la base sobre la cual el padre de la suicidología moderna construyó sus investigaciones y teorías.

Edwin S. Shneidman, hijo de padres judíos rusos, nació en York, Pensilvania, Estados Unidos, en 1918. Estudió en la Universidad de California en Los Ángeles y en 1940 obtuvo una Maestría en Psicología. Entre 1942 y 1945 perteneció a las fuerzas armadas, y durante la Segunda Guerra Mundial llegó a ser capitán. Después de la guerra, obtuvo su Doctorado en Psicología Clínica y se interesó por estudiar la esquizofrenia, trabajando en el Hospital de veteranos en Brentwood, Estados Unidos.

Una mañana de 1949, el director del Hospital de Brentwood le pidió escribir cartas de pésame a las viudas de dos jóvenes veteranos de guerra, quienes se habían quitado la vida mientras estaban internados en el hospital. Al sentir que debía recolectar todo tipo de información posible sobre ambos hombres, Shneidman se dirigió a la oficina del médico forense para estudiar los archivos de los mismos. Una de las carpetas contenía algo que jamás había visto: una nota suicida. Shneidman decidió leerla, sin saber que este sería el detonante de su nueva teoría revolucionaria (Shneidman, 2004).

Aficionado del análisis lógico, Shneidman decidió investigar el contenido de la nota suicida a través del método de la diferencia. Esto es, compararla con otro tipo de nota para evaluar las diferencias entre ambas, y averiguar qué es lo que define a una nota como nota suicida. Recolectó 721 notas suicidas, escritas por adultos y jóvenes de entre 13 y 96 años. En un estudio publicado en 1956, Shneidman tomó 33 de esas notas suicidas y las comparó con 33 notas suicidas ficticias escritas por personas no-suicidas que compartían sexo, edad y ocupación con los autores de las notas genuinas. El estudio científico del suicidio (la suicidología), había comenzado.

Al compararlas, Shneidman aplicó una técnica desarrollada por Mowrer que mide en unidades la cantidad de pensamientos de malestar, pensamientos de alivio y pensamientos neutrales. El primer descubrimiento fue que el número total de unidades de pensamiento general fue significativamente mayor en las 33 notas reales que en las notas ficticias, lo que indica que los autores de notas genuinas aparentemente sienten la necesidad de decir más en esta última comunicación. Con respecto a las declaraciones de malestar, o las declaraciones de culpabilidad, culpa, tensión, agresión y similares, no encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ambas notas, y lo mismo ocurrió con las unidades de pensamientos de alivio. Fue con respecto a las declaraciones "neutrales" o expresiones libres de tensión, que las notas revelaron

la mayor diferencia significativa. Las notas de suicidio genuinas contenían un porcentaje mucho mayor de unidades de pensamiento neutrales. Al inspeccionarlos, Shneidman encontró que en su mayoría eran declarantes, daban instrucciones y advertencias y, a veces, enumeraban cosas que hacer en el futuro (Shneidman, 1956).

La interpretación fue la siguiente: el autor de la nota genuina aparentemente ya aceptó e incorporó la idea de que dentro de poco tiempo no estará vivo. Por lo tanto, instruye sobre los muchos detalles de la continuación de la vida que no podrá seguir por sí mismo. Al mismo tiempo, Shneidman plantea que existe una clara contradicción entre su decisión de morir y su lista de cosas por hacer y sus planes para el futuro. El autor de notas ficticias, aunque aparentemente puede fantasear el "afecto" del suicidio, ya que el número de declaraciones de malestar y de alivio es proporcionalmente el mismo, no parece dar ese paso adicional de convertir su fantasía en la "realidad" de la ausencia inminente.

Al seguir analizando las notas suicidas, Shneidman descubrió que describían un dolor intenso y una gran necesidad de encontrarle a este mismo un fin, de terminar con un flujo de conciencia que su psiquismo no podía soportar. Así, Shneidman comenzó a plantear que el suicidio es más una *reacción* que una decisión. Ahora bien, a *qué* reacciona un sujeto que se suicida pasó a ser su foco de análisis, planteando que si se logra hallar una alternativa de acción frente a esta reacción, el impulso suicida puede ser interrumpido. En otras palabras, es posible salvar la vida de un sujeto suicida. A través de sus investigaciones, Shneidman afirma lo siguiente: "En casi todos los casos, el suicidio es causado por dolor, un cierto tipo de dolor - dolor psicológico, que yo llamo *psychache*". (Shneidman, 1996, p.4).

¿De qué se trata este dolor psicológico? Shneidman postula que por un lado se encuentran los aspectos positivos de la vida, es decir la alegría, la felicidad, el éxito, la conformidad, el amor, la salud, la creatividad; mientras que por otro, el hombre debe enfrentarse al dolor y a los aspectos infelices. Estos son la tristeza, la culpa, la humillación, el miedo, la ansiedad y el fracaso: lo que Shneidman llama el lado y los momentos oscuros de la vida (Shneidman, 1996). En el momento en que las emociones negativas sobrepasan las positivas, surge la angustia psicológica, también conocida como dolor psicológico. Es aquel dolor que se apodera de la mente. Según Shneidman, el suicidio nunca nace de la exaltación o la alegría, sino más bien es el hijo de las emociones negativas. Por esto, el dolor psicológico es el ingrediente causal del suicidio, ya que este ocurre cuando el dolor se considera insoportable y se busca activamente la muerte para detener el flujo incesante de la conciencia dolorosa. Es frente a *este* dolor a lo que el sujeto reacciona al suicidarse. En otras palabras, el suicidio es un drama trágico en la mente.

Por este motivo, el elemento principal del suicidio es de índole psicológico (Shneidman, 1993). Según el autor, la mejor ruta para comprender el suicidio no es a través de estudios de la

estructura del cerebro, o de estadísticas sociales o trastornos mentales, sino mediante el estudio de las emociones humanas en las palabras del sujeto suicida. Así, afirma que la pregunta más importante que se le debe hacer a un sujeto potencialmente suicida no es sobre su historia familiar o sus resultados de análisis de sangre o de médula ósea, sino “¿dónde siente dolor?” y “¿cómo puedo ayudarlo?”

Ahora bien, al definir entonces que el dolor psicológico es la causa del suicidio, queda preguntarse de dónde surge dicho dolor, es decir qué debe suceder en la vida de un sujeto para que el dolor psicológico se vuelva intolerable, generando el terreno para un posible suicidio. Shneidman plantea que proviene de la insatisfacción de necesidades psicológicas.

Los seres humanos basamos nuestro comportamiento en las necesidades biológicas fundamentales: oxígeno, alimento, agua y una temperatura habitable. Una vez estas satisfechas, nuestras acciones se encuentran motivadas por la necesidad de reducir tensiones internas, a través de satisfacer un conjunto de necesidades psicológicas. Es Henry A. Murray, el mentor de Shneidman, quien en *Explorations in Personality* (1938) es el primero en plantear la existencia de necesidades psicológicas que los seres humanos pasan su vida buscando satisfacer. Define a una necesidad como una fuerza interna, de origen viscerogénico (biológica, proveniente del cuerpo) o psicológico que organiza la percepción y la comprensión con el fin de satisfacer al organismo.

Basándose en las necesidades psicológicas de Murray, Shneidman (1996) toma las 20 necesidades que según él, pueden generar dolor psicológico al verse insatisfechas.

1. **Abatimiento**: necesidad de someterse pasivamente a la fuerza externa, de aceptar el daño, la culpa, la crítica, el castigo. Resignarse al destino, admitir la derrota. Buscar y disfrutar el dolor, el castigo, la enfermedad y la desgracia.

-**Sentimientos/emociones**: resignación, abulia, culpa, vergüenza.

-**Actitudes**: humilde, paciente, cobarde.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

• Cuando algo sale mal, tiendo más a culparme a mí mismo que a los demás.

• A veces estoy deprimido por sentimientos de mi propia indignidad.

2. **Logro**: necesidad de superar obstáculos, ejercitar el poder, esforzarse por hacer algo difícil lo más efectiva y rápidamente posible. Manipular y organizar objetos, personas, ideas.

-**Sentimiento/emoción**: ambición.

-**Actitudes**: competitivo, aspirante.

-Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938):

- Siento que mi futura paz y respeto por mí mismo dependen de que realice algún trabajo notable.
- Disfruto realmente de la relajación solo cuando sigue a la finalización exitosa de un trabajo sustancial.

3. **Afiliación:** necesidad de formar amistades y asociaciones, saludar, unirse, convivir con otros. Adherirse y mantenerse fiel a las amistades.

-Sentimientos/emociones: confianza, afecto, amor, simpatía, empatía.

-Actitudes: leal, sociable.

-Se mide por: el nivel de deseo de asociarse, jugar o conversar con otros, los esfuerzos para resolver diferencias y cooperar, la cantidad, intensidad y duración de amistades.

-Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938):

- Siento que la amistad es más importante que cualquier otra cosa.
- Si es posible, tengo a mis amigos conmigo donde quiera que vaya.

4. **Agresión:** física o verbal, necesidad de superar la oposición con fuerza, de luchar, vengarse; necesidad de menospreciar, censurar, maldecir o ridiculizar maliciosamente a un otro.

-Sentimientos/emociones: irritabilidad, enojo, ira, deseo de venganza.

-Actitudes: argumentativo, destructivo, cruel, severo.

-Acciones: moverse y hablar de manera asertiva, contundente, amenazante. Maldecir o culpar a los que impiden el progreso.

-Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938):

- Me gusta la competencia física, como el fútbol, el boxeo o la lucha, cuanto más dura, mejor.
- Intento salirme con la mía independientemente de los demás.
- A menudo culpo a otras personas cuando las cosas van mal.

5. **Autonomía:** necesidad de resistir la influencia o la coerción, desafiar la autoridad o buscar la libertad en un lugar nuevo, luchar por la independencia.

-Sentimientos/emociones: enojo, restricción.

-Actitudes: desafiante, libre, radical.

-Acciones: Hacer lo que a uno le plazca independientemente de las reglas o convenciones. Negarse a estar atado por obligaciones familiares o por una determinada rutina de trabajo.

-Gratificaciones: padres indulgentes, un país libre.

-Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938):

- No puedo hacer mi mejor trabajo cuando estoy en una posición subordinada.

- Argumento contra las personas que intentan imponer su autoridad sobre mí.
- Ignoro las normas y reglamentos que obstaculizan mi libertad.

6. **Contraataque:** necesidad de intentar redimir los fracasos, demostrar valía después de una frustración. Superar las debilidades, reprimir el miedo.

-**Sentimientos/emociones:** Vergüenza después de un fracaso o una exhibición de cobardía. Determinación a la superación, orgullo.

-**Actitudes:** resolutivo, determinado.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938):**

- Normalmente puedo inhibir una emoción que no deseo sentir.
- Vuelvo a una tarea que me ha dejado perplejo, decidido a conquistarla.
- Haré todo lo posible antes de que me llamen un desertor.

7. **Defensa:** necesidad de defenderse del ataque, la crítica y la culpa. Ofrecer explicaciones y justificaciones frente a la culpabilidad o fracaso.

-**Sentimientos/emociones:** ansiedad, indignación.

-**Actitudes:** desafiante, justificativo.

8. **Deferencia:** necesidad de admirar y seguir a un superior, de cooperar, servir con gusto.

-**Sentimientos/emociones:** respeto, admiración, reverencia, asombro.

-**Actitudes:** alabanzas, sugestionable, cooperativo.

-**Gratificaciones:** un padre o líder aliado con carácter admirable.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938):**

- Soy capaz de ponerme en un segundo plano y trabajar con entusiasmo para un hombre al que admiro.
- A menudo me encuentro imitando o estando de acuerdo con alguien a quien considero superior.

9. **Dominio:** necesidad de influir, controlar a otros, de persuadir, prohibir, dictar, organizar el comportamiento de un grupo.

-**Sentimiento/emoción:** auto-confianza.

-**Actitudes:** disciplinario, ejecutivo, autoritario, decisivo.

-**Gratificaciones:** niños, sirvientes, discípulos, seguidores.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938):**

- Suelo influir en los demás más de lo que ellos me influyen a mí.

•Disfruto la sensación de poder que surge cuando soy capaz de controlar las acciones de los otros.

10. **Exposición**: necesidad de excitar, fascinar, divertir, entretener a los demás.

-**Sentimientos/emociones**: vanidad, exuberancia.

-**Actitudes**: histriónico, dramático, espectacular.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

•A veces, cuando estoy en una multitud, digo cosas graciosas que espero que los extraños escuchen.

•Me gusta que la gente me mire hacer las cosas que hago bien.

•Tengo bastante éxito entreteniendo a los demás.

11. **Evasión de daños**: necesidad de evitar dolor, una lesión, enfermedad o muerte.

-**Sentimientos/emociones**: miedo, ansiedad, terror.

-**Actitudes**: tembloroso, cuidadoso, panicoso.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

•Temo ciertas cosas, como los relámpagos, los lugares altos, las aguas turbulentas, montar a caballo, volar en avión, etc.

•A veces experimento un vago temor de que pueda ser atacado por alguien.

12. **Evasión de vergüenza**: necesidad de evitar la humillación, de salir de situaciones embarazosas, evitar condiciones que puedan conducir al menosprecio, la burla o la indiferencia de los demás.

-**Sentimientos/emociones**: inferioridad, ansiedad.

-**Actitudes**: vacilante, confuso, nervioso, ruborizado.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

•Después de haber hecho una mala actuación ante los demás, por lo general recuerdo la ocasión con angustia durante mucho tiempo después.

•Cuando conozco a un extraño, a menudo pienso que es mejor que yo.

•Antes de presentar algún trabajo que he hecho, a menudo me disculpo o explico por qué no se ha hecho mejor.

13. **Inviolabilidad**: necesidad de protegerse a uno mismo y a su espacio psicológico, evitar desprecio del amor propio, conservar un buen nombre, ser inmune a críticas.

14. **Crianza**: necesidad de alimentar, ayudar, consolar, proteger, criar a otro débil, cansado, humillado, solo, enfermo.

-**Sentimientos/emociones**: pena, compasión, ternura.

-**Actitudes**: maternal, gentil, humanitario.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

- La gente suele contarme sus secretos y problemas más íntimos.
- A menudo hago todo lo posible para alimentar, acariciar o cuidar a un animal.
- Disfruto dejando a un lado mis propios asuntos para hacerle un favor a alguien.

15. **Orden**: necesidad de alcanzar la organización de cosas e ideas.

-**Sentimientos/emociones**: disgusto frente al desorden, caos.

-**Acciones**: Ser prolijo y limpio en la apariencia personal, escribir prolijamente en línea recta, borrar, mantener los papeles limpios, enderezar las cosas.

16. **Juego**: necesidad de actuar por diversión, buscar placer y entretenimiento por el propio bien.

-**Actitudes**: alegre, airoso, festivo, liviano, deportista.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

- Siento que si estuviera libre de la necesidad de ganarme la vida, dedicaría mucho tiempo a la búsqueda del placer puro.
- Actúo sobre el principio de que un hombre sabio es conocido por su habilidad para jugar.

17. **Rechazo**: necesidad de excluir, expulsar, dejar de lado a los demás. Mantenerse indiferente.

-**Sentimientos/emociones**: disgusto, aburrimiento.

-**Actitudes**: excluyente, desatado, crítico.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

- Mantengo una reserva digna cuando me encuentro con extraños.
- Por lo general, ignoro en lugar de atacar a un oponente.
- A veces pienso que la gran mayoría de las personas son tontos o inútiles.

18. **Sensibilidad**: necesidad de buscar experiencias confortables.

-**Actitudes**: estético, apertura a los sentidos.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

- Noto y respondo a ligeros cambios en el color del cielo, en la temperatura y calidad de la atmósfera.

- Me divierto observando con gran detalle las expresiones faciales, los gestos y los gestos de las personas que veo.
- Me encanta la buena comida y el buen vino, y me he convertido en un gran conocedor de estos asuntos.

19. **Socorro**: buscar ayuda, protección, simpatía, satisfacción de necesidades, perdón, amor.

-**Sentimientos/emociones**: dependencia, inseguridad.

-**Actitudes**: indefenso, suplicante.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

- A veces me considero abandonado o no amado.
- Me siento ansioso e inseguro cuando de repente me enfrento a una situación crítica.
- Me gusta cuando la gente me pregunta sobre mi salud o estado de ánimo.

20. **Comprensión**: conocer y entender respuestas, saber el cómo y el por qué.

-**Afirmaciones en el Cuestionario de Necesidades (Murray, 1938)**:

- Cuando deseo llegar a la verdad, hago un intento consciente de eliminar el sentimiento y el prejuicio.
- Disfruto leyendo libros que tratan sobre ideas generales: ciencia, estética, filosofía, etc.
- Siento que me gustaría dedicar mi vida a la enseñanza y la erudición.
- Siento que tengo la disposición general de un filósofo.

Cada sujeto posee una disposición idiosincrática de determinadas necesidades psicológicas. De esta manera, el peso e importancia que cada uno le da a estas necesidades es una ventana de la personalidad. En cada sujeto prevalecen aquellas necesidades modales (las que definen el funcionamiento intrapsíquico e interpersonal cotidiano) y las vitales (aquellas que el sujeto moriría por satisfacer, siendo su insatisfacción totalmente intolerable). Shneidman sostiene que en el momento en que determinada necesidad vital de un sujeto es frustrada, aquella insatisfacción es percibida como amenaza, fracaso, dolor y emergencia, llevando al sujeto a un intenso dolor psicológico.

Hasta aquí se planteó que la insatisfacción de las necesidades psicológicas conduce al dolor psicológico, que a su vez puede introducir al sujeto en el escenario suicida.

Ahora bien, ¿esto significa que cada sujeto que no logra satisfacer sus necesidades psicológicas y experimenta dolor psicológico, es un sujeto suicida? No necesariamente. Deben reunirse otros factores para que se forme el contexto del suicidio. Para comprenderlos, se abarcará detalladamente la definición de suicidio de Shneidman:

El suicidio es un acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendido como un malestar multidimensional (sentimiento general de malestar) en un individuo *necesitado* que define un problema para el cual el suicidio se percibe como la mejor solución (Shneidman, 1993).

Es un **acto** porque el suicidio, según Shneidman, es un comportamiento con un fin, la muerte. Además, este comportamiento está acompañado de 2 factores principales, la letalidad y la perturbación. La *letalidad* del acto es el grado de probabilidad de que un sujeto muera por su propia mano en un futuro próximo. Implica pensamientos como “puedo terminar con este dolor: puedo matarme.” La *perturbación* del acto es el grado de angustia y malestar del sujeto. Por su cuenta, la perturbación no es letal, pero la letalidad combinada con un alto nivel de perturbación es el principal factor en la muerte autoinducida. En otras palabras, la perturbación conlleva la motivación del suicidio, y la letalidad es el disparador.

Es **consciente** porque es puramente *humano*, posible solo y cuando el sujeto tiene la intención de terminar con su vida.

Es de **aniquilación autoinducida** porque implica la cesación de la consciencia, de la vida mental por parte del sujeto.

Es mejor entendido como un **malestar** porque es un estado en el que se encuentra el sujeto, y es **multidimensional** porque se trata de un evento tanto biológico, bioquímico, sociocultural, sociológico, interpersonal, intrapsíquico y existencial.

Se refiere a un **individuo necesitado** porque, en primer lugar, todo suicidio, por más de que pueda *reflejar* determinados grados de presión social o grupal, ser concebido dentro de una cultura, y conllevar fuerzas económicas y sociales que exceden al sujeto, es un acto individual. En segundo lugar, dicho individuo es necesitado porque aquel sujeto que se suicida busca satisfacer una necesidad psicológica cuya insatisfacción resulta intolerable.

Este individuo **define** porque, tal como sostiene Shneidman, todos los seres humanos definen el mundo que los rodea, pero, la diferencia con el sujeto suicida es que, al estar perturbado, presenta una constricción, un estrechamiento del “diafragma” perceptivo de la cámara de la mente. Así, se necesita mucha más luz que lo normal para percibir una imagen común de qué sucede en el mundo. Cuanta más perturbación, mayor constricción. Por esto, la definición que este sujeto realiza sobre lo que lo rodea se encuentra obstruida. La constricción lleva al sujeto a

percibir, de manera distorsionada, solo 2 alternativas para resolver un **problema** determinado: seguir viviendo y sufriendo, o frenar el dolor. El suicidio es percibido como la mejor **solución**.

Por este motivo, no es correcto afirmar que el sujeto *quiere* matarse, quiere *morir*, sino más bien, su deseo, según Shneidman, es terminar con un dolor intolerable dentro de la consciencia, cuya única solución, lamentablemente, implica terminar con la vida misma. Es decir, que el suicidio se entiende mejor no como un *movimiento hacia la muerte*, sino como un movimiento para *separarse*, desprenderse de algo, y ese algo es siempre lo mismo: emociones intolerables, dolor insoportable o angustia inaceptable. Por esto, la teoría de Shneidman se basa en que, si se logra reducir el nivel de sufrimiento, el sujeto elegirá vivir.

Finalmente, se puede afirmar que en el momento en que un sujeto se encuentra con una necesidad psicológica vital insatisfecha, experimenta dolor psicológico que no se encuentra capaz de tolerar, y, acompañado de altos niveles de perturbación, constricción y letalidad, tiene la idea de que frenar la conciencia es la única manera de solucionar su problema, comienza efectivamente el escenario suicida.

Para concluir con el marco teórico de Shneidman, se presentan a continuación sus 10 elementos comunes acerca del suicidio:

1. El **propósito** común del suicidio es *buscar una solución*.
2. El **objetivo** común del suicidio es la *cesación de la conciencia*.
3. El **estímulo** común del suicidio es un *dolor psicológico insoportable*.
4. El **factor de estrés** común en el suicidio son las *necesidades psicológicas frustradas*.
5. La **emoción** común en el suicidio es la *impotencia-deseesperanza*.
6. El **estado cognitivo** común en el suicidio es la *ambivalencia*: sentir que uno tiene que hacerlo, y al mismo tiempo anhelar (incluso planificar) el rescate y la intervención.
7. El **estado perceptivo** común en el suicidio es la *constricción*: el suicidio puede verse como una constricción psicológica más o menos transitoria del afecto y el intelecto. La gama de opciones se reduce a 2.
8. La **acción** común en el suicidio es la *egresión*.
9. El **acto interpersonal** común en el suicidio es la *comunicación de la intención*.
10. La **coherencia** común en el suicidio es *con patrones de afrontamiento a lo largo de la vida*.

Negligencia infantil

La negligencia infantil, uno de los 4 tipos de maltrato infantil, no cuenta con una definición universal. Esto puede deberse a su inherente relación con la pobreza, el sexo de los padres/cuidadores (por ejemplo, madres solteras), la estructura familiar, la etnia y el acceso a

los recursos, aspectos que, al tener cierta incidencia en la negligencia, llevan a su amplia y diversa conceptualización dependiendo del grupo social, la cultura y la comunidad (Scott, 2014).

De todas maneras, en la actualidad la negligencia es generalmente concebida como aquella situación en la que las necesidades o los derechos básicos de un niño no se satisfacen adecuadamente, resultando en un daño o un peligro para la salud, el desarrollo o la seguridad del niño (Dubowitz, Kobulsky y Xu, 2019). A diferencia de otros tipos de maltrato, la negligencia infantil es una cuestión de ausencia de cosas, una *omisión* del cuidado que el niño necesita.

En cuanto a su etiología, no hay una única teoría que explique completamente por qué ocurre la negligencia infantil. Sin embargo, pueden diferenciarse 3 modelos causales.

El primero de ellos, llamado el *Modelo del Déficit Parental*, sostiene que el factor principal y causal de la negligencia infantil son los atributos de los padres/cuidadores del niño, como la psicopatología, las distorsiones cognitivas y las propias experiencias de maltrato. Se fundamenta en el hecho de que los padres o cuidadores negligentes tienen más probabilidades de manifestar depresión, problemas emocionales y pobreza/fracaso en actividades parentales que aquellos que no lo son (Blumenthal, 2015).

El segundo modelo, denominado *Modelo del Déficit Ambiental*, postula que las deprivaciones materiales son la causa principal de la negligencia infantil. Hace hincapié en el contexto económico de cada familia, sosteniendo que la relación entre pobreza y negligencia infantil es innegable. Este modelo se critica por su reduccionismo frente a otros aspectos que influyen directamente en la negligencia, como los factores psicológicos e interpersonales.

Por último, el *Modelo Transaccional-Ecológico* teoriza que la negligencia es causada por la interacción entre los atributos familiares y los ambientales. En otras palabras, toma en consideración los puntos remarcados por los dos modelos anteriores, focalizándose en los niveles de estrés y los mecanismos de adaptación de las familias. Plantea que en el momento en que el primero excede a estos últimos, surge la negligencia infantil. Se basa en el hecho de que determinadas medidas, como los apoyos sociales, funcionan como factores protectores en las familias con alto riesgo (Blumenthal, 2015).

Howard Dubowitz fundamenta su teoría de la negligencia infantil desde esta perspectiva sistémica, revolucionaria en el sentido que magnifica el foco causal de la negligencia considerando a las familias, comunidades y sociedades como conjunto influyente en su desarrollo. ¿En qué consiste abordar la negligencia de manera ecológica? Para comenzar, el supuesto principal del autor es que el desarrollo de las personas depende de la satisfacción de necesidades básicas. Según este punto, la negligencia infantil es un patrón de comportamiento

o un contexto social caracterizado por un vacío, una falta de satisfacción de necesidades, que influye en el desarrollo del niño (Garbarino y Collins, 1999).

La perspectiva ecológica estudia el ambiente que rodea al niño dividiéndolo en 4 niveles que se despliegan más allá del sujeto como organismo. Desde el nivel “micro” al “macro”, sitúan el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

El *microsistema* es aquel constituido por el contexto inmediato en el cual el sujeto se desarrolla, por ejemplo su familia. La calidad del microsistema depende de su capacidad de sostener o incentivar el desarrollo y de proveer un contexto emocional que lo sostenga y desafíe. A su vez, estas dos capacidades dependen del nivel de operación sobre lo que Vigotsky denomina la zona de desarrollo próximo, es decir aquella zona demarcada por la diferencia entre lo que un niño puede hacer solo (nivel de desarrollo actual) y lo que puede hacer con ayuda de un adulto (nivel de desarrollo próximo). Cuanto más se trabaja sobre la zona entre ambos niveles, mayor capacidad tiene el microsistema de promover el desarrollo del niño. En una familia negligente, se puede pensar que hay un vacío interaccional donde debería haber acción sobre la zona de desarrollo próximo (Garbarino y Collins, 1999). De esta manera, el abuso, la negligencia, la carencia de recursos o el estrés dentro de un microsistema pueden alterar y poner en riesgo el desarrollo del niño.

El *mesosistema* es el producto de las relaciones entre varios microsistemas. Por ejemplo, un niño con una enfermedad crónica puede contar con su familia y con su equipo de médicos profesionales (microsistemas). Si ambos microsistemas comparten un campo de experiencia, por ejemplo si los padres participan en el tratamiento, o si los médicos realizan visitas a la casa familiar, se forma un mesosistema. La negligencia en los mesosistemas se caracteriza por el aislamiento de los microsistemas en términos de carencia de redes de apoyo mutuo.

El *exosistema* es aquel contexto que influye en el desarrollo del niño pero en el cual este último no cumple ningún rol de manera directa. Se trata de centros de poder como el ambiente de trabajo de sus padres o el consejo directivo de su escuela, aquellos ámbitos que, a partir de la toma de decisiones, afectan la vida del niño de determinada manera. Según los autores, los exosistemas representan tanto un riesgo como una oportunidad. Conllevan un riesgo en situaciones en las que los padres o adultos significativos del niño son tratados de determinada manera que empobrece su comportamiento en el microsistema que comparten con el niño. Por el contrario, la oportunidad se presenta cuando gracias al exosistema se enriquece el microsistema padres / cuidadores / adultos significativos-niño. La negligencia sucede en la primera situación.

El *macrosistema* se refiere a la organización general del mundo tal cual es, junto con sus cambios políticos e institucionales. Es un plano que refleja la manera en la que las personas comparten significados en cuanto a lo que hay que hacer o no, cómo, cuándo y dónde. Los autores definen al macrosistema como una “encarnación ideológica”, y proponen a la religión como el clásico ejemplo. La religión abarca una definición del mundo y un cuerpo de instituciones que la representan, conformada por una teoría, roles, reglas y programas (Garbarino y Collins, 1999).

Esta perspectiva ecológica de la negligencia planteada por Dubowitz resalta la importancia de las situaciones en las que las acciones de personas con las que el niño no se relaciona directamente influyen directamente en su desarrollo. De esta manera, el riesgo de la negligencia excede tanto la individualidad del niño como su dinámica familiar, abarcando factores externos que exigen un mismo nivel de intervención.

Considerando este nuevo foco en torno a la negligencia infantil, se redefinen los factores de riesgo de esta:

-Factores de riesgo relacionados con el niño

Dicha presencia de factores de riesgo relacionados con el niño no significa que el mismo sea de ninguna manera responsable de su maltrato. Conocer las características de los niños que están asociados con un mayor riesgo de negligencia puede ayudar a identificar a aquellos que son vulnerables. Estos factores incluyen la edad, el comportamiento y la discapacidad del niño.

En cuanto a la edad, podría concebirse como un factor de riesgo si se plantea que los bebés y los niños de temprana edad dependen directamente de sus padres o cuidadores para satisfacer sus necesidades básicas, incrementando su vulnerabilidad.

En cuanto al comportamiento del niño, se sabe que los niños que presentan trastornos de conducta, con competencias sociales deficientes, conductas internalizadas o externalizadas, corren un mayor riesgo de ser desatendidos y por ende víctimas de negligencia infantil (Avdibegovic y Brkic, 2020).

Las discapacidades del niño, tanto físicas como mentales, también abarcan otro factor de riesgo en el sentido que un niño con discapacidades está 4.6 veces más expuesto a ser víctima de negligencia infantil que un niño que no presenta las mismas. Este riesgo depende del tipo de discapacidad y las correspondientes necesidades del niño.

-Factores de riesgo relacionados con los padres/cuidadores

El aislamiento social, las experiencias negativas de los padres en su infancia, la relación con sus propios padres, la falta de conocimientos y habilidades, el uso de sustancias psicoactivas, las

actividades delictivas, el estrés, la baja autoestima, las dificultades en la regulación afectiva, el desempleo y la falta de apoyo social son solo algunos de los factores de los padres que aumentan el riesgo de negligencia infantil. Esto se debe a que dichos factores afectan la capacidad de los padres para comprender las necesidades del niño, así como para establecer un vínculo estable y seguro (Avdibegovic y Brkic, 2020).

Por ejemplo, los niños cuyos padres son más jóvenes (por ejemplo, adolescentes) corren un mayor riesgo de ser descuidados debido a habilidades y experiencia para la vida limitadas, falta de financiamiento y un ambiente hogareño seguro. Asimismo, dicho riesgo se relaciona a un juicio más pobre condicionado por el desarrollo y una regulación afectiva más débil, presente en los adolescentes.

-Factores de riesgo relacionados con la familia

Estos factores se vinculan a aspectos que conciernen a los miembros de la familia, como por ejemplo el número de miembros, las relaciones que los mismos establecen entre sí y con otros, la violencia doméstica y el nivel socioeconómico de la familia como conjunto. Por ejemplo, en cuanto a la violencia doméstica, se la considera un factor porque, cuando las madres abusadas tienen dificultades para hacer frente a las consecuencias de la violencia, suelen centrarse en una pareja violenta y generalmente no pueden satisfacer las necesidades básicas de sus hijos (Avdibegovic y Brkic, 2020).

-Factores de riesgo relacionados con el ambiente de vivienda familiar

A diferencia de los anteriores, estos factores no se refieren a las características de los miembros de la familia, sino a aquellos aspectos del *contexto* en el que la familia vive. El bajo nivel socioeconómico del vecindario, la carencia de apoyo de la comunidad, la inaccesibilidad a programas sociales de salud, y la disponibilidad de alcohol son algunos factores que incrementan las probabilidades del surgimiento de negligencia infantil.

Con el fin de medir la negligencia parental, Dubowitz utiliza la Escala de Negligencia, presentada en 1995 por Straus, Kinard y Williams. La misma cuenta con 40 ítems, en los que los encuestados califican el grado en el que están o no de acuerdo con cada ítem en una escala tipo Likert de 4 puntos (1= totalmente de acuerdo; 4 = totalmente en desacuerdo) (Dubowitz, Harrington, Ting y Depanfilis, 2002). A continuación se presenta la Escala de Negligencia traducida al español, y cada ítem es identificado con una clasificación conceptual de la negligencia.

1. Me llevaban a lugares donde podía aprender cosas como un zoológico o una biblioteca. (*Cognitiva*).
2. No me prestaban atención. (*Emocional*).
3. Se aseguraban de llevarme a un dentista cuando lo necesitaba. (*Física*).

4. No les importaba si lo que hacía estaba bien o mal. (*Supervisión/Emocional*).
 5. Me dejaban solo sin un adulto cuando era demasiado joven para eso. (*Supervisión*).
 6. No me abrazaban. (*Emocional*).
 7. Me dejaban fuera de la casa a propósito. (*Supervisión/Física/Emocional*).
 8. Ignoraban mis sentimientos acerca de las cosas. (*Emocional*).
 9. Hacían cosas conmigo solo por diversión. (*Emocional/Cognitiva*).
 10. Se aseguraban de que durmiese lo suficiente. (*Física/Supervisión*).
 11. No estaban interesados en mis actividades o pasatiempos. (*Emocional/Cognitiva*).
 12. No me ayudaban con la tarea. (*Cognitiva*).
 13. No me daban ropa limpia. (*Física*).
 14. Querían saber qué estaba haciendo cuando no estaba en casa. (*Supervisión*).
 15. Estaban orgullosos cuando tenía éxito en algo. (*Emocional/Cognitiva*).
 16. No me consolaban cuando estaba triste. (*Emocional*).
 17. No me mantenían limpio. (*Física*).
 18. No me ayudaban a dar lo mejor de mí. (*Cognitiva/Emocional*).
 19. No se aseguraban de que iba a la escuela. (*Supervisión/Cognitiva*).
 20. No les importaba si me metía en problemas en la escuela. (*Supervisión/Cognitiva*).
 21. No se aseguraban de que viera a un médico cuando lo necesitaba. (*Física*).
 22. No estaban interesados en el tipo de amigos que tenía. (*Supervisión/Emocional*).
 23. No se aseguraban de que hiciera mi tarea. (*Cognitiva/Supervisión*).
 24. No me daban lo suficiente para comer. (*Física*).
 25. Me ayudaban cuando tenía problemas para entender algo. (*Cognitiva*).
 26. Se olvidaban de las cosas que se suponía que debían hacer por mí. (*Emocional*).
 27. No me leían libros. (*Cognitiva/Supervisión*).
 28. No me ayudaban cuando tenía problemas. (*Supervisión/Emocional*).
 29. No me elogiaban. (*Emocional*).
 30. No les importaba si hacía cosas como robar en tiendas. (*Supervisión*).
 31. No mostraban interés en mis calificaciones en la escuela. (*Cognitiva/Supervisión/Emocional*).
 32. No me decían que me amaban. (*Emocional*).
 33. Me hacían saber cuando hacía algo bien. (*Emocional/Cognitiva*).
 34. Ponían límites claros de lo que se me permitía hacer. (*Supervisión*).
 35. No daban razones para querer que hiciera algo. (*Cognitiva/Supervisión/Emocional*).
 36. Se preocupaban de que me meta en problemas después de la escuela. (*Supervisión*).
 37. Mantenían la casa limpia. (*Física*).
 38. No me daban suficiente ropa para abrigarme. (*Física*).
 39. No hablaban conmigo acerca de cosas en las noticias. (*Cognitiva*).
 40. No me daban regalos para mi cumpleaños o fiestas. (*Emocional*).
- (Straus, Kinard y Williams, 1995).

A través de la perspectiva ecológica, Dubowitz plantea 12 necesidades básicas del niño que se encuentran insatisfechas en una situación de negligencia. El autor sostiene que la medida en que se satisfacen las necesidades de un niño existe en un continuo que va desde lo óptimo hasta lo extremadamente inadecuado. Las categorías crudas de "negligencia" o "no negligencia" son demasiado simplistas. Cada una de las necesidades básicas se presenta con sus posibles consecuencias a largo plazo entre paréntesis.

1. **Alimento inadecuado:** no proporcionarle a un niño comidas abundantes y regulares que cumplan con los requisitos nutricionales básicos, o no proporcionar la dieta de rehabilitación necesaria a un niño con tipos particulares de problemas de salud física. (Retraso en desarrollo mental, internalización de conductas problemáticas, disminución de peso de nacimiento, fracaso para prosperar);

2. **Exposición a peligros domésticos:** presencia de condiciones físicas peligrosas obvias en el hogar que podrían resultar en consecuencias negativas para el niño. (Incendios, acceso a armas, intoxicación, caídas);

3. **Higiene personal inadecuado:** no proporcionarle a un niño la atención a la limpieza del cabello, la piel, los dientes y la ropa. (Problemas de salud, obesidad);

4. **Cuidado en salud inadecuado:** no proporcionarle a un niño la atención necesaria por lesiones físicas, enfermedades agudas, discapacidades físicas o condiciones o impedimentos crónicos que, si no se tratan podría tener consecuencias negativas para el niño. (Enfermedades y lesiones no tratadas, muerte, problemas bucales);

5. **Cuidado en salud mental inadecuado:** no proporcionarle al niño el tratamiento necesario para un impedimento emocional o conductual. (Suicidio, delincuencia, fracaso escolar, síntomas psiquiátricos);

6. **Soporte emocional inadecuado:** marcada falta de atención a las necesidades del niño de afecto, apoyo emocional, atención o competencia; estar separado o no involucrado, interactuando solo cuando es absolutamente necesario, sin poder expresar afecto, cuidado y amor por el niño. (Externalización de conductas problemáticas, conductas de alto riesgo, deterioro en desempeño académico);

7. **Estructura parental inadecuada:** no proporcionarle al niño dirección, reglas, disciplina, límites, aprendizaje de valores, ayuda, seguridad. (Riesgos sexuales, conductas de alto riesgo como consumo de sustancias, comportamientos violentos);

8. **Estimulación cognitiva inadecuada:** no proporcionarle al niño técnicas y estrategias para mejorar el rendimiento y la eficacia en la funcionalidad de sus capacidades cognitivas como la memoria, la atención y la percepción. (Retraso de desarrollo motor y social, problemas de lenguaje, agresividad, enlentecimiento de desarrollo socioemocional y cognitivo);

9. **Relación de apego inestable:** no proporcionarle al niño un vínculo emocional que brinde una base segura sobre la cual puede desplegarse con seguridad. (Inseguridad, externalización e internalización de conductas problemáticas);

10. **Situación de vivienda inestable:** traslados de residencia por desalojo o falta de planificación al menos tres veces en un período de 6 meses o falta de vivienda debido a la falta de disponibilidad, vivienda asequible o la incapacidad del cuidador para administrar las finanzas. (Ansiedad, internalización y externalización de conductas problemáticas);

11. **Exposición a conflicto o violencia familiar:** presencia de la violencia en el hogar, como el abuso de la pareja o la violencia entre otras personas que visitan el hogar regularmente. (Problemas de salud física, internalización y externalización de conductas problemáticas, Trastorno por Estrés Post-Traumático);

12. **Exposición a violencia de comunidad o inseguridad en el vecindario:** presencia de violencia en áreas públicas por personas que no están íntimamente relacionadas con el niño, como por ejemplo el bullying, las peleas entre pandillas, los tiroteos en áreas públicas como escuelas y comunidades, guerras civiles, etc. (Problemas de conducta, distrés, deterioro en integración social).

8- Metodología

El presente trabajo fue realizado a través de revisión bibliográfica, y es un tipo de estudio explicativo ya que no solo se desarrollan los conceptos del suicidio y la negligencia infantil, sino que se ofrece una relación entre ambas problemáticas desde determinado marco teórico. La información fue recuperada de artículos originales basados en datos empíricos y en libros, en su mayoría escritos en inglés y traducidos por la autora. La base de datos más utilizada fue Google Scholar.

9- Desarrollo

En base a todo lo planteado previamente, se determina que la negligencia y el suicidio están vinculados. Ahora, la pregunta es la siguiente: ¿puede un sujeto víctima de negligencia infantil, considerando el hecho de que esta última tiene consecuencias a largo plazo, suicidarse por dolor psicológico en su vida adulta? Una posible respuesta podría encontrarse reformulando la pregunta. ¿Puede un sujeto cuyas necesidades básicas de niño fueron insatisfechas verse más predispuesto a, en un futuro, encontrar insatisfechas sus necesidades psicológicas vitales, sufrir de dolor psicológico y suicidarse?

9.1- Articulación entre las necesidades básicas del niño y las necesidades psicológicas

Necesidades básicas niños - Dubowitz

- D1. Alimento inadecuado
- D2. Exposición a peligros domésticos
- D3. Higiene personal inadecuado
- D4. Cuidado en salud inadecuado
- D5. Cuidado en salud mental inadecuado
- D6. Soporte emocional inadecuado
- D7. Estructura parental inadecuada
- D8. Estimulación cognitiva inadecuada
- D9. Relación de apego inestable
- D10. Situación de vivienda inestable
- D11. Exposición a conflicto o violencia familiar
- D12. Exposición a violencia de comunidad o inseguridad en el vecindario

Necesidades psicológicas – Shneidman/Murray

- S1. Abatimiento
- S2. Logro
- S3. Afiliación
- S4. Agresión
- S5. Autonomía
- S6. Contraataque
- S7. Defensa
- S8. Deferencia
- S9. Dominio
- S10. Exposición
- S11. Evasión de daños
- S12. Evasión de vergüenza

- S13. Inviolabilidad
- S14. Crianza
- S15. Orden
- S16. Juego
- S17. Rechazo
- S18. Sensibilidad
- S19. Socorro
- S20. Comprensión

Para comenzar, podría plantearse que la **alimentación adecuada (D1)**, los niveles básicos de **higiene (D3)**, el **cuidado en salud (D4)** y la **estimulación cognitiva (D8)** tanto en el período de gestación como en infancia temprana, son absolutamente necesarios para un desarrollo esperable y saludable del niño, asentando las bases para las habilidades cognitivas, motoras y socioemocionales a lo largo de la niñez y la edad adulta.

Siguiendo la línea de pensamiento de Piaget (1972), quien sostiene que el conocimiento es un proceso activo en el cual tanto el sujeto como el ambiente se transforman dialécticamente, la insatisfacción de las necesidades básicas del niño mencionadas podría impactar en la manera en la que el mismo conoce el mundo, y por lo tanto en su inteligencia. Piaget concibe a esta última como una continuidad de las formas de conocimiento adaptativas, esto quiere decir que a mayor equilibrio entre el sujeto y el ambiente (adaptación), mayor desarrollo cognitivo. Para adaptarse a su entorno, el sujeto cumple con los procesos de asimilación y acomodación, es decir, incorpora nueva información (asimilación) y la integra a sus ideas existentes (acomodación). De esta manera, sus estructuras cognoscitivas se van transformando hasta lograr el desarrollo adecuado y esperable.

Dicho esto, un niño víctima de negligencia que no cuenta con las necesidades básicas de alimento, higiene, cuidado en salud y estimulación cognitiva tendrá, desde este punto de vista, más dificultades para desarrollar las habilidades cognitivas necesarias para conocer y mantener un equilibrio con su entorno. Estas son la noción de objeto, de espacio y tiempo, la permanencia, la función simbólica, el lenguaje, la clasificación, la lógica formal, el pensamiento deductivo, entre otras. Por este motivo, podría plantearse que tanto en la niñez como en la vida adulta ese individuo tendrá obstaculizada su satisfacción de la necesidad psicológica de **comprender** el cómo y el por qué de las cosas (**S20**), de **ordenar (S15)** y organizar sus ideas, de concebir y **lograr** sus objetivos (**S2**), y de identificar las experiencias confortables de su entorno (**sensibilidad, S18**). Asimismo, es probable que dado este escenario, el sujeto también se vea expuesto a situaciones de humillación, relacionadas por ejemplo, a su rendimiento en el ámbito académico, poniendo en juego su necesidad psicológica de **evasión de vergüenza (S12)**.

La necesidad psicológica de saber resignarse, someterse pasivamente a la fuerza externa y admitir una derrota (**abatimiento, S1**) puede ser necesaria en determinado momento de la vida del sujeto, por ejemplo en situaciones en las que se debe aceptar un castigo como consecuencia de acciones propias que no tienen justificación. Para poder discernir en qué momentos es conveniente y estratégico realizar esta conducta a diferencia de otras (como defenderse), puede ser necesario contar con cierto nivel de conocimiento y contacto con el entorno que permita pensar a largo plazo y poder analizar las ventajas y desventajas de actuar de cada manera.

Desde la teoría piagetiana, la necesidad psicológica del **juego (S16)**, tanto en el niño como en el adulto, se vería enormemente estorbada en una situación de negligencia. Para poder jugar, según Piaget es absolutamente necesario que el niño posea la función simbólica correspondiente al estadio de conocimiento denominado pre-operatorio, en donde el niño de 2 años ya posee la noción de objeto y la retención de representaciones e imágenes mentales. Debe ser capaz de salir de su realidad para crear un nuevo espacio donde *hace de cuenta que*, adoptando otros roles que requieren otorgarle un nuevo significado a las cosas (como por ejemplo utilizar una escoba como un caballo). Podría plantearse que lo mismo sucede en el adulto, en las situaciones tornadas experiencias placenteras y de entretenimiento donde se les adjudica un nuevo valor y sentido a determinadas acciones (por ejemplo las relaciones sexuales, como sostiene Murray). Lo mismo podría estimarse de la necesidad psicológica de la **exposición (S10)**, ya que para poder entretener a los demás y disfrutar de su atención, puede considerarse necesaria cierta capacidad lúdica para adoptar determinado personaje dramático o divertido, o de concebir ciertos eventos o sucesos de determinada manera.

Ahora bien, al igual que el desarrollo cognitivo se relaciona a las necesidades de alimento, higiene, cuidado en salud y estimulación cognitiva, (que a su vez se vinculan con otras necesidades a largo plazo), puede sostenerse que lo mismo sucede con otro grupo de necesidades básicas. El **apego seguro (D9)**, la **estructura parental estable (D7)**, y el **soporte emocional (D6)** también son cruciales para el desarrollo de la relación que el individuo tendrá consigo mismo, con los demás y con el mundo.

En 1930 y 1940, se comienzan a hacer investigaciones que estudian los efectos negativos que el cuidado institucional prolongado y los frecuentes cambios de la figura materna durante los primeros años de vida tienen sobre el desarrollo de la personalidad (Bowlby, 1988). Dentro de los investigadores clínicos se encontraba Bowlby, psicólogo y psiquiatra inglés, quien publica años más tarde su trabajo *Maternal Care and Mental Health*. En el mismo, Bowlby analiza datos de los efectos adversos de la privación de cuidados maternos, presentando a su vez medios para prevenirla. Aunque su teoría era que dicha privación incide en el desarrollo de la personalidad del individuo, no explica la manera en la que esto ocurre, ya que para ese momento no había

grandes fundamentos teóricos que validasen esta línea de pensamiento. Una de las teorías más importantes del momento se basaba en el alimento, afirmando que la razón por la cual el niño desarrolla un estrecho vínculo con su madre es porque ella es quien lo alimenta. Bowlby cuestiona esta llamada Teoría de la Vía Secundaria (la vía primaria es el alimento, la secundaria la dependencia) al plantear que de este modo, un niño en su edad temprana se apegaría con facilidad a cualquiera que lo alimentase, y esto no es así.

Entonces, buscando otra alternativa para explicar sus ideas, Bowlby conoce el trabajo de Konrad Lorenz, gran etólogo y zoólogo, quien estudia los comportamientos instintivos en las crías de gansos. Lorenz observa cómo al nacer, las crías seguían al primer objeto en movimiento que veían, independientemente de si era o no su madre. Lo más sorprendente es que establecían un vínculo muy cercano a este primer objeto. Lorenz llama "impronta" (proceso conocido como imprinting) a este patrón de comportamiento biológico, y por más de que ya se había observado en investigaciones anteriores, él es quien lo describe como un vínculo *instintivo* en determinadas especies de aves, cuyo valor se basa en la supervivencia de la especie. Sus descubrimientos revelan que en algunas especies de animales se puede desarrollar un vínculo maternal *sin* el alimento como intermediario (ya que las crías se alimentan solas cazando). Gracias a esto, Bowlby comienza a estudiar etología, es decir la ciencia del comportamiento animal, para encontrar un fundamento teórico que explicase los lazos íntimos de los seres humanos al nacer y a lo largo de su vida de manera instintiva, tal como lo hacían las crías de Lorenz. Es en ese momento donde se dan a conocer las grandes conclusiones de Harry Harlow, psicólogo que, tras investigar el comportamiento de los macacos (especie de primates) de la India, descubre que las crías muestran una marcada preferencia por una madre artificial de felpa que no brinda ningún alimento, por *sobre* una madre artificial de alambre que si lo hace. Se refuta entonces la Teoría de la Vía Secundaria, dándole lugar a nuevas conceptualizaciones del imprinting y el apego.

Bowlby sostiene que los seres humanos poseen una tendencia innata a establecer lazos emocionales íntimos con determinados individuos. Cuando un niño nace y se encuentra en un estado de indefensión absoluta, instintivamente busca proximidad y protección de un otro. Este puede ser la madre, el padre, o cualquier cuidador que brinde la atención, el afecto y el cariño necesarios para el desarrollo del niño (cualquiera de estos 3 términos será utilizados como representante de los demás). En otras palabras, Bowlby sostiene que las conductas de apego, es decir, aquellas destinadas a conservar la proximidad con determinado individuo, surgen desde un comienzo y se mantienen a lo largo de toda la vida, en forma de las relaciones amistosas y amorosas, por ejemplo. Las conductas de apego se organizan formando un sistema, que se activa frente a cualquier situación de separación, miedo e inseguridad, y se equilibra una vez hallada la protección. En la actualidad, se conoce que hasta los 8 meses el bebé no desarrolla la noción de una figura de apego discriminada, sino que todos sus comportamientos tempranos corresponden al imprinting, conductas biológicamente programadas para que el apego

efectivamente ocurra en un futuro. Es por alrededor del 8vo mes que finalmente se forma y se internaliza el procesamiento mental del apego discriminado, donde el niño reconoce que es su madre, por ejemplo, aquella persona que lo protegerá y sostendrá en momentos de alto estrés y peligro (Di Bártolo, 2016). La Teoría del Apego es entonces un intento de explicar tanto la conducta de apego episódica como los apegos duraderos que los niños y otros individuos tienen con otras personas (Bowlby, 1988).

Uno de los puntos más importantes de la teoría de Bowlby y sus investigaciones junto con Mary Ainsworth, es el concepto de las pautas o tipos de apego. Tras su experimento llamado Prueba de la Situación Extraña, Bowlby y Ainsworth buscaron analizar cómo se activaba el sistema de apego de un niño entre 12 y 18 meses cuando un extraño entraba en un cuarto donde el niño estaba jugando acompañado de su cuidador primario. El procedimiento era el siguiente: el niño y su madre entran en el cuarto, se le pide a esta última que se mantenga al margen mientras el niño explora. Luego, una persona desconocida entra al cuarto, habla con la madre y se acerca al niño con un juguete. La madre se retira del cuarto en silencio y la otra persona deja que el niño juegue y si este no lo hace, lo motiva para hacerlo. Después, la madre vuelve al cuarto y espera a que el niño responda, mientras el extraño se retira. Una vez que el niño vuelve a acomodarse, la madre se retira una segunda vez. El extraño vuelve a entrar y a acercarse al niño con un juguete, y finalmente la madre ingresa al cuarto una última vez y toma en brazos al niño.

La mayoría de los niños mostró dos comportamientos comunes. En primer lugar, una protesta de separación la primera vez que la madre se retira del cuarto, y en segundo lugar, mirar a su madre en busca de seguridad en el momento que el extraño entraba al cuarto y se acercaba a ellos. Las grandes diferencias se observaron en el reencuentro con la madre. Un primer grupo de niños se acercaba al verla regresar, y esta respondía besándolo, abrazándolo, o, en caso de los padres, esto se expresaba con una caricia en el pelo. Según los investigadores, estas conductas (tanto de las madres como de los padres) transmitían, con pequeñas variaciones, un mismo mensaje: “perdón que te dejé, siento que estés mal, comprendo que te sientas así, te quiero, ya pasó.” Frente a esto, los niños asimilaban que es correcto tener sentimientos y emociones, que esta bien mostrárselas a su madre, que es amado y cuidado. Luego del reencuentro, rápidamente este grupo de niños volvía a jugar por su cuenta, explorando el cuarto y los juguetes con seguridad. Bowlby y Ainsworth llamaron a este grupo de niños “niños con apego seguro” (Shemmings y Shemmings, 2011).

Un segundo grupo no se acercaba cuando la madre volvía al cuarto y no se mostraba ansioso en su separación. De todas maneras, si los niños llegaban a mostrar ciertos índices de tristeza frente a su retorno, la madre los miraba con la expectativa correctiva de que manejen por sí mismos sus emociones, sin tomarlos en sus brazos o acariciarlos. En esta situación, el mensaje transmitido era el siguiente: “me enojaré si te pones mal porque no hay razón para estarlo. Solo

tendrás mi atención si te comportas bien, es decir, si te controlas.” Frente a esta conducta, el niño no sabe con seguridad qué siente su madre por él, entiende que no es buena idea mostrarle sus sentimientos e intentará comportarse y controlarse pase lo que pase para evitar ser rechazado. Este grupo fue denominado “niños con apego inseguro evitativo”.

El tercer grupo de niños mostraba otro tipo de comportamiento. Cuando regresaban sus madres, querían ser alzados y sostenidos, pero esto no los calmaba. Inmediatamente querían volver al piso, para nuevamente pedir los brazos de la madre. La misma se mostraba confusa, sin saber cómo manejar la situación. El mensaje transmitido era “encuentro esta situación altamente estresante, no sé como hacer para parar tu llanto, si rendirme o enojarme aún más.” Los niños, según los investigadores, captaban lo siguiente: “no sé qué hacer para captar la atención de mi madre. A veces me da de comer cuando tengo hambre, y otras veces cuando ella tiene hambre; a veces juega fuerte cuando yo necesito calma, y otras veces se queda totalmente en silencio. No logro descifrar a mi madre, no sé cómo me ve y qué tanto me quiere.” Es la falta de consistencia lo que genera desconfianza en el cuidador, generalmente acompañada de altos niveles de ansiedad y angustia ante la separación y gran dificultad para calmarse tras su reencuentro. Bowlby y Ainsworth llamaron a este grupo de niños “niños con apego inseguro ansioso/ambivalente” (Shemmings y Shemmings, 2011).

Sin embargo, Bowlby y Ainsworth descubrieron un cuarto grupo de niños que no entraba dentro de ninguno de los anteriores. Por más de que se comportaban en su mayoría de manera similar a los demás cuando su madre se iba del cuarto y cuando ingresaba el extraño, el cambio se notaba en el momento en el que se reunían con su cuidador. Las conductas de estos niños manifestaban una desorganización, manifestada a través de comportamientos contradictorios (angustia ante separación pero indiferencia en el reencuentro), comportamientos mal dirigidos (buscaban proximidad con el extraño), conductas estereotipadas (se tiraban del pelo repetidamente) o comportamientos de freezing (los niños comenzaban a caminar hacia su madre, pero llegaba un momento en el que frenaban, quedándose quietos por 15-20 segundos, a veces tapándose la cara con las manos, o acercándose muy despacio, girando la cabeza para no verla). Bowlby y Ainsworth denominaron a este grupo como “inclasificables” y decidieron estudiar sus historias clínicas. Descubrieron que muchos habían sido víctimas de abuso o negligencia. Por ejemplo, niños que son ignorados cuando lloran desconsolados ya sea con miedo, hambre o sueño, niños que acceden a peligros domésticos como por ejemplo jugar con enchufes mientras los padres no hacen nada para impedirlo, o niños maltratados tanto física, sexual o emocionalmente. Fue recién en 1990 cuando Mary Main y Judith Solomon comenzaron a analizar sistemáticamente el comportamiento de este grupo de niños. Se lo denominó “niños con apego desorganizado”.

En resumen, los niños con apego seguro aprenden instintivamente que la expresión de sus necesidades es sana y que su cuidador se esforzará en comprenderlas y regularlas. Ante su ausencia muestran niveles esperables de ansiedad, pero son capaces de jugar y relacionarse con el ambiente de manera segura, teniendo confianza en que no serán abandonados y en explorar el mundo sabiendo que pueden retornar a su “refugio”, su base. Los niños con apego inseguro evitativo aprenden que la mejor manera de que su madre este disponible es no mostrando sus sentimientos para no ser rechazados. Los niños apego inseguro ansioso/ambivalente desconocen la predicción de las conductas de su madre, y aprenden que para que la misma este disponible deben comportarse más aleatoriamente, siendo aún más impredecibles, y hasta más intensos en su búsqueda de atención, con altos niveles de ansiedad. Los niños con apego desorganizado cuentan con relaciones con sus padres basadas en el cariño pero también en el miedo, lo que deja al niño constantemente inseguro de cómo el cuidador responderá a sus necesidades.

Ahora bien, lo más importante es que una vez desarrolladas, estas pautas de apego tienden a persistir. Cada niño internaliza el modo en que se relaciona con sus padres o cuidadores, tanto que la pauta observada a los 12 meses de edad permite predecir cómo el niño se comportará en un grupo infantil en ausencia de la madre tres años y medio más tarde (Bowlby, 1988). En concreto, Bowlby plantea que cada niño tiene su propia serie individual de caminos potenciales para el desarrollo de su personalidad. El camino particular por el que avanza esta determinado por su entorno y por el modo en que sus padres o cuidadores lo tratan. Es en este punto donde es importante detenerse. Como ya se mencionó, gracias a la internalización de la relación de apego que el niño tiene en su infancia, se genera un marco cognitivo de representaciones mentales para comprender el mundo, el sí mismo y los demás. Las pautas de apego se internalizan en la memoria procedimental, estructurando gran parte del comportamiento de manera automática y pre-lingüística (Di Bártolo, 2016).

Entonces, teniendo en cuenta todo lo planteado hasta ahora, se puede considerar que hay varias necesidades psicológicas que podrían verse insatisfechas a largo plazo a causa de una base de apego inseguro o desorganizado, una falta de soporte emocional y una estructura parental inadecuada.

En primer lugar, la necesidad psicológica de la **afiliación (S3)**. Para vincularse con otros, formar amistades y relaciones y mantenerlas, es sumamente necesario reconocer las propias emociones para también identificarlas en los demás y saber ponerse en el lugar del otro. Bowlby sostiene que la regulación emocional es el resultado de la manera en la cual la primera figura de apego responde a las señales de malestar del niño. Así como responde su madre, el niño aprenderá a regularlas por sí mismo, ya que una vez internalizada la pauta de apego, organizará una serie de estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes o de peligro. Cuanto

más amplio sea el rango de emociones que un niño aprende a experimentar (y a las que responda), más amplio será el rango de emociones que el adulto podrá comprender, experimentar y responder en sí mismo y en otros.

La necesidad psicológica de relacionarse a los demás puede verse obstaculizada en los casos que no se cuente con todos los recursos desarrollados en un tipo de apego seguro, en términos de confianza, empatía, solidaridad, respeto, seguridad. Como se mencionó, los niños con apego inseguro evitativo, acostumbrados al estado de ánimo impredecible de su madre, tienden a distanciarse para evitar ser rechazados. En su vida adulta, esta pauta de apego puede observarse con una dificultad para confiar en los demás, ya que de niños aprendieron que la cercanía casi siempre conlleva separación o ignorancia. Estos adultos pueden presentar problemas para reconocer sus emociones, generalmente negándolas, al igual que lo hacen con las del resto. Los niños con apego inseguro ansioso/ambivalente tienden a crecer como adultos muy dependientes de los demás, con constante miedo a su rechazo o abandono, necesitando su constante aprobación. Esto puede llevar a excesos de ansiedad o de celos ante una posible separación, acompañados de una necesidad de controlarlo todo. Los niños con apego desorganizado tienden a no poseer estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes, y esto puede mantenerse en su vida adulta, expresándose no solo en conductas impulsivas sino también en ansiedad y depresión (Simpson y Rholes, 2017).

Asimismo, la necesidad psicológica de **socorro (S19)** puede verse comprometida en un futuro en situaciones en las que estos individuos no posean la capacidad de pedir ayuda en situaciones de peligro, estrés o inseguridad. Asimismo, la necesidad de **rechazo (S17)** puede verse obstaculizada ya que no solamente pueden no pedir la ayuda necesaria porque no esperan ser calmados de esa manera (pues nunca lo fueron), sino que además pueden no discriminar y mantenerse indiferentes frente a aquellas situaciones y personas que alteran sus estados afectivos, ya que cuentan con dificultad para reconocerlos en un primer lugar.

Por un lado, la necesidad psicológica de admirar y seguir a un superior (**deferencia (S8)**), también podría dificultarse por la desconfianza hacia los demás, ya que puede considerarse necesaria la creencia de que aquella otra persona a la que uno admira brindará protección y cuidado, lo que eventualmente lleva al sujeto a depender de la misma. Por otro, la necesidad psicológica de influir y persuadir a los demás, de organizar el comportamiento de un grupo (**dominio (S9)**), requiere, según Murray, una gran noción de auto-confianza, probablemente carente o insuficiente en un sujeto que de niño no tuvo una relación de apego estable que se la propiciase en un primer lugar.

La relación de apego inseguro o desorganizado, acompañada de una carencia de soporte emocional y estructura parental, también puede generar dificultades para satisfacer la necesidad

psicológica de la **crianza (S14)**. Podría pensarse que así como la pauta de apego se internaliza y conforma los modelos internos de procesamiento, dicho estilo de crianza puede transmitirse de generación en generación. De todas maneras, este ciclo puede romperse gracias a nuevas relaciones tanto con amigos, parejas o incluso relaciones terapéuticas, que justamente conformen nuevas figuras de apego que reorganicen los modelos de procesamiento del individuo (Di Bártolo, 2016).

La necesidad psicológica de la **autonomía (S5)** podría considerarse insatisfecha en el caso de que un niño no cuente con la satisfacción de las necesidades básicas mencionadas. Según Donald Winnicott (1971), cuando el niño nace, aún no separa el ambiente como realidad externa, pues es poco a poco que se va definiendo una separación yo-no-yo. El primer cambio que experimenta es la separación de la madre como rasgo ambiental objetivo. Winnicott plantea que el papel de la madre en contribuir que dicho cambio ocurra es fundamental. Sus funciones en este proceso son sostener, manipular su cuerpo y presentar objetos al niño, es decir mostrarle el mundo y propiciar su relación con él. Este primer momento da lugar a un “tiempo identificante” donde el bebé, al mirarse con su madre en un encuentro intersubjetivo, observa su *propio* estado de ánimo. En otras palabras, al mirar el rostro de su figura de apego, el niño se ve a sí mismo. Aquellos niños que no cuentan con la satisfacción otorgada por las funciones de su madre muestran un atrofiamiento de la capacidad creadora (por ejemplo, menor capacidad para jugar), buscan otras formas de conseguir que el ambiente les devuelva algo de sí, o estudian a su madre haciendo lo posible para encontrarle un significado e intentando predecir su estado de ánimo (Winnicott, 1971). Entonces, gracias a la mirada de la madre y a todas las funciones mencionadas, se impulsa en el bebé su instinto creativo y se alimenta la ilusión de que él mismo es el creador de todos los objetos, que estos giran en torno a él. La madre contribuye a dicha ilusión satisfaciendo todas sus necesidades para dar lugar a que se desarrolle un yo fuerte. Ahora bien, llega un momento en que esta supuesta omnipotencia debe ser desilusionada para lograr la separación de la madre y el reconocimiento de que existe un *no-yo*, es decir objetos ajenos al control de uno. Esta tarea de ilusión-desilusión también es responsabilidad del cuidador primario del bebé, funcionando como la denominada madre suficientemente buena. Winnicott sostiene que si la madre no falla, es decir es “totalmente buena”, esto dará lugar a la patología, ya que el niño no podrá desligarse de su madre y no conformará un yo precoz diferenciado del resto. Si no hay un yo, no podrá haber un no-yo. La madre debe necesariamente renunciar y frustrar las necesidades del bebé de manera regulada para que finalmente (contando ahora con la base yoica desarrollada), el niño aprenda que los objetos no siempre obedecen a su demanda, y que él es uno más del conjunto, independiente del resto, de su madre principalmente. Es con esta autonomía que podrá relacionarse libremente con el mundo (vía el juego, por ejemplo) y establecer relaciones con los demás.

La relación entre la perspectiva de la mirada de la madre según Winnicott y la Teoría del Apego es que aquellas funciones principales están en manos de la figura de apego principal. Es en base a la dependencia que surge la independencia, un niño que cuenta con una base segura a la cual retornar es capaz de explorar el mundo de manera autónoma. Existe la creencia cultural que brindarle al niño determinados cuidados y seguridades desde su temprana infancia causan altos niveles de dependencia a largo plazo, cuando esto es en realidad todo lo contrario. Un niño que a los 2 años se ve como “independiente”, que va por el mundo autosatisfaciéndose, desde esta teoría no conforma un atributo positivo, ya que sería un indicio de una falta de apego seguro (Di Bártolo, 2016).

La necesidad psicológica de **evadir determinados daños (S11)** como el dolor o lesiones, puede vincularse a la relación de apego en la infancia temprana. En su obra *Deprivación y delincuencia* (1984), Winnicott sostiene que la tendencia antisocial está directamente relacionada con la deprivación emocional de un niño. Cuando el mismo se encuentra despojado del cuidado y amor de su madre y figura de apego por determinada cantidad de tiempo, y es por ejemplo introducido en el sistema de adopción en el cual desafortunadamente no vuelve a contar con cuidadores dedicados a su crianza y seguridad, Winnicott plantea que llega un momento en el que la base segura que se estaba construyendo en la primera relación se pierde. Es aquí donde se encuentra el origen de las conductas antisociales de los adolescentes y jóvenes, como el robo y las conductas impulsivas y destructivas. Para Winnicott, el niño que sufrió de una deprivación en su temprana infancia percibe tarde o temprano que la causa del desastre al que fue sometido radica no en una falla propia, sino ambiental, es decir una falla externa. De esta manera, a lo largo de su desarrollo, el sujeto busca una *nueva* provisión ambiental que repare su pérdida. Una vez encontrada, surge en sí mismo el impulso (como sostiene Bowlby, la tendencia innata) de vincularse finalmente con un objeto, pero al mismo tiempo percibe la amenaza de la incompasión inminente. Según Winnicott, esta situación de alerta conduce al sujeto a agitar y poner a prueba el ambiente a través de conductas disruptivas, comprobando qué tan tolerante y resistente es el ambiente que en su momento le falló. Desde este punto de vista, puede pensarse que aquel niño que no cuenta con una relación de apego estable, el soporte emocional y la disciplina parental adecuada, tiene más probabilidades de encontrarse comprometido en situaciones riesgosas y delictivas que lo lleven a experimentar dolor, enfermedades, lesiones o incluso la muerte.

Este punto puede verse asimismo planteado desde la Teoría del Apego en el sentido de que un adulto con apego desorganizado tiende a colapsar frente a situaciones de estrés, generalmente tomando decisiones precipitadas, por ejemplo. Así, podría verse conducido a situaciones dañinas.

La evasión de daños también puede verse altamente insatisfecha si a la relación de apego inestable se le suma un contexto familiar, institucional y comunitario que mantenga la

negligencia. Considerando la teoría ecológica de la negligencia infantil planteada por Dubowitz, los padres no son los únicos que influyen en el desarrollo biopsicosocial del niño y en la formación de su futura personalidad. Otros miembros de la familia o personas que repercuten en el funcionamiento de la misma (por ejemplo, el jefe de los padres que puede ajustar su sueldo de manera tal que impacte en la economía familiar y en la satisfacción de necesidades básicas), junto a miembros de la comunidad y de las instituciones que rodean al niño también pueden ser responsables, en mayor o menor grado, del nivel de negligencia al que el niño está expuesto. Así es como se concibe que la **seguridad familiar (D11)** y **comunitaria (D12)**, la **estabilidad de la situación de vivienda (D10)** y la **protección frente a peligros domésticos (D2)** son necesidades básicas que rodean al niño que deben cumplirse para propiciar su desarrollo sano. Si se encuentran insatisfechas, uno no estaría equivocado si se atreviese a pensar que aumentaría la gravedad de las consecuencias ya mencionadas sobre la concepción de sí mismo, de los demás y del mundo, y sobre el comportamiento activo y dialéctico entre el sujeto y su entorno. En un ámbito de violencia familiar, es muy poco probable que el niño pueda tanto en su infancia como luego en su adultez, satisfacer la necesidad psicológica de la **inviolabilidad (S13)**, es decir la necesidad de protegerse a uno mismo y a su espacio psicológico, y evitar el desprecio del amor propio. Lógicamente, en los casos donde la negligencia supera a la misma familia, las probabilidades de que el niño encuentre apoyo en otro espacio disminuyen. Puede pensarse que lo mismo sucede con la capacidad de **defenderse (S7)**, **contraatacar (S6)** o superar situaciones mediante la fuerza (**agresión, S4**), ya que para poder mantenerse firme, justificarse y hacerse valer, es necesario contar con un mínimo de autoestima que puede estar carente en un niño víctima de negligencia.

En último lugar, la situación empeora aún más si el niño cuyas necesidades básicas son insatisfechas no cuenta con un **cuidado en salud mental adecuado (S5)**. Los trastornos mentales pueden presentarse de diversas maneras, desde trastornos del neurodesarrollo, trastornos depresivos, de ansiedad, de la personalidad, neurocognitivos, relacionados con traumas, entre otros. Estos son el resultado de un complejo interjuego entre factores genéticos y ambientales. Los niños víctimas de negligencia infantil están expuestos a factores de riesgo que pueden desencadenar determinados trastornos a lo largo de toda la vida, como por ejemplo el Trastorno Depresivo Mayor, Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, el Trastorno de Personalidad Antisocial, Trastorno de la Personalidad Límite o el Trastorno por consumo de alcohol. No obtener la ayuda de un equipo profesional especializado en salud mental puede exacerbar la sintomatología de los trastornos, causándole más malestar clínicamente significativo al sujeto, tanto en su niñez como en su vida adulta. En consecuencia, el sujeto presentará deterioro en tanto en el ámbito personal (autonomía, higiene), interpersonal, laboral, o cualquier otro campo importante de su funcionamiento, lo que lógicamente estaría acompañado de una insatisfacción de determinadas necesidades psicológicas.

Finalmente, podría plantearse que la insatisfacción de las 12 necesidades básicas del niño propuestas por Dubowitz puede tener efectos a largo plazo manifestados en los modos en los que la persona se concibe a sí mismo y los demás, en cómo conoce y explora el mundo que lo rodea, introduciéndolo en terrenos en los que ciertas necesidades psicológicas pueden quedar insatisfechas. En otras palabras, puede pensarse que la insatisfacción de necesidades básicas se vincula la insatisfacción de necesidades psicológicas a largo plazo, dejando al sujeto con más probabilidades de presentar dolor psicológico.

9.2- Discusión: Negligencia infantil y dolor psicológico, una mirada del suicidio

Comprendiendo la relación entre la insatisfacción de las necesidades básicas del niño y la posterior insatisfacción de necesidades psicológicas, ¿acaso esto significa que todos los niños víctimas de negligencia infantil serán futuros suicidas? Como sostiene Shneidman, para que se produzca el escenario del suicidio, no basta solamente con el dolor psicológico, más allá de que sea el factor más importante (Shneidman, 1993). De hecho, muchas personas pueden experimentar dolor psicológico a lo largo de su vida, y no todas ellas terminan con su vida.

Shneidman plantea que la insatisfacción de necesidades psicológicas, por ende el surgimiento de dolor psicológico, sucede frente a *algo* que le pasa al sujeto, proveniente tanto de su mundo interno o externo. Este suceso actúa como un desencadenante, aumentando los niveles de “presión” (así denominada por Murray y Shneidman) del sujeto. Son cosas realizadas hacia el mismo, a las que reacciona, incorporándolas e interpretándolas. La presión puede ser positiva, como por ejemplo buena genética y buena suerte, o negativa, como condiciones que perturban, amenazan, estresan y dañan al sujeto. Es importante notar que incluye tanto los eventos reales como los imaginados, ya que todo esta mediatizado por la mente (Shneidman, 1993).

Entonces, teniendo en cuenta que los adultos que fueron víctimas de negligencia infantil pueden hallarse más predispuestos a experimentar dolor psicológico, la manera en la que conciben y perciben aquello que les sucede juega un rol sumamente importante en el posible surgimiento y progreso de su malestar. Las posibles dificultades cognitivas causadas por la negligencia podrían llevar al sujeto a definir como un problema un evento estresante al que se enfrenta. Por este motivo, el grado de presión (en términos de Shneidman) puede aumentar, subiendo asimismo las probabilidades de que ciertas necesidades psicológicas se encuentren insatisfechas.

Además de un alto nivel de presión, es necesario un aumento en el grado de perturbación del sujeto, es decir de constricción y letalidad (inclinación a la acción). Como se mencionó previamente, la constricción cognitiva implica un estrechamiento en el campo perceptual del sujeto que lo conduce a reducir la solución de su problema a dos opciones, seguir viviendo y sufriendo, o frenar el dolor. Contrariamente, la baja perturbación en términos de constricción se presenta como apertura y claridad mental. La negligencia infantil también podría contribuir a que el adulto que experimenta tanto presión como dolor psicológico presente asimismo un aumento de constricción. Las consecuencias de la insatisfacción de necesidades básicas en la niñez obstaculizan el desarrollo de las estrategias de afrontamiento del sujeto, dificultando su capacidad para reconocer los recursos que posee e identificar las redes de apoyo que podrían ayudarlo. Por esta carencia, podría esperarse una disminución de la gama de posibles soluciones a las que podría acudir.

Considerando los altos niveles de presión, dolor psicológico y constricción, es necesario aún una aumentada inclinación a la acción, es decir algo que *dispare* la motivación del acto del suicidio. Shneidman la define como la tendencia de un sujeto a acabar con los asuntos, a resolver cuestiones de forma impulsiva, a llegar rápidamente a conclusiones. Según este criterio, un bajo nivel de la misma implica paciencia y tolerancia a la ambigüedad, mientras que el nivel alto se vincula con acción y presunción precipitada, y fundamentalmente, con la letalidad (Shneidman, 1993). Como se planteó, una consecuencia de la negligencia infantil es el déficit de las funciones ejecutivas del sujeto, dificultándose su capacidad para analizar, planificar y tomar decisiones, evaluar y regular su comportamiento, entre otras. Por este motivo, podría esperarse que frente a determinadas situaciones el sujeto se incline hacia una resolución rápida e impulsiva, aumentando las probabilidades de que se cumpla el último componente del acto suicida.

Dicho esto, uno puede atreverse a pensar que la insatisfacción de las necesidades básicas en la vida de un niño puede acompañarlo a lo largo de su desarrollo personal e interpersonal, estructurando sus modos de pensar, sentir y actuar. Dado el amplio espectro de las consecuencias de la negligencia infantil, se puede concluir que el factor principal del suicidio, es decir la insatisfacción de sus necesidades psicológicas, puede verse afectado, dejando cierta predisposición a que el sujeto experimente, tarde o temprano, dolor psicológico. Además, tanto la concepción de aquello a lo que el sujeto se enfrenta (presión), como el modo en que se perciben las posibles soluciones frente a lo que le pasa (constricción), y la toma de decisiones para llevarlas a cabo (inclinación a la acción) también podrían ser influenciadas por las consecuencias de la negligencia. Así, finalmente puede plantearse que la insatisfacción de necesidades básicas en la infancia podría causar que a largo plazo el sujeto se encuentre, literalmente, en el límite entre la vida y la muerte.

10- Conclusión

A modo de cierre, queda resaltar el papel altamente responsable de la psicología como ciencia para seguir estudiando e investigando las complejidades que conforman el suicidio y la negligencia infantil. Es innegable que las experiencias de los primeros años de vida nos estructuran como individuos. Tampoco se puede negar que muchos no volverían a sus primeros años o modificarían aspectos de su infancia que muchas veces son difíciles de olvidar. Afortunadamente, esa misma cognición que puede atormentarnos nos brinda al mismo tiempo la potencialidad de elegir estar mejor, de tomar acción sobre el presente. Elegir pedir ayuda, elegir cambiar, elegir vivir.

11- Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- American SPCC. (2021). Child maltreatment statistics. Disponible en la WEB:
<https://americanspcc.org/child-abuse-statistics/> (fecha de acceso: 3 de febrero de 2022).
- Angelakis, I; Austin J.L; & Gooding, P. (2020). Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*.3 (8):e2012563.
- Aranda, N. (2009). Maltrato infantil, Introducción a la problemática del maltrato hacia los niños. Disponible en la WEB:
https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/053_ninez1/material/descargas/maltrato_infantil.pdf (fecha de acceso: 21 de septiembre de 2021).
- Arruabarrena, M. A. (2011). Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial Intervention*, 20 (1),25-44.
- Avdibegovic, E; & Brkic, M. (2020). Child Neglect – Causes and Consequences. *Psychiatria Danubina*, Vol. 32, Suppl. 3, 337-342.
- Bérubé, A; Clément, M. È; Lafantaisie, V; LeBlanc, A; Baron, M; Picher, G; Turgeon, J; Ruiz-Casares, M; & Lacharité, C. (2021). How societal responses to COVID-19 could contribute to child neglect. *Child abuse & neglect*, 116(Pt 2), 104761.

- Blumenthal, A. (2015). *Child Neglect I: Scope, Consequences, and Risk and Protective Factors*. Canadian Child Welfare Research Portal. CWRP Information Sheet #141E. Montreal, QC: Centre for Research on Children and Families.

- Bowlby, J. (2009). Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. En E, Mateo (Trad.). Buenos Aires: Paidós (trabajo original publicado en 1988).

- Camus, A. (1951). *El mito de Sísifo*. En L. Echávarri (Trad.). El mito de Sísifo. Madrid: Alianza. (Trabajo original publicado en 1942).

- Chandler, A. (2020). Socioeconomic inequalities of suicide: Sociological and psychological intersections. *European Journal of Social Theory*, 23(1):33-51.

- Child Welfare Information Gateway. (2019). *Long-Term Consequences of Child Abuse and Neglect*. Children's Bureau.

- Conejero, I; Olié, E; Courtet, P; & Calati. R. (2018). Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 13: 691–699.

- Darwin, C. (1921). *El origen de las especies*. En A. de Zuleta (Trad.). El origen de las especies. Madrid: Calpe.

- DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. Washington, DC: U.S Department of Health and Human Services.

- Di Bártolo, I. (2016). *El apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos. Clínica, investigación y teoría*. Buenos Aires: Lugar.

- Dome, P., Rihmer, Z., & Gonda, X. (2019). Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina*, 55(8), 403.

- Doretto, V; & Scivoletto, S. (2018). Effects of Early Neglect Experience on Recognition and Processing of Facial Expressions: A Systematic Review. *Brain Sciences*, 8(1), 10.

- Dubowitz, H. (Ed.) (1999). *Neglected children: Research, practice, and policy*. SAGE Publications, Inc.

- Dubowitz, H; Harrington, D; Ting, L; & Depanfilis, D. (2002). The Neglect Scale: Confirmatory Factor Analyses in a Low-Income Sample. *Child Maltreatment*, 7(4):359-68.

- Dubowitz, H; Lewis, T; Litrownik, A.J & Newton, R. (2005). Examination of a Conceptual Model of Child Neglect. *Child Maltreatment*, 10 (2):173-189.

- Dubowitz, H; Kobulsky, J.M; & Xu, Yangenf. (2019). The Global Challenge of the Neglect of Children. *Child Abuse & Neglect. The International Journal*, (122).

- Durkheim, E. (2008). *El suicidio*. En Ediciones Akal (Ed. & Trad.) 6° edición. Madrid: Akal. (trabajo original publicado en 1859).

- Ellis, B.J; Bianchi, J; Griskevicius, V; & Frankenhuis, W. E. (2017). Beyond Risk and Protective Factors: An Adaptation-Based Approach to Resilience. *Perspectives on Psychological Science*, 12(4), 561–587.

- Esquirol, J.E.D. (1845). *Mental Maladies: A Treatise on Insanity*. Philadelphia: Lea and Blanchard.

- Finkelhor, D; Shattuck, A; Turner, H; & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48: 13-21.
- Freeman, A; Mergl, R; Kohls, E. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry* 17, 234.
- Freud, S. (1991). *La etiología de la histeria*. En J.L Etcheverry (Trad). Obras completas, 3. 2° reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1896).
- Garbarino, J; & Collins, C. (1999). Child neglect: the family with a hole in the middle. In H. Dubowitz (Ed.), *Neglected children: Research, practice, and policy* (pp. 1-23). SAGE Publications, Inc.
- Gaxiola-Robles, R; Celis de la Rosa, A.J; Labrada-Martagón, V; Díaz Castro, S.C; & Zenteno Savín, T. (2013). Incremento de la temperatura ambiental y su posible asociación al suicidio en Baja California Sur (BCS) 1985-2008. *Salud Mental*, 36:421-427.
- Guerrero, M; & Imelda, G. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Cuicuilco*, 12(33),153-171.
- Gunn, J.F; & Goldstein, S.E. (2017). Bullying and Suicidal Behavior During Adolescence: A Developmental Perspective. *Adolescent Res Rev* 2, 77–97.
- Hagele D,M. (2017). The impact of maltreatment on the developing child. *N C Med* ;66(5): 356–359.
- Hanigan, I.C; Butler, C.D; Kokic, P.N; & Hutchinson, M.F. (2012). Suicide and drought in New South Wales, Australia, 1970–2007. *PNAS* 35, (109).

- Hoertel, N., Franco, S., Wall, M. (2015). Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol Psychiatry* 20, 718–726.
- Jaffee, S.R; Bowes, L; Ouellet-Morin, I; Fisher, H.L; Moffitt, T.E; Merrick, M.T; & Arseneault, L. (2013). Safe, Stable, Nurturing Relationships Break the Intergenerational Cycle of Abuse: A Prospective Nationally Representative Cohort of Children in the United Kingdom. *Journal of Adolescent Health*, 53 (4): S4-S10.
- Kocarturk, B.K; Essizoglu, A; Aksaray, G; Akarsu, F.O; & Musmul, A. (2015). Relationship Suicide, Cognitive Functions, and Depression in Patients with Schizophrenia. *Noro Psikiyatrs Ars*, 52.(2): 169–173.
- Lee, S. W; Bae, G. Y; Rim, H. D; Lee, S. J; Chang, S. M; Kim, B. S; & Won, S. (2018). Mediating Effect of Resilience on the Association between Emotional Neglect and Depressive Symptoms. *Psychiatry investigation*, 15(1), 62–69.
- López Fernández, M.P. (2009). El concepto de anomia de durkheim y las aportaciones teóricas posteriores. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, IV(8),130-147.
- Madianos, M.G; Alexiou, T; Patelakis, A; & Economou, M. (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 39-49.
- Mason, P.T Jr. (1972) Child Abuse and Neglect Part I - Historical Overview, Legal Matrix, and Social Perspectives. *North Carolina Law Review*, 50.(2): 3.
- Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. (2014). *Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria*. Dirección de Desarrollo del Talento Humano

en Salud. Disponible en la

WEB: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf> (fecha de acceso: 2 de febrero de 2022).

-Mikolajczak, M; Brianda, M.E; Avalosse, H; & Roskam, I. (2017). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80: 134-145.

-Moutier, C. (2021). Suicide Prevention in the COVID-19 Era: Transforming Threat Into Opportunity. *JAMA Psychiatry*, 78(4):433–438.

-Murray, H. A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.

-National Geographic Society. (2019). Theory of Evolution. Disponible en la WEB: <https://www.nationalgeographic.org/encyclopedia/theory-evolution/> (fecha de acceso: 20 de septiembre de 2021).

-OMS. (1969). Prevención del suicidio. Disponible en la WEB: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37857/WHO_PHP_35_spa.pdf;jsessionid=B7A3BDD6FD10C107B8D3D453B21EE68F?sequence=1 (fecha de acceso: 20 de septiembre de 2021).

-OMS. (2014). *Preventing Suicide. A Global Imperative*. Luxemburgo: OMS.

-OMS. (2020). Maltrato infantil. Disponible en la WEB: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> (fecha de acceso: 17 de agosto de 2021).

- OMS. (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., Fornaro, M., Valchera, A., Tomasetti, C., Fraticelli, S., Alessandrini, M., La Rovere, R., Trotta, S., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., & De Berardis, D. (2020). Understanding the Complex of Suicide in Depression: from Research to Clinics. *Psychiatry investigation*, 17(3), 207–221.
- Ortega González, M. (2018). *Comportamiento suicida. Reflexiones críticas para su estudio desde un sistema psicológico*. Hermosillo: Qartuppi.
- Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina*, 55(6), 223.
- Piaget, J. (1972). *Estudios de Psicología Genética*. Buenos Aires: Emecé.
- Platón. (1871). *Fedón*. En P. de Azcárate (Trad.) *Obras completas de Platón*, Tomo V. Madrid: Medina y Navarro Editores.
- Platón. (1999). *Las Leyes*. En F. Lisi (Trad.) *Diálogos. Obra completa. Volumen VIII: Leyes (Libros I-VI)*. Madrid: Gredos.
- References Series Spring. (2005). *Child Abuse—A History*. Disponible en la WEB: <https://www.encyclopedia.com/reference/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/child-abuse-history> (fecha de acceso: 21 de septiembre de 2021).
- Rhodes, A. E; Boyle, M.H; Bethell, J; Wekerle, C; Goodman, D; Tonmyr, L; Leslie, B; Lam, K; & Manion, I. (2012). Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 36 (6): 542-551.

- Ritchie, H; Roser M; & Ortiz-Ospina, E. (2015). *Suicide*. Disponible en la WEB:
<https://ourworldindata.org/suicide> (fecha de acceso: 2 de febrero de 2022).
- Sachs-Ericsson, N; Stanley, I.H; Rushing, N; & Sheffler, J. (2015). In my end is my beginning: Developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging and Mental Health*.
- San Agustín de Hipona. (1988). *La ciudad de Dios*. En S. Santamarta y M. Fuertes (Trad.) Obras completas, vols. XVI-XVII. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
- Santo Tomás de Aquino. (1995). *Suma de Teológica, III, Parte II-II (a)*. En D. Byrne (Trad.) Suma de Teología. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.
- Schopenhauer, A. (2013). *El mundo como voluntad y representación*. En P. López de Santa María (Trad.) El mundo como voluntad y representación. México: Editorial Porrúa.
- Scott, D. (2014). Understanding Child Neglect. *CFCA Paper No.20*.
- Séneca. (1943). *Cartas a Lucilio*. En L. Navarro (Trad.) Cartas a Lucilio. Madrid: Aguilar.
- Shelef, L. (2021). The gender paradox: do men differ from women in suicidal behavior? *J Mens Health* 2021,17(4), 22-29.
- Shemmings, D; & Shemmings, Y. (2011). *Understanding Disorganized Attachment. Theory and Practice for Working with Children and Adults*. Londres: Jessica Kingsley.
- Sher, L. (2021). Post-COVID syndrome and suicide risk, *QJM: An International Journal of Medicine*, 114 (2), 95–98.

- Shneidman, E. S. (1956). Clues to Suicide. *Public health reports*, 71(2), 109–114.

- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. Pennsylvania: Jason Aronson.

- Shneidman, E. S. (1996). *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press.

- Shneidman, E. S. (2004). *Autopsy of a Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press.

- Simpson, J. A; & Rholes, W. (2017). Adult Attachment, Stress, and Romantic Relationships. *Current opinion in psychology*, 13, 19–24.

- Sinyor, M; Schaffer, A; & Cheung, A. H. (2014). An observational study of bullying as a contributing factor in youth suicide in Toronto. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (12), 632–638.

- Spratt, E.G; Friedenberg, S.L; Swenson, C.C; LaRosa, A; De Bellis, M.D; Macias, M.M; Summer, A.P; Hulseley, T.C; Runyan, D.K; Brady, K.T. (2012). The Effects of Early Neglect on Cognitive, Language, and Behavioral Functioning in Childhood. *Psychology (Irvine)*, 3 (2):175–182.

- Straus, M. A., Kinard, E. M., & Williams, L. M. (1995). The Neglect Scale. S/d.

- Thornberry, T.P; & Henry, K.L. (2019). Intergenerational Continuity in Maltreatment. *J Abnorm Child Psychol*,41(4): 555–569.

- Vargas, H.B; & Saavedra, J.E. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev. Neuropsiquiátrica*, 75 (1).

-Vyssok,i B; Kapusta, N.D; Praschak-Rieder, N; Dorffner, G; & Willeit, M. (2014). Direct Effect of Sunshine on Suicide. *JAMA Psychiatry*, 71 (11):1231–1237.

-Winnicott, D. (1971). *Playing and reality*. Londres: Tavistock Publications.

-Winnicott, D. (1956). La tendencia antisocial. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (1958). Buenos Aires: Paidós (1999).

-Yarza, S; Vodonos, A; Hassan, L; Shalev, H; Novack, V; & Novack, L. (2020). Suicide behavior and meteorological characteristics in hot and arid climate. *Environmental Research*, 184.