

Ferran VIÑAS i POCH

**LA IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN
ESCOLAR DE 3º, 4º Y 5º CURSO DE E.G.B. DE LA
COMARCA DEL "GIRONÈS".**

Tesis doctoral dirigida por la Dr^a. Edelmira Domènech i Llaberia.

Edelmira Domènech

Departamento de Psicología de la Salud
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Barcelona
Año: 1996

II.2.4. Propiedades psicométricas de la Escala de Desesperanza.

De todos los instrumentos utilizados en este estudio, solo fue necesaria la traducción y adaptación del inglés al catalán de la Escala de Desesperanza de Kazdin et al. (1983). A pesar de disponer una adaptación al castellano de la Escala de Desesperanza para adultos de Beck et al. (1974) realizada por Bas & Andrés (1986), en el momento de iniciar esta investigación no teníamos conocimiento de la existencia de la traducción al castellano o al catalán de la versión para niños. Tal ausencia nos obligó a traducir y adaptar dicho instrumento.

Se optó por su traducción al catalán dado que en Catalunya las escuelas de E.G.B. están siguiendo un proceso de inmersión lingüística y nos pidieron, en la mayoría de centros escolares, que a ser posible, las pruebas fueran en catalán.

II.2.4.1. Traducción y adaptación.

Después de solicitar el correspondiente permiso a los autores, se procedió a la traducción de la escala al castellano. En este proceso intervinieron cuatro jueces, todos ellos psicólogos, que valoraron cada ítem como en acuerdo o desacuerdo con la traducción que se había hecho de los mismos. Con la finalidad de conocer el sentido de sus opiniones, se ofreció a cada juez la posibilidad de manifestarlas, no solo a través del intercambio personal sino mediante la inclusión, en la hoja que se les entregó, de un apartado de sugerencias que acompañaba a cada ítem. (Ver figura 2).

Tras corregir y modificar algunos ítems, en función de las sugerencias o valoraciones realizadas por los jueces, se volvió a entregar la misma hoja pero con las rectificaciones practicadas para que volvieran a valorar de nuevo cada ítem. En la tabla nº 11 se presenta el porcentaje de acuerdo entre jueces, para cada ítem, alcanzado en la primera y segunda valoración.

Una vez conseguido el máximo consenso de acuerdo entre jueces, (100 % de acuerdos), se procedió a la traducción de la escala al catalán. En esta segunda

ocasión, la valoración se realizó mediante un solo juez que estuvo totalmente de acuerdo en el 100% de los ítems.

Finalizado el proceso de traducción, la escala debía ser probada en un estudio piloto. A tal fin, se escogieron cuatro aulas (n=77), tres de la cuales eran de 3º de E.G.B. y una de 4º de E.G.B. Se eligieron estos dos cursos ya que correspondían al grupo de menor edad y, en consecuencia, se podía valorar con mayor exactitud el grado de comprensión de los ítems y las dificultades que podían surgir en este sentido.

Tabla nº 11.		
Traducción al castellano.		
Porcentaje de acuerdo entre jueces.		
Ítem	1ª valoración	2ª valoración
nº 1	75%	100%
nº 2	75%	100%
nº 3	100%	100%
nº 4	50%	100%
nº 5	100%	100%
nº 6	75%	100%
nº 7	75%	100%
nº 8	100%	100%
nº 9	75%	100%
nº 10	100%	100%
nº 11	100%	100%
nº 12	100%	100%
nº 13	100%	100%
nº 14	75%	100%
nº 15	100%	100%
nº 16	75%	100%
nº 17	100%	100%

EDICIÓN EXPERIMENTAL	
ESCALA DE DESESPERANZA PARA NIÑOS DE KAZDIN et al. (1983)	
Traducción i Adaptación.	
1. Deseo ser mayor, porque pienso que las cosas me irán mejor que ahora <i>I Want to grow up because I think things will be better.</i>	A D
s: _____	
2. No vale la pena dedicar esfuerzos en hacer algo, pues se que no lo podre hacer mejor de como lo este haciendo. <i>I might as well give up because I can't make things better for myself.</i>	A D
s: _____	
3. Cuando algo sale mal, se que no siempre sera asi . <i>When things are going badly, I know they won't be bad all of the time.</i>	A D
s: _____	
4. Puedo imaginar como sera mi vida cuando sea mayor..... (de aqui a diez años) <i>I can imagine what my life will be when I'm grown up.</i>	A D
s: _____	
5. Dispongo del tiempo suficiente para finalizar las cosas que en realidad quiero hacer <i>I have enough time to finish the things I really want to do.</i>	A D
s: _____	
6. Algun dia sere capaz de hacer correctamente las cosas que verdaderamente me interesan. <i>Someday, I will be good at doing the things I really care about.</i>	A D
s: _____	
7. Se que a lo largo de mi vida tendre más suerte que los otros niños <i>I will get more of the good things in life than most other kids.</i>	A D
s: _____	
8. No tengo buena suerte, y no hay razon para pensar que cambiara cuando sea mayor. <i>I don't have good luck, and there's no reason to think I will when I grow up.</i>	A D
s: _____	
9. Todo lo que me dapara el futuro son cosas malas, ninguna de buena. <i>All I can see ahead of me are bad things, not good things</i>	A D
s: _____	
10. Creo que no conseguire lo que realmente deseo <i>I don't think I will get what I really want.</i>	A D
s: _____	
11. Pienso que cuando sea mayor seré más feliz de lo que soy ahora. <i>When I grow up, I think I will be happier than I am now.</i>	A D
s: _____	
12. Simplemente las cosas no saldrán como yo lo desearia <i>Things just won't work out the way I want them to.</i>	A D
s: _____	
13. Nunca consigo lo que quiero, por tanto es de tontos querer algo. <i>I never get what I want, so it's dumb to want anything</i>	A D.
s: _____	
14. Pienso que no sere feliz cuando sea mayor <i>I don't think I will have any real fun when I grow up.</i>	A D
s: _____	
15. El futuro es para mí confuso y borroso <i>Tomorrow seems unclear and confusing to me.</i>	A D
s: _____	
16. Creo que tendre más buenos momentos que malos <i>I will have more good times than bad times.</i>	A D
s: _____	
17. Es inútil intentar conseguir lo que verdaderamente deseo, porque probabemetete no lo conseguire nunca. <i>There's no use in really trying to get something I want because I probably won't get it.</i>	A D
s: _____	

Figura nº 2. Hoja de respuestas para los jueces.

Siguiendo las indicaciones de los autores, se procedió a la aplicación colectiva de la escala leyendo cada ítem antes de que los sujetos contestaran. Con ello se pretendía facilitar la comprensión de cada pregunta, al ser la longitud de las frases algo excesiva para los niños de esta edad.

Tras su aplicación, se calculó el coeficiente de consistencia interna como índice de fiabilidad de la escala. Al tratarse de ítems con solo dos posibles respuesta

que generan valores dicotómicos se calculó el coeficiente KR20 (Kuder-Richardson 20) para datos dicotómicos. El coeficiente obtenido (Alpha = 0.2629) era muy bajo y denotaba una baja consistencia interna de la escala.

A partir de las dificultades detectadas durante la aplicación de la escala, y en función del valor de Alpha obtenido, se optó por reducir al máximo la longitud de los ítems, modificando prácticamente toda la escala. También se añadió un ejemplo en el apartado de instrucciones para facilitar la comprensión de las mismas.

Las modificaciones realizadas en cada ítem fueron las siguientes:

Ítem 1: "Tinc ganes de créixer i arribar a ser gran perquè penso que les coses m'aniran millor que ara".

Se substituyó por: " Vull créixer i ser gran perquè les coses m'aniran millor que ara".

Ítem 2: "No val la pena esforçar-se en fer alguna cosa, doncs sé que no ho podré fer millor del que ho faig ara".

Se substituyó por: "No val la pena esforçar-se en fer alguna cosa, doncs sé que no ho podré millorar".

Ítem 3: "Quan una cosa no em surt bé , sé que no sempre serà així".

Se substituyó por: "Quan una cosa no em surt bé, sé que no sempre ha de ser així".

Ítem 4: No se modificó.

Ítem 5:" Tinc el temps suficient per acabar les coses que en realitat vull fer".

Se substituyó por " Tinc el temps que necesito per acabar les coses que vull fer".

Ítem 6:" Algún dia seré capaç de fer corectament les coses que veritablement m'interessen".

Se substituyó por: "Algun día seré capaç de fer bé les coses que de veritat m'interessen".

Ítem 7: "Sé que durant la meva vida obtindré més coses bones que no pas els altres nens"

Se substituyó por: "Sé que durant la meva vida rebré més coses bones que no pas els altres nens".

Ítem 8 "No tinc bona sort, i no hi ha cap raó per a pensar que canviarà quan sigui gran"

Se substituyó por: "No tinc bona sort, i penso que sempre serà així."

Ítem 9: No se modificó.

Ítem 10: "Crec que no aconseguiré el que realment desitjo"

Se substituyó por: "Crec que no podré tenir el que realment vull".

Ítem 11: "Penso que quan sigui gran seré més feliç del que ara soc".

Se substituyó por: "Penso que quan sigui gran seré més feliç que ara".

Ítem 12: "Simplement le coses no surten com jo voldria".

Se substituyó por: " Les coses no surten com jo voldria".

Ítem 13: No se modificó.

Ítem 14: "Penso que quan sigui gran no seré feliç"

Se substituyó por: "Quan sigui gran no seré feliç".

Ítem 15: "El futur es per a mí confús i poc clar".

Se substituyó por: "No veig clar el meu futur".

Ítem 16: no se modificó.

Ítem 17: "És inútil intentar aconseguir el que veritablement desitjo, perquè probablement no ho aconseguiré mai".

Se substituyó por: "És inútil intentar aconseguir el que vull perquè no ho aconseguiré mai".

Finalizado este proceso se administró de nuevo el cuestionario en dos aulas de 5º y una de 4º de E.G.B. (n=49) obteniendo un coeficiente de consistencia interna $\text{Alpha} = 0.5571$, dando por válidas las modificaciones practicadas. Posteriormente se volvió a aplicar la escala modificada en las tres aulas del primer estudio obteniendo un coeficiente de consistencia interna $\text{Alpha}=0.4391$. Cabe señalar que el coeficiente de consistencia interna Alpha en las dos aulas de tercero de E.G.B. fue de 0.5423.

II.2.4.2. Propiedades psicométricas de la versión original.

La adaptación original para niños de la escala de desesperanza de Beck, fue aplicada inicialmente en una muestra muy reducida de niños con ideación y tentativas de suicidio (Kazdin et al. 1983). Posteriormente, los autores aplicaron el cuestionario a una muestra de 262 sujetos (200 niños y 62 niñas, de 5 a 13 años de edad) ingresados en un hospital psiquiátrico (Kazdin, Rodgers & Colbus, 1986).

El análisis de consistencia interna arrojó un coeficiente Alpha de 0.97 y la fiabilidad con el método de las mitades de Spearman-Brown un coeficiente de 0.96. Las correlaciones test-retest, seis semanas después de la primera aplicación, fueron moderadas ($r = 0.52$ $p < 0.001$), siendo más bajas en el grupo de las niñas ($r = 0.34$; $p < 0.05$) que los niños ($r = 0.58$, $p < 0.001$).

El análisis factorial indicó la existencia de dos factores. El primero, que incluía 10 ítems, hacía referencia a las expectativas futuras y a la indefensión. Los ítems con

más peso en este factor fueron el 9, 4 y 17. El segundo factor, que explicaba el 22% de la varianza, incluía 6 ítems y reflejaba felicidad en general y buenas expectativas de futuro.

En cuanto a la validez de la escala, los autores hallaron unas correlaciones moderadamente altas con dos índices de depresión, el CDI ("Children's Depression Inventory") ($r = 0.58$) y con BDI-R ("Bellevue Index of Depression") ($r = 0.44$). Posteriormente Asarnow & Guthrie (1989), hallaron correlaciones similares ($r = 0.54$; $p < 0.0001$) de la escala de desesperanza con otra medida de la depresión, la DSRS ("Depression Self-Rating Scale", de Asarnow & Carlson, 1985). La escala también correlacionó negativamente con la autoestima ($r = -.61$), medida a través de la "Self-Esteem Inventory" (Coopersmith, 1967) y habilidades sociales ($r = -0.39$) valoradas mediante la "Social Skills With Youngsters" (MESSY; Matson, Rotatori & Hiesel, 1983).

II.2.4.3. Cálculo de las propiedades psicométricas de la nueva versión.

Nuestro objetivo era poder disponer de una medida de la desesperanza que nos permitiera valorar este constructo en esta investigación. Por lo que los resultados de esta traducción y adaptación solo tienen sentido en este estudio, siendo cuestionable su extrapolación a otras poblaciones. Asimismo, la puntuación obtenida a través de la escala es meramente informativa y nos permite considerar el nivel de desesperanza dentro del grupo evaluado.

Para realizar este proceso se utilizaron los mismos sujetos de la primera fase del estudio. De los 361 sujetos que formaban parte de la muestra, un solo sujeto no pudo ser evaluado con esta escala al no haber sido posible contactar con él. Asimismo, 77 de ellos fueron utilizados en el primer estudio piloto, y 49 en el segundo, en el que se aplicó la versión definitiva. Si bien, a excepción de un solo sujeto, todos cumplimentaron la versión definitiva de la escala, a efectos de calcular los correspondientes índices de fiabilidad y validez, solo se han tenido en cuenta los 282 sujetos finales.

La distribución de frecuencias de las respuestas dadas en cada ítem así como de las puntuaciones obtenidas se muestran en las dos tablas siguientes.

Tabla nº 12. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Desesperanza			
Puntuaciones	Frecuencia	%	% Acumulado
0	4	1,4	1,4
1	15	5,3	6,7
2	39	13,8	20,6
3	47	16,7	37,2
4	51	18,1	55,3
5	53	18,8	74,1
6	29	10,3	84,4
7	21	7,4	91,8
8	8	2,8	94,7
9	2	0,7	95,4
10	6	2,1	97,5
11	4	1,4	98,9
12	1	0,4	99,3
13	2	0,7	100,0

Con un valor mínimo observado de 0 y un valor máximo de 13, la media de las puntuaciones en la escala de desesperanza fue de 4,43 con una desviación estándar de 2,34.

II.2.4.3.1. Fiabilidad.

Para conocer la fiabilidad de la versión catalana de la Escala de Desesperanza de Kazdin et al. (1983) se han utilizado dos métodos: la obtención de las correlaciones test-retest y el análisis de consistencia interna.

II.2.4.3.1.1. Método test-retest.

Se administró por segunda vez el auto-informe a 273 sujetos de los 282 inicialmente evaluados con el mismo instrumento, después de haber transcurrido un mes desde la primera aplicación. Del total de la muestra, 9 niños no pudieron ser evaluados cuatro semanas después, al no encontrarse en el aula con el resto de sus compañeros, principalmente, por motivos de salud.

La correlación entre las dos aplicaciones fue relativamente moderada ($r=0.47$; $p < 0.0005$), siendo similar a la hallada por (Kazdin, Rodgers & Colbus ,1986) con un periodo de tiempo similar. Además, los resultados obtenidos concuerdan con la menor correlación entre las dos aplicaciones hallada en el grupo de las niñas ($r=0.3730$; $n=133$; $p < 0.0005$) en comparación con la de los niños ($r = 0.5332$; $n=140$; $p < 0.0005$).

II.2.4.3.1.2. Análisis de consistencia interna.

Al tratarse de ítems, con solo dos posibles respuestas, que generan valores dicotómicos, se cálculo el coeficiente KR20 (Kuder-Richardson 20) para datos dicotómicos. El coeficiente obtenido ($\text{Alpha} = 0.5478$) es muy bajo y denota una baja consistencia interna de la escala. Sin embargo, en las primeras etapas de la investigación sobre pruebas predictivas o sobre medidas hipotéticas de un constructo, se ahorra tiempo y energía por medio del trabajo con instrumentos de reducida fiabilidad, y para cuyos propósitos bastan fiabilidades de 0.60 o de 0.50 (Nunnally, 1987).

El análisis de consistencia interna de la segunda aplicación arrojó un coeficiente Alpha = 0.58. Esta baja consistencia podía venir explicada por la escasa variabilidad de las puntuaciones (Desviación Standard = 2.34). Para verificar este supuesto, se calculó el coeficiente de consistencia interna en cada uno de los posibles sub-grupos que se podían obtener al seleccionar los sujetos en función de su puntuación en el CDI. De tal manera que se generaron 16 sub-grupos partiendo de un punto de corte diferente en cada selección, desde un valor muy bajo (puntuación del CDI inferior a 4) hasta un valor relativamente elevado (puntuación del CDI superior a 18). Los coeficientes obtenidos en cada sub-grupo, así como el punto de corte aplicado y el número de sujetos en cada uno de ellos se presentan en la tabla nº 13. Como se puede observar, a medida que aumenta la sintomatología depresiva (medida a través del "Children's Depression Inventory") , aumenta la consistencia interna de la escala de desesperanza. De tal manera, que el coeficiente Alpha ,en el grupo de sujetos con puntuaciones inferiores a 4 en CDI, es igual a .40 , en contraste con el coeficiente Alpha del grupo de sujetos con puntuaciones superiores a 18, que es de 0.71. Este último coeficiente es muy parecido al obtenido en la primera aplicación de la versión original de la escala (Alpha =0.75) por Kazdin et al. (1983) en una muestra de 66 niños de 5 a 13 años ingresados en un centro psiquiátrico.

Como puede observarse en las figuras nº 3 y 4 , a medida que aumenta la sintomatología depresiva aumenta la variabilidad, de tal manera que en aquellos sujetos con ausencia de sintomatología depresiva no se observa desesperanza. Por contra en aquellos niños que presentan una elevada sintomatología depresiva se detecta una mayor variabilidad de las puntuaciones de la escala de desesperanza. Es decir, que hay niños depresivos con y sin desesperanza. Esta mayor dispersión de las puntuaciones da lugar a un aumento del coeficiente de consistencia interna.

Tabla nº 13
Cálculo
de la consistencia interna
en función de la
sintomatología depresiva.

CDI	n.	Alpha
< 4	31	.4015
< 5	46	.3872
< 6	63	.4622
< 7	89	.4489
< 8	112	.5497
< 9	134	.5048
< 10	158	.5432
≥ 10	169	.5856
> 11	127	.5877
> 12	98	.6198
> 13	74	.6380
> 14	63	.6287
> 15	50	.6278
> 16	43	.6474
> 17	34	.6920
> 18	25	.7102

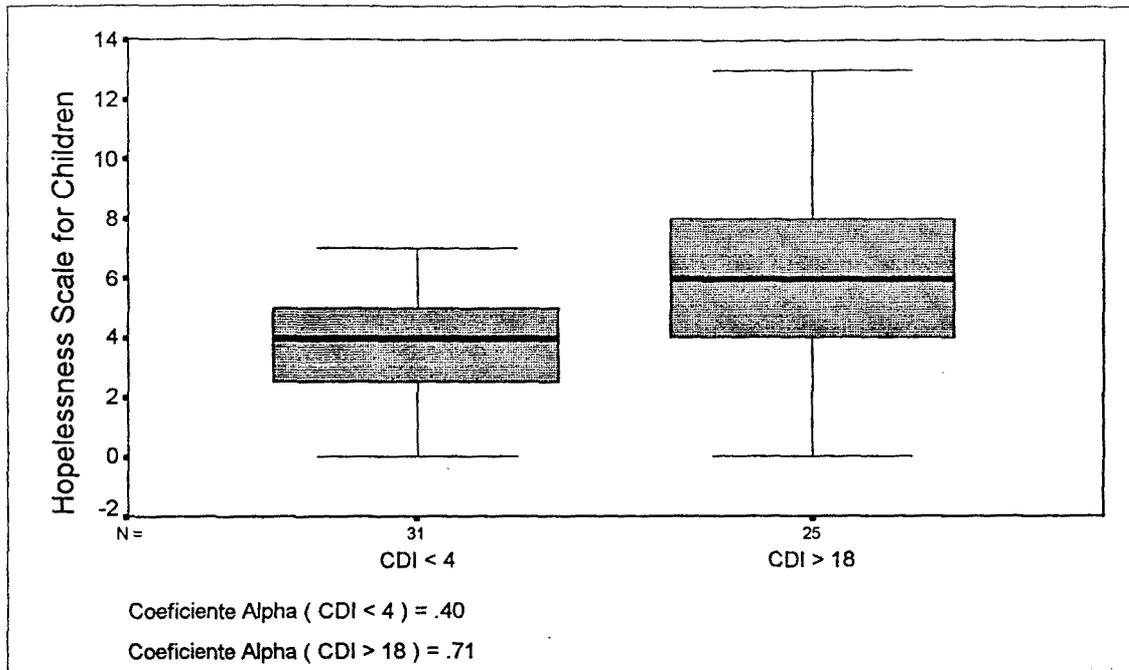


Figura nº 3. Variabilidad de las puntuaciones de la escala de desesperanza en los grupos de menor y mayor sintomatología depresiva.

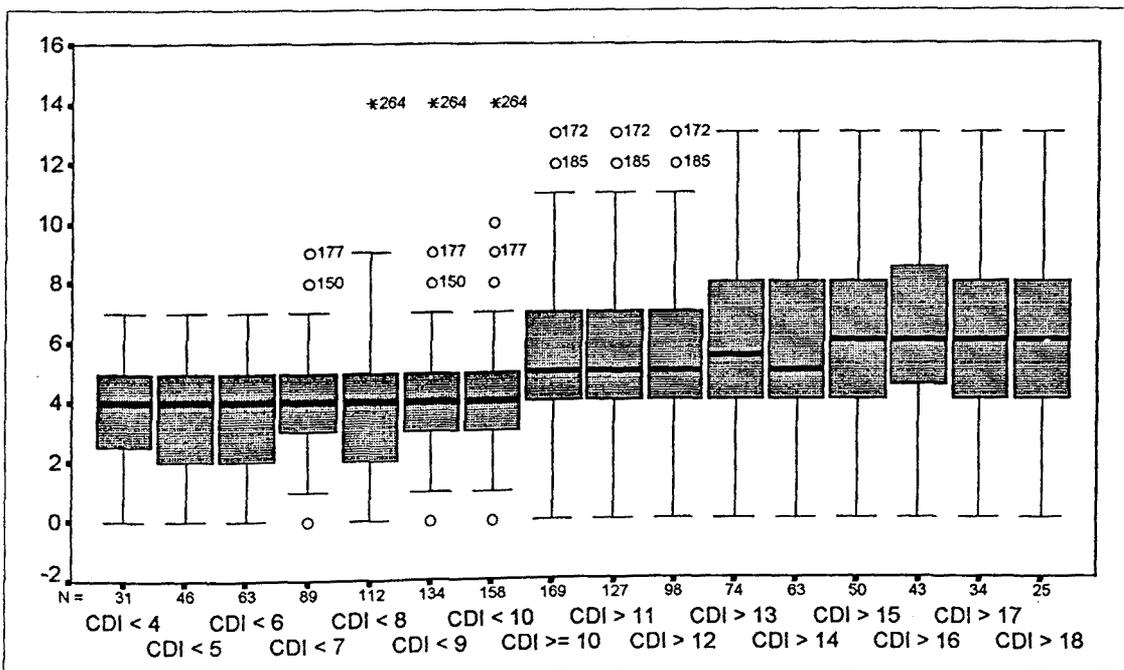


Figura nº 4. Variabilidad de las puntuaciones de la escala de Desesperanza en función de la sintomatología depresiva.

Estos resultados concuerdan con los hallados por Cotton & Range (1993) al aplicar la "Hopelessness Scale for Children" de Kazdin et al. (1983) en una muestra de 60 escolares, observando una baja variabilidad de las puntuaciones de la mencionada escala. En opinión de Cotton & Range (1993) la "Hopelessness Scale for Children" puede ser imprecisa cuando se aplica en niños normales, al manifestar menor desesperanza que los niños hospitalizados en centros psiquiátricos.

Otro dato de interés, es la diferencia observada en las correlaciones test-retest. En las puntuaciones de los niños se halló una mayor fiabilidad y persistencia que en las niñas. Este hecho quizás podría venir explicado por las diferencias de variabilidad observadas en las puntuaciones de los niños y las niñas. Como se puede ver en la figura nº 5, en los niños hay una mayor dispersión de las puntuaciones, así como un mayor coeficiente de consistencia interna, si lo comparamos con las niñas.

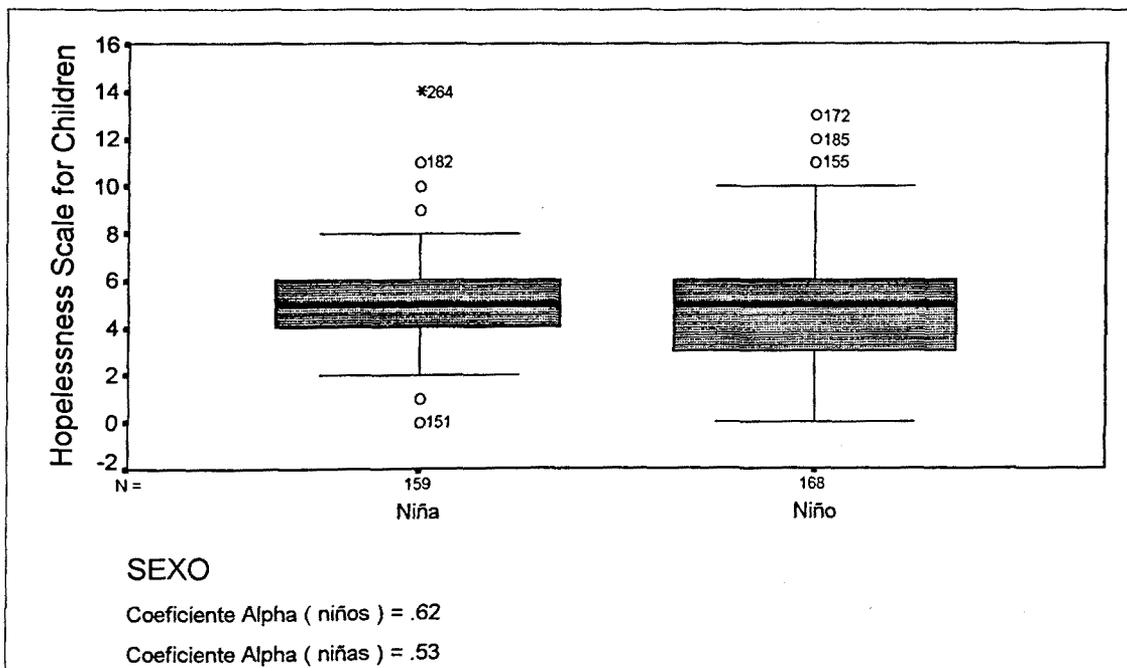


Figura nº 5. Variabilidad de las puntuaciones de la escala de desesperanza en función del sexo.

II. 2.4.3.2. Validez.

Para corroborar la validez de la escala, se calculó el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson entre las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Depresión para Niños (CDI) y las puntuaciones obtenidas en la Escala de Desesperanza. El coeficiente de correlación obtenido ($r = 0.46163$; $n = 282$; $p < 0.0005$) indica una moderada, pero significativa, relación entre ambas puntuaciones.

Se realizó un segundo análisis comparando los sujetos que habían obtenido puntuaciones bajas en desesperanza (puntuación igual o inferior a 3) con los que habían alcanzado puntuaciones altas (puntuación igual o superior a 6).

Tabla nº.14

Relación entre desesperanza y sintomatología depresiva.

<i>Puntuaciones</i>	<i>nº casos</i>	<i>media en el C.D.I.</i>	<i>Desv. Std.</i>
Bajas (igual o inf. a 3)	105	8,6952	4,549
Altas (igual o sup. a 6)	73	13,0137	6,328

$t = -5,00$; $df 122,12$; $p < 0.0005$.

Los resultados obtenidos al comparar la media en el CDI del grupo con puntuaciones bajas en desesperanza con el grupo de puntuaciones elevadas, mediante la prueba t de Student para grupos independientes, señalan una clara y significativa diferencia ($t = -5,00$; $p < 0.0005$) entre ambos. En concreto, los sujetos con puntuaciones elevadas en desesperanza tenían una media en el CDI superior a los del grupo con puntuaciones bajas.

II.2.5. PROCEDIMIENTO.

Esta investigación se realizó en dos fases. Una primera fase de *Screening*, en la que se detectaron los casos con ideación suicida, y una segunda de evaluación, en la que se midieron las variables objeto de estudio en el grupo de sujetos con ideación suicida y en el grupo control. Los pasos seguidos se pueden resumir en los siguientes apartados.

II.2.5.1. Selección de los instrumentos de evaluación.

El primer paso fue seleccionar los instrumentos que serían utilizados para medir las variables que se quería estudiar. Como suele suceder en estos casos, no se disponía de todos los instrumentos de evaluación, por lo que fue necesario traducir y adaptar al castellano la escala de Desesperanza de Kazdin et al. (1983).

Una vez preparada la batería de pruebas se procedió a calcular el tiempo necesario para cumplimentar los cuestionarios y realizar las pruebas que requerían una aplicación individual. Las pruebas se agruparon en función del tiempo de aplicación y del grado de dificultad, con la finalidad de facilitar su administración y no agotar innecesariamente a los sujetos. Se tuvo la precaución de que el tiempo requerido para la correcta aplicación de las pruebas utilizadas en una misma sesión no superara los 60 minutos. Con ello se aseguraba una mayor fiabilidad en las respuestas, al evitar el agotamiento y aburrimiento del niño, así como el posible rechazo del proceso de evaluación en las sesiones posteriores.

Una vez preparada la batería se procedió a solicitar los correspondientes permisos a los propietarios intelectuales en aquellos casos en los que era necesario.

II.2.5.2. Obtención de la muestra.

Se solicitó de "Els Serveis Territorials d'Ensenyament" el censo de todas las escuelas de la comarca del "Gironès" así como el número de aulas y alumnos por curso. Con este censo se creó un archivo que se introdujo en el programa SPSS para Windows, versión 6.0, y con la ayuda de este paquete estadístico, se seleccionó aleatoriamente la muestra inicial utilizada en la primera fase.

Paralelamente se pidió permiso a "Els Serveis Territorials d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya" para poder llevar a cabo esta investigación. He de destacar que desde el primer contacto con esta institución, así como durante todo el periodo de tiempo que duro esta investigación, hubo una actitud de total apoyo hacia nuestra labor, facilitando toda la información y ayuda necesarias.

II.2.5.3. Contacto con los colegios.

El procedimiento seguido para contactar con los colegios, previa autorización de " El Departament d'Enseyament", fue enviar al director del colegio una carta en la que se especificaban los objetivos de nuestra investigación y se justificaba a la vez su interés social.

Esta cartas fueron enviadas con fecha 1 de diciembre de 1994, y dos semanas más tarde se contactó telefónicamente con los interesados con la finalidad de solicitar una entrevista. Su objetivo no era otro que la obtención de los correspondientes permisos legales y facilitar toda la información adicional, referida a la investigación, que fuera requerida por parte de los profesores, padres, consejo escolar, asociación de padres de alumnos etc.

Para aquellos casos en los que no fue posible obtener la correspondiente autorización, se seleccionó el próximo conglomerado o aula siguiendo el orden de inclusión en la base de sondeo, hasta conseguir un nuevo conglomerado disponible.

II.2.5.4. Recogida de datos.

Una vez obtenidas todas las autorizaciones y completada la muestra final, se procedió a la recogida de datos.

Tal como se ha indicado en el apartado de diseño, esta investigación consta de dos fases. En la primera, de *screening*, se seleccionaron los casos con ideación suicida mediante el CDI, que se aplicó conjuntamente con la Escala de Desesperanza. Esta fase se inició el 3 de febrero de 1995 y se terminó el 4 de abril del mismo año.

El C.D.I., en su versión catalana, se administró colectivamente, si bien en algunos casos muy concretos se aplicó individualmente. Se trataba principalmente de niños que desconocían el idioma catalán al llevar muy poco tiempo residiendo en Catalunya. Los restantes casos correspondían a niños de una escuela ubicada en una zona muy marginal de Girona, que no sabían todavía leer y/o escribir a pesar de estar cursando tercero de E.G.B.

Una vez detectados los casos con ideación suicida se procedió a la obtención de la muestra final para su utilización en la segunda fase.

La muestra estaba constituida por dos grupos. El primero, que correspondía a los niños con ideación suicida, estaba formado por todos los niños que habían alcanzado puntuaciones iguales o superiores a 1 en el ítem 9 (ideación suicida) y dos sujetos que no habían contestado este ítem.

El grupo control se obtuvo seleccionando al azar, del resto de la muestra, un número de sujetos igual al del grupo con ideación suicida.

Durante el último trimestre escolar, se aplicó por escuelas, y siguiendo el mismo orden de la primera fase, las pruebas seleccionadas para medir las variables objeto de nuestro estudio.

Se procedió en el mismo orden con la finalidad de que el periodo de tiempo transcurrido desde la aplicación del CDI (1ª Fase) hasta la administración de la batería de la 2ª Fase, fuera el mínimo y el mismo, en todos los casos.

Con independencia de la segunda fase, y transcurrido un mes desde la primera aplicación de la escala de desesperanza, se procedió de nuevo a administrar dicha escala en cada conglomerado o aula. La finalidad de esta segunda administración era la de calcular las correlaciones entre ambas aplicaciones y obtener un índice de fiabilidad de la escala. Esta segunda medida de la variable desesperanza coincidía en el tiempo con el inicio de la segunda fase, y por tanto, su valor fue el considerado como indicativo del nivel de desesperanza en cada sujeto seleccionado.

Los dos primeros grupos de pruebas de la segunda fase (primera y segunda sesión) se aplicaron colectivamente a todos los sujetos seleccionados, tanto del grupo control como con ideación suicida. Las tres últimas pruebas (tercera sesión) se administraron individualmente, intentando reducir al máximo el tiempo transcurrido entre cada grupo de pruebas.

Paralelamente, y durante la aplicación del primer grupo de pruebas, se entregó a los niños el Cuestionario para los padres. Suministrado en un sobre cerrado y numerado con el número de caso, se dieron instrucciones precisas a los niños para que no intercambiaran los sobres y los entregaran, una vez rellenos por sus padres, al maestro/a. Durante las siguientes visitas a los colegios, estos sobres fueron entregados por los maestros/as dentro del mismo sobre.

Una vez recogida toda la información se procedió a su análisis mediante el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 6.0.

II. 2.5.5. Tiempo de aplicación de los instrumentos de evaluación.

Primera fase:

El tiempo de aplicación de los instrumentos de medida utilizados en la primera fase fue aproximadamente de 30 minutos. Los 20 primeros minutos se destinaron a la presentación de la investigación a los alumnos seleccionados y a la aplicación del "Children's Depression Inventory" (CDI). Los diez últimos minutos fueron utilizados para administrar la Escala de Desesperanza.

Segunda fase:

En la segunda fase las baterías de pruebas se aplicaron en tres sesiones, de una duración no superior a una hora en cada una:

- Primera sesión:

Se les explicó a los alumnos seleccionados para esta segunda fase que el haber sido escogidos de entre sus compañeros era un hecho aleatorio y que por tanto ello "no quería decir que ni eran mejores ni peores que sus compañeros". Simplemente "les había tocado por sorteo dado que nos sería imposible preguntar a todos los niños de su clase sobre las cuestiones que nos interesaba conocer".

A continuación se les suministró la Entrevista del Concepto de Muerte junto con la escala de autoestima y la primera parte del cuestionario de personalidad. Finalmente, y de manera personalizada, se les entregaba el cuestionario de datos personales para que se lo dieran a sus respectivos padres. Este cuestionario, como

ya se ha indicado, se recogía en alguna de las dos sesiones posteriores o bien a través del maestro/a de la clase.

- Segunda Sesión:

Durante esta segunda sesión los niños seleccionados terminaron de contestar la segunda parte del cuestionario de personalidad y cumplimentaron la escala de Clima Familiar de Moos & Moos (1981). Con la finalidad de que entendieran el significado de cada pregunta cada ítem fue leído bien por la persona del equipo de investigación que les suministraba el material o bien por los mismos niños. Después de cada ítem se les preguntaba si habían entendido su significado, y en caso negativo se daban las instrucciones necesarias para que comprendieran el sentido y significado de la pregunta en cuestión.

- Tercera sesión:

La última sesión se destinaba a entrevistar individualmente a cada niño. La primera media hora de la entrevista se dedicaba a la aplicación de la escala de inteligencia y el resto a plantear las preguntas de la "Children's Depression Rating Scale".

II. 2.5.6. Definición operacional de Diagnóstico de Depresión.

Mediante los ítems de la CDRS-R es posible detectar los criterios diagnósticos del DSM-IV correspondientes a la depresión mayor y a la distimia. Los criterios utilizados para establecer el diagnóstico de depresión en esta investigación, a partir de la CDRS-R, han sido los mismos que se emplearon en el estudio de la depresión infantil en España (Domènech & Polaino ,1990). En consecuencia, una puntuación igual o superior a cuatro, en uno de los ítems que se corresponden con los criterios diagnósticos del DSM IV, fue considerada como indicativa de que el síntoma se hallaba presente.

Al igual que en el mencionado estudio, no se disponía del criterio de duración de la sintomatología, de un año, para poder establecer el diagnóstico de distimia. Dada la imposibilidad de realizar durante este periodo de tiempo el seguimiento de los casos, con la finalidad de comprobar la persistencia de los síntomas, no se puede considerar el diagnóstico como definitivo. En todo caso, cuando se hable de trastorno distímico, se referirá a la presencia de sintomatología propia de este trastorno en un estudio transversal, tal como se consideró en el estudio de Domènech & Polaino (1990).

II.3. RESULTADOS.

II.3.1. RESULTADOS DE LA PRIMERA FASE.

La población objeto de estudio fueron los alumnos de tercero, cuarto y quinto curso de Enseñanza General Básica, escolarizados en centros públicos y privados de la comarca del "Gironès" durante el año académico 1994/95.

La distribución de la muestra según sexo, edad y curso escolar aparece detallada en las tablas 15 y 16.

Tabla nº 15. Distribución de la muestra por cursos y sexo.

CURSO	Niños	Niñas	Total
Tercero	52	52	104 (28,8%)
Cuarto	72	67	139 (38,5%)
Quinto	57	61	118 (32,7%)
TOTAL	181(50,1%)	180(49,9%)	361(100,0%)

El número total de aulas evaluadas fue de 15, distribuidas de la siguiente manera: 3 aulas en la zona rural, 3 en la zona semi-urbana y 9 en la zona urbana (6 en Girona y 3 en Salt). En cada zona había el mismo número proporcional de aulas por curso. La muestra obtenida mediante el muestreo por conglomerados se correspondía con el 7'38% de la población escolar de 3º,4º y 5º curso de Enseñanza General Básica de la comarca del "Gironès".

La mortalidad epidemiológica fue muy baja ya que solo 6 niños no pudieron ser localizados durante esta fase. Se trataba de alumnos de una escuela ubicada en la zona más marginal de Girona, en la que la mayoría de la población es de raza gitana. Estas pérdidas se atribuyeron a los desplazamientos de residencia habituales de esta etnia. En las restantes escuelas fue posible evaluar a la totalidad de alumnos,

siendo necesaria en algunas ocasiones una segunda visita para localizar aquellos casos que no se hallaban presentes en el día asignado para la administración del CDI.

Tabla nº 16. Composición de la muestra por edad y sexo.

EDAD	NIÑOS	NIÑAS	TOTAL
8	43	44	87 (24,1%)
9	60	57	117 (32,4%)
10	53	51	104 (28,8%)
11	24	27	51 (14,1%)
12	0	2	2 (0,6%)
TOTAL	181(50,1%)	180(49,9%)	361(100,0%)

II.3.1.1. Prevalencia de la ideación suicida.

De los 361 sujetos evaluados durante la primera fase, 359 contestaron correctamente al ítem 9, de lo cuales 310, es decir el 86,4% , no autoinformó de ideación suicida a través del CDI. El 10,3% (n=37) seleccionó la segunda respuesta alternativa del ítem 9, " he pensado en matarme, pero no lo haría " y el 3,3% (n=12) la tercera "quiero matarme". Si sumamos las dos respuestas, obtenemos una prevalencia de la ideación suicida en la comarca del "Gironès" y en alumnos de 3º, 4º y 5º de E.G.B., del 13,6% (10,06 ÷ 17,1 - intervalo de confianza del 95%-).

Solo dos niños (el 0,6%) se negaron a contestar el ítem 9, siendo asimismo el único ítem al que no se respondió en el 100% de los casos.

Tabla nº 17. Prevalencia de la ideación suicida en la muestra estudiada.

ÍTEM 9	Niños	Niñas	TOTAL
No penso en matar-me	149 (83,2%)	161 (89,4%)	310 (86,4%)
Penso en matar-me, pero no ho faria	22 (12,3%)	15 (8,3%)	37 (10,3%)
En vull matar	8 (4,5%)	4 (2,2%)	12 (3,3%)
TOTAL	179 (49,9%)	180 (50,1%)	359(100,0%)

II.3.1.2. Ideación suicida y zona de ubicación de la escuela.

La prevalencia de la ideación suicida, según la zona de ubicación del centro escolar, oscila entre el 11,7% de la zona urbana y el 20,0 % de la zona rural, no llegando a ser significativas las diferencias observadas entre zonas ($\chi^2_{(2)}=3,09$; $p=0,21$).

Tabla nº 18. Ideación suicida según zona de ubicación de la escuela.

Grupo	Urbana	Semi-urbana	Rural
Sin ideación	233(88,3%)	65(81,3%)	12(80,0%)
Con ideación	31(11,7%)	15(18,8%)	3(20,0%)
Total	264(73,5%)	80(22,3%)	15(4,2%)

II.3.1.3. Ideación suicida y tipo de escuela.

Los resultados obtenidos parecen indicar que los niños de las escuelas privadas presentan menos ideación suicida que los alumnos de las escuelas públicas. Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con precaución , dado que existe una mayor representatividad de los alumnos de las escuelas públicas.

Tabla nº 19. Ideación suicida según las características del centro escolar.

Grupo	Escuela publica	Escuela privada	Total
Sin ideación	244 (84,4%)	66(94,3%)	66(94,3%)
Con ideación	45(15,6%)	4(5,71%)	4(5,71%)
Total	289(80,5%)	70(19,5%)	70(19,5%)

$\chi^2_{(1)} = 4,64506$; $p = 0,03114$.

II.3.1.4. Ideación suicida y sexo.

La prevalencia de la ideación suicida, según el sexo, parece ser superior en los niños. No obstante esta diferencia no alcanza la significación estadística ($\chi^2_{(1)}=2,93114$; $p = 0,08689$).

Tabla nº 20. Ideación suicida según el sexo.			
Grupo	Niños	Niñas	Total
Sin ideación	149(83,2%)	161(89,4%)	310(86,4%)
Con ideación	30(16,8%)	19(10,6%)	49(13,6%)
Total	179(100,%)	70(100,%)	359(100%)

Por otro lado, si comparamos los niños con las niñas de las escuelas públicas, se observa una mayor prevalencia, estadísticamente significativa ($\chi^2_{(1)} = 4,55543$; $p=0,03281$), de la ideación suicida en los niños (20,1%) versus las niñas (11,0%). En los centros privados el porcentaje de niñas con ideación suicida es similar al de los niños ($\chi^2_{(1)} = 1,06061$; $p=0,30308$)

Tabla nº 21. Ideación suicida en las escuelas públicas según el sexo			
Grupo	Niños	Niñas	Total
Sin ideación	115(79,9%)	129(89,0%)	244(84,4%)
Con ideación	29(20,1%)	16(11,0%)	45(15,6%)
Total	144(49,8,%)	145(50,2,%)	289(100%)

II.3.1.5. Ideación suicida y curso.

No se detectan diferencias significativas entre los tres cursos evaluados, oscilando la prevalencia de la ideación suicida entre el 16,5% de tercero de E.G.B. , y el 10,86% de cuarto de E.G.B.

Tabla n° 22. Ideación suicida según el curso escolar.				
GRUPO	3° E.G.B.	4° E.G.B.	5° E.G.B.	TOTAL
Sin ideación	86(83,5%)	123(89,1%)	101(85,6%)	310 (86,4%)
Con ideación	17(16,5%)	15(10,9%)	17(14,4%)	49 (13,6%)
Total	103(28,7%)	138(38,4%)	118(32,9%)	359(100,0%)

$$\chi^2_{(2)} = 1,67478; p = 0,43284$$

Asimismo, el número de respuestas dadas en cada una de las alternativas del ítem 9 por cursos fue el siguiente:

Tabla n° 23				
Respuesta dada en el ítem 9 del C.D.I.				
Respuesta	3° E.G.B.	4° E.G.B.	5° E.G.B.	TOTAL
No pienso en matarme	86(83,5%)	123(89,1%)	101(85,6%)	310 (86,4%)
Pienso en matarme, pero no lo haría	8 (7,8%)	13 (9,4%)	16 (13,6%)	37 (10,3%)
Quiero matarme.	9 (8,7%)	2 (1,4%)	1 (0,8%)	12 (3,3%)

Como queda reflejado en la tabla n° 23, el porcentaje de respuestas de intencionalidad suicida, en comparación con otros cursos, es superior en 3° de E.G.B. En 5° y 4° de E.G.B. sucede lo contrario, la mayoría de las respuestas corresponden a la ideación.

II.3.1.5. Ideación suicida y edad.

Hemos agrupado los niños en tres grupos de edad que se corresponden con una aproximación a los tres estadios evolutivos descritos por Piaget: Preoperacional (edad igual o inferior a los 8 años), Operaciones concretas (de 9 a 10 años) y operaciones abstractas (edad igual o superior a los 11 años).

Tabla nº 24. Ideación suicida según la edad.				
Grupo	Edad ≤ 8 años	9 a 10 años	Edad ≥ 11 años	TOTAL
Sin ideación	71(82,6%)	194(88,2%)	45(84,9%)	310 (86,4%)
Con ideación	15(17,4%)	26(11,8%)	8(15,1%)	49 (13,6%)
Total	103(24,0%)	138(61,3%)	53(14,8%)	359(100,0%)

El análisis estadístico de los datos indica que las diferencias que se puedan observar, entre los diferentes grupos edad con relación a la ideación suicida, son atribuibles al azar. ($\chi^2_{(2)} = 1,76930$; $p=0,41286$).

II.3.2. RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE.

Cuatro eran los objetivos de esta segunda fase. En primer lugar, corroborar la ideación suicida a través de un segundo instrumento (CDRS-R), y obtener la máxima información relativa a las ideas, pensamientos o acciones de los niños con ideación. Una vez analizada esta información, se pretendía clasificar cada sujeto de acuerdo con el grado de severidad. Para ello se utilizó la traducción de la "Spectrum of Suicidal Behavior", de Pfeffer et al.(1979,1980,1982,1984), que nos permitía clasificar cada caso según la gravedad de la conducta suicida .

El segundo objetivo era la valoración del concepto de muerte y, más concretamente, las posibles distorsiones cognitivas detectadas a través de la Entrevista del Concepto de Muerte.

Nuestro tercer objetivo se centraba básicamente en la valoración de las tres medidas utilizadas para valorar la depresión, CDI, CDRS-R y diagnóstico de depresión. Y, finalmente, nuestro cuarto objetivo se orientaba a la detección de los posibles factores de riesgo psicosociales. Se trataba en definitiva de identificar aquellas variables que permitieran discriminar con mayor precisión los niños con ideación suicida del grupo control .

II.3.2.1. Relación entre CDI y CDRS-R.

De los 49 casos identificados como con ideación suicida, mediante el CDI, 15 casos (30,6%) negaron durante la entrevista haber pensado alguna vez en matarse, a pesar de que no lo harían, o quererse matar.

En todos los casos, se insistió lo justo y necesario para recabar toda la información posible, y siempre aportada por el propio sujeto, sobre sus pensamientos o ideas suicidas. Sin embargo en estos 15 casos no se consiguió ratificar la respuesta dada en el CDI, negando en todos los casos haber dado tales respuestas.

Otro dato relevante, es que de los 34 casos restantes, 16 (el 32,65 % del total de casos detectados), inicialmente negaron la existencia de tales pensamientos o ideas, prefiriendo en la mayoría de los casos dar sus respuestas por escrito. En estos casos el examinador les cedió la hoja de respuestas para que anotaran sus pensamientos, o todo lo que ellos quisieran manifestar libremente sobre sus ideas suicidas. Solo el 34,69 % (n= 17) informó inicialmente y abiertamente de sus ideas suicidas.

Por lo que respecta a los dos casos que se negaron a contestar el ítem 9, solo uno de ellos comunicó haber pensado en matarse. El segundo sujeto afirmó no haber contestado al ítem 9 porque consideraba que "no era una pregunta pensada para él".

No hubo ningún caso del grupo control que manifestara ideas suicidas durante la aplicación de la CDRS-R , si bien en 3 casos se informó de la existencia de pensamientos suicidas anteriores. Como mínimo, hacía más de un año que dichas ideas habían desaparecido en estos tres niños.

Estos resultados nos indican que la prevalencia de la ideación suicida valorada a través del CDRS-R se situaría entorno al 9,42%, si en los 258 casos no seleccionados se hubiera aplicado también dicho instrumento y no se hubiera detectado ningún caso de ideación suicida .

SUJETOS QUE PASARON A LA SEGUNDA FASE.**SUJETOS ASIGNADOS AL GRUPO DE POSIBLES CASOS DE IDEACIÓN SUICIDA:**

- 49 NIÑOS QUE SEÑALARON LA SEGUNDA Y TERCERA OPCIÓN DEL ÍTEM 9 DEL CDI.
- 2 NIÑOS QUE NO HABÍAN CONTESTADO EL ÍTEM 9.

SUJETOS ASIGNADOS AL GRUPO CONTROL:

- 51 NIÑOS ELEGIDOS AL AZAR DE ENTRE LOS QUE HABÍAN SEÑALADO LA PRIMERA OPCIÓN DEL ÍTEM 9.

RESULTADOS DE LA SEGUNDA FASE.**GRUPO DE NIÑOS CON POSIBLE IDEACIÓN SUICIDA.**

De los 49 casos:

- 33 continuaban manifestando ideas suicidas.
- 13 no manifestaron ideas suicidas en el CDRS.
- 2 no cumplimentaron todos los cuestionarios.
- 1 tenía puntuaciones típicas iguales o inferiores a 7 en las tres pruebas del W.I.S.C.

De los 2 posibles casos:

- 1 manifestó ideas suicidas en el CDRS.
- 1 dijo que nunca había pensado en matarse.

GRUPO CONTROL.

De los 52 casos:

- 4 tenían puntuaciones típicas iguales o inferiores a 7 en las tres pruebas del W.I.S.C.
- 4 no cumplimentaron todos los cuestionarios.
- 44 cumplimentaron todas las pruebas.

Figura nº 6. Selección y constitución de la muestra de la segunda fase.

II.3.2.2. Respuestas dadas en el ítem 13 de la C.D.R.S.

El ítem 13 de la C.D.R.S. cumplió, en la segunda fase, la misma función que el ítem 9 del CDI en la primera. Se trataba de ratificar la presencia de ideación suicida y obtener toda la información posible sobre el contenido de las ideas suicidas.

De los 44 sujetos del grupo control , 41 (93,2%) negaron haber tenido pensamientos suicidas de algún tipo y solo 3 sujetos reconocieron haber pensado en matarse. Sin embargo desde hacia más de un año no habían tenido este tipo de pensamientos, por lo que no se excluyeron del grupo control.

Por lo que se refiere al grupo de niños con ideación suicida los resultados se muestran en la tabla nº 25. De entre las respuestas dadas en el ítem 13 de la CDRS, y después de agruparlas por su similitud, destaca el hecho de que la inmensa mayoría de los niños evaluados, el 61,8 % (n=26) , dijo que solo pensaba en matarse cuando se enfadaba mucho, bien fuese con sus amigos, padres o hermanos. En contraposición solo 4 niños, es decir el 11,76%, informó haber tenido a menudo pensamientos suicidas.

Del total de niños que constituían el grupo de ideación suicida, el 88,24% solo pensaba en el suicidio esporádicamente y con relación a un hecho determinado o concreto.

Tabla nº 25.	
Respuestas dadas en el ítem 13 de la CDRS-R.	
Pensamientos o ideas	nº de sujetos (%)
Solo tiene pensamientos o ideas suicidas cuando se enfada con sus padres, amigos o hermanos.	21 (61,8)
Tiene deseos de morir esporádicos, cuando recuerda algún familiar muerto.Sentimientos de reunirse con él.	2 (5,9)
Tiene deseos de morir esporádicos, cuando esta triste.	4 (11,8)
A menudo siente deseos de morir.	2 (5,9)
Tiene alucinaciones auditivas que le invitan al suicidio.	1 (2,9)
Siente deseos de morir cuando se produce una disputa familiar	1 (2,9)
Afirma tener ideas suicidas pero no da más información	1 (2,9)
Siente deseos de morir cuando se siente culpable de algún hecho.	1 (2,9)
Siente deseos de morir cuando se siente nervioso.	1 (2,9)

II.3.2.3. EQUIVALENCIA DE LOS GRUPOS.

Se ha realizado un primer análisis con la finalidad de verificar la similitud de los dos grupos estudiados y establecer, en definitiva, si ambos son equivalentes en nivel intelectual, edad, nivel socio-económico, sexo y curso escolar.

En la tabla nº 26 se presentan las medias de ambos grupos en las variables nivel socio-económico (calculado mediante el "Hollingshead Four Factor"), edad (años cumplidos) y nivel intelectual. De esta última variable disponemos tres medidas que se corresponden con las puntuaciones alcanzadas en los subtests de comprensión, semejanzas y cubos del WISC.

El análisis de la varianza indica que no se observan diferencias significativas en estas cinco variables.

Tabla nº 26 . EQUIVALENCIA DE LOS GRUPOS.

Variables	Grupo Control n = 44	Grupo Ideación n = 34	F
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO :			
Hollingshead Four Factor			
M	27,77	26,45	0,310
Sd	10,99	7,22	n.s.
INTELIGENCIA:			
WISC			
Comprensión			
M	9,63	10,03	0,370
Sd	2,85	2,75	n.s.
Semejanzas			
M	9,86	8,97	1,510
Sd	3,17	3,15	n.s.
Cubos			
M	12,14	12,06	0,013
Sd	2,79	2,97	n.s.
EDAD:			
M	9,27	9,6	1,678
Sd	0,95	0,99	n.s.

El análisis de las variables sexo, curso escolar y grupo de edad mediante tablas de contingencia, que se reproducen a continuación, nos confirma la equivalencia de los dos grupos. Además, se han agrupado las edades en tres categorías que se corresponden con una aproximación a los tres estadios evolutivos definidos por Piaget: Preoperacional (edad igual o inferior a los 8 años), Operaciones Concretas (de 9 a 10 años) y Operaciones Formales (edad igual o superior a los 11 años). Hemos llevado a cabo este segundo análisis de la variable edad, dada la relevancia que tiene en esta investigación la valoración del nivel de desarrollo cognitivo.

Tabla n° 27. Equivalencia de los grupos: sexo.

SEXO	GRUPO	
	CONTROL	IDEACIÓN
NIÑO	21 (23,1) 47,7%	20 (17,9) 58,8%
NIÑA	23 (20,9) 52,3%	14 (16,1) 41,2%
TOTAL	44	34

$\chi^2_{(1)} = 0,947$; n.s. - (Entre paréntesis se indican las frecuencias esperadas).

Tabla n° 28 . Equivalencia de los grupos: curso escolar.

CURSO	GRUPO	
	CONTROL	IDEACIÓN
3° E.G.B.	12 (10,7) 27,3%	7 (8,3) 20,6%
4° E.G.B.	17 (17,5) 38,6%	14 (13,5) 41,2%
5° E.G.B.	15 (15,8) 34,1%	13 (12,2) 38,2%
TOTAL	44	34

$\chi^2_{(2)} = 0,475$; n.s. - (Entre paréntesis se indican las frecuencias esperadas)

Tabla nº 29. Equivalencia de los grupos: de edad.

EDAD	GRUPO	
	CONTROL	IDEACIÓN
Inferior a los 9 años	10 (8,5) 22,7%	5 (6,5) 14,7%
Igual o superior a 9 e inferior a 11 años	31 (29,9) 64,7%	22 (23,12) 70,5%
Igual o superior a 11 años	3 (5,6) 6,8%	7 (4,4) 20,6%
TOTAL	44	34

$\chi^2_{(2)} = 3,572$; n.s. - (Entre paréntesis se indican las frecuencias esperadas).

II.3.2.4. IDEACIÓN SUICIDA Y CONCEPTO DE MUERTE.

A partir de las respuestas dadas en la entrevista estructurada del concepto de muerte podemos valorar el grado o nivel de adquisición de cada uno de los componentes que son necesarios para que el niño tenga una percepción real de lo que significa la muerte. A continuación, presentamos la evaluación de estos sub-conceptos así como otros aspectos que contempla la entrevista utilizada.

II.3.2.4.1. Universalidad.

En la tabla siguiente se presentan las respuestas dadas en cada uno de los ítems que valoran la universalidad de la muerte, entendida como algo que acontece en todos los seres vivos.

Tabla nº 30. Universalidad.

Respuesta	GRUPO				
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN		
	SI	NO	SI	NO	
UNIVERSALIDAD					
" Creus que totes les persones es moren?."	29	5	37	7	$\chi^2 = 0,2133$; n.s.
" Crees que todas las personas mueren ".	(85,3%)	(14,7%)	(84,1%)	(15,9%)	
" Creus que tu pots morir?."	30	4	41	3	$\chi^2 = 0,5745$; n.s.
" Crees que tu puedes morir ".	(88,2%)	(11,8%)	(93,2%)	(6,8%)	
" Els animals també es moren?."	33	1	44	0	(1); n.s.
" Los animales tambien se mueren. "	(97,1%)	(2,9%)	(100%)	(0 %)	
" El teu pare es pot morir?."	33	1	38	6	(1); n.s.
" ¿ Se puede morir tu padre?. "	(97,1%)	(2,9%)	(86,4%)	(13,6%)	
" La teva mare es pot morir?."	33	1	37	7	(1); n.s.
" ¿ Se puede morir tu madre?. "	(97,1%)	(2,9%)	(84,1%)	(15,9%)	

(1) Prueba Exacta de Fisher.

Tabla nº 31. Número de respuestas correctas dadas en los ítems que valoran Universalidad.

nº respuestas correctas	Grupo Ideación Suicida	Grupo sin ideación suicida
0/ 5	0 (0%)	0 (0%)
1/ 5	0 (0%)	1 (2,3%)
2/ 5	1 (2,9%)	3 (6,8%)
3/ 5	3 (8,8%)	3 (6,8%)
4/ 5	3 (8,8%)	4 (9,1%)
5/ 5	27 (79,4%)	33 (75,0%)
TOTAL	34	44

Dos terceras partes de la muestra estudiada contestaron correctamente a las cinco preguntas que valoran el sub-concepto de universalidad, no observándose diferencias significativas entre ambos grupos con relación a su nivel de adquisición. En la tabla nº se indican el total de sujetos con ideación suicida y grupo control que contestaron correctamente a estas cinco cuestiones, y en consecuencia tienen adquirido el concepto de universalidad.

Tabla nº 32. Adquisición del concepto de universalidad.

UNIVERSALIDAD	GRUPO	
	IDEACIÓN	CONTROL
ADQUIRIDO	27 (26,2) 79,4%	33 (33,8) 75%
NO ADQUIRIDO	7 (7,8) 20,6%	11 (10,2) 25%
TOTAL	34	44

$\chi^2_{(1)} = 0,210$; n.s.

II.3.2.4.2. Irreversibilidad.

De las tres preguntas que valoran la irreversibilidad de la muerte (tabla nº 33), solo se han detectado diferencias significativas en una de ellas. Mientras el 91,2% de los niños del grupo con ideación suicida piensa que no es posible volver a la vida después de haber muerto, el 34,1% del grupo control cree todo lo contrario (vs. 8,8% del grupo con ideación suicida).

Tabla nº 33. IRREVERSIBILIDAD.

Respuesta	GRUPO				
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN		
	SI	NO	SI	NO	
" Quan mors, creus que pots tornar a la vida?." " Cuando mueras, crees que podras volver a la vida.. "	3 (8,8%)	31 (91,2%)	15 (34,1%)	29 (65,9%)	$\chi^2=6,8978^*$
" Quan un animal es mor, pot tornar a la vida?." " ¿ Cuando un animal se muere, puede volver a la vida?. "	6 (17,6%)	28 (82,4%)	12 (27,3%)	32 (72,7%)	$\chi^2=1,0011;n.s.$
" Quan una persona mor pot tornar a la vida en altra forma?." " ¿ Cuando una persona se ha muerto, puede volver a la vida en otra forma?. "	12 (35,3%)	22 (64,7%)	23 (52,3%)	21 (47,7%)	$\chi^2=2,2351;n.s.$

* p < 0.01

Tabla nº 34. Número de respuestas correctas en los ítems que valoran la Irreversibilidad.

nº respuestas correctas	Grupo Ideación Suicida	Grupo sin ideación suicida
0/ 3	3 (8,8%)	9 (20,5%)
1/ 3	1 (2,9%)	5 (11,4%)
2/ 3	10 (29,4%)	13 (29,5%)
3/ 3	20 (58,8%)	17 (38,6%)
TOTAL	34	44

Casi el 60 % de los niños del grupo de ideación suicida respondieron correctamente a las tres preguntas que valoraban la idea de que la muerte es un proceso irreversible. Frente a un 38'6% del grupo control, que contrariamente a lo que cabria esperar tienden a percibir la muerte como un proceso irreversible. Estas diferencias no alcanzan un nivel de significación lo suficientemente elevado como para que podamos considerar que no son atribuibles al azar.

Tabla n° 35 . Adquisición del concepto de Irreversibilidad.

GRUPO		
IRREVERSIBILIDAD	IDEACIÓN	CONTROL
ADQUIRIDO	20 (16,1) 58,8%	17 (20,9) 38,6%
NO ADQUIRIDO	14 (17,9) 41,2%	27 (23,1) 61,4%
TOTAL	34	44

$$\chi^2_{(1)} = 3,1347; P=0,08$$

Sin embargo, si eliminamos el ítem 25 (" ¿Cuando una persona muere, puede volver a la vida en otra forma ?),que por su contenido puede reflejar en cierta medida las creencias espirituales del individuo, observamos que las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas.

En el grupo formado por los niños con ideación suicida, un 82,4% de los niños piensa que la muerte es un hecho irreversible mientras que en el grupo control solo un 61,4% esta de acuerdo con esta premisa.

Tabla n° 36. Eliminando ítem 25: " Quan una persona mor pot tornar a la vida en altre forma ?.:

GRUPO		
IRREVERSIBILIDAD	IDEACIÓN	CONTROL
ADQUIRIDO	28 (24) 82,4%	27 (31) 61,4%
NO ADQUIRIDO	6 (10) 17,6%	17 (13) 38,6%
TOTAL	34	44

$$\chi^2_{(1)} = 4,064; P=0,04$$

II.3.2.4.3. Cesación de los procesos corporales.

Las respuestas dadas por los niños con ideas suicidas, en los ítems que valoran la noción de que la muerte supone el final definitivo de la existencia del individuo, no se diferencian de las dadas por el grupo control.

Tabla nº 37. Cesación de los procesos corporales.

Respuesta	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
CESACIÓN DE LOS PROCESOS CORPORALES.				
" Una persona que s'ha mort, pot tenir gana o passar fred?."				
" ¿ Una persona que se ha muerto, puede tener hambre o pasar frio?."	4 (11,8%)	30 (88,2%)	1 (2,3%)	43 (1) ; n.s. (97,7%)
" Una persona que s'ha mort pot veure o sentir?."				
" ¿ Una persona que se ha muerto puede oír o sentir?."	7 (20,6%)	27 (79,4%)	9 (20,9%)	34 $\chi^2=0,0014$; n.s. (79,1%)
" Quan una persona s'ha mort, el seu cos es manté sempre igual?."				
" ¿ Cuando una persona se ha muerto, su cuerpo se mantiene siempre igual?."	7 (20,6%)	27 (79,4%)	13 (29,5%)	31 $\chi^2=0,8071$; n.s. (70,5%)

(1) Prueba Exacta de Fisher.

Tabla nº 38. Número de respuestas correctas en los ítems que valoran la cesación de los procesos corporales.

nº respuestas correctas	Grupo Ideación Suicida	Grupo sin ideación suicida
0/ 3	0 (0,0%)	1 (2,3%)
1/ 3	5 (14,7%)	2 (4,5%)
2/ 3	8 (23,5%)	16 (36,4%)
3/ 3	21 (61,8%)	25 (56,4%)
TOTAL	34	44

Algo más de la mitad de los niños, en ambos grupos, han alcanzado el número máximo de respuestas correctas. Más concretamente, el 61,8% del grupo de niños con ideación suicida piensa que la muerte es un proceso que implica la cesación de toda actividad corporal. El 56,8% del grupo control tiene esta misma percepción de la muerte. No existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con relación al nivel de adquisición del subconcepto de cesación de los procesos corporales.

Tabla nº39. Adquisición del concepto de cesación de los procesos corporales.

CESACIÓN	GRUPO	
	IDEACIÓN	CONTROL
ADQUIRIDO	21 (20,1) 61,8%	25 (25,9) 56,8%
NO ADQUIRIDO	13 (13,9) 38,2%	19 (18,1) 43,2%
TOTAL	34	44

$\chi^2_{(1)} = 0,194$; n.s.

II.3.2.4.4. Adquisición del concepto de muerte.

Si consideramos que todo niño que haya respondido correctamente en las 11 preguntas anteriores tiene adquirido el concepto de muerte, obtendríamos que el 32,4% de los niños con ideación suicida tiene una idea real de lo que significa la muerte. Mientras que solo el 11,4% del grupo control tendría la misma percepción de la muerte. En todo caso, mucho menos de la mitad de los niños evaluados tendría un conocimiento exacto de la muerte.

Tabla nº 40. Adquisición del concepto de muerte.

CONCEPTO MUERTE	GRUPO	
	IDEACIÓN	CONTROL
ADQUIRIDO	11 (7,0) 32,4%	5 (9,0) 11,4%
NO ADQUIRIDO	23 (27,0) 67,6%	39 (35,0) 88,6%
TOTAL	34	44

$$\chi^2_{(1)} = 5,1822 ; p = 0,02$$

Si eliminamos el ítem 25 ,que como ya hemos comentado puede estar contaminado por las ideas espirituales inculcadas en los niños tanto desde la escuela como desde la familia, los resultados variarían substancialmente. De tal manera que, casi la mitad de los niños del grupo con ideación suicida (44,1%) tendría un conocimiento real de la muerte, frente a solo el 22,7% del grupo control ($\chi^2 = 4,0294$; $p = 0.04.$).

Tabla nº 41. Adquisición del concepto de muerte eliminando el ítem 25.

CONCEPTO MUERTE	GRUPO	
	IDEACIÓN	CONTROL
ADQUIRIDO	15 (10,9) 44,1%	10 (14,1) 22,7%
NO ADQUIRIDO	19 (23,1) 55,9%	34 (29,9) 77,3%
TOTAL	34	44

$$\chi^2 = 4,0294 ; p = 0.04.$$

En la tabla n° 42 se recogen, para cada uno de los subconceptos estudiados, las frecuencias correspondientes a los sujetos que los tienen adquiridos en función de la ideación suicida y la edad.

Según los datos obtenidos, una tercera parte del total de la muestra, en igual proporción en cada uno de los grupos de edad, entiende que la muerte es un fenómeno universal y que presupone el cese permanente e irreversible de toda actividad corpórea. No obstante, la totalidad de los niños cuya edad es igual o superior a los once años tienen adquiridos, como mínimo, dos de los tres subconceptos que son necesarios para que exista una verdadera comprensión de la muerte. En los dos restantes grupos de edad, los porcentajes se sitúan alrededor del 75%.

	-	X	-	-	X	X	-	X
Universalidad	-	X	-	-	X	X	-	X
Irreversibilidad	-	-	X	-	X	-	X	X
Cesación	-	-	-	X	-	X	X	X
≤ 8 años	Ideación	0 (0%)	1 (20,0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (40,0%)	0 (0%)	2 (40,0%)
	Control	0 (0%)	2 (20,0%)	0 (0%)	1 (10%)	2 (20,0%)	0 (0%)	3 (30,0%)
	Total	0 (0%)	3 (20%)	0 (0%)	1 (6,7%)	4 (26,7%)	0 (0%)	5 (33,3%)
9 - 10 años	Ideación	2 (9,1%)	0 (0%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)	6 (27,3%)	0 (0%)	10 (45,5%)
	Control	1 (3,2%)	4 (12,9%)	1 (3,2%)	3 (9,7%)	8 (25,8%)	5 (16,1%)	7 (22,6%)
	Total	3 (5,7%)	4 (7,5%)	2 (3,8%)	4 (7,5%)	14 (26,4%)	5 (9,4%)	17 (32,1%)
≥ 11 años	Ideación	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	3 (42,9%)
	Control	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0%)
	Total	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	3 (30%)	3 (30%)
TOTAL	3 (3,8%)	7 (9,0%)	2 (2,6%)	7 (9,0%)	20 (25,6%)	8 (10,3%)	8 (10,3%)	25 (32,1%)

Los porcentajes más elevados de adquisición del concepto de muerte corresponden a los niños con ideación suicida, siendo, en los diferentes grupos de edad, igual o superior al 40%, sin alcanzar, sin embargo, en ningún caso el 50%.

II.3.2.4.5. Creencias relativas a la vida después de la muerte.

A pesar de que estos ítems están valorando aspectos que muy bien podrían coincidir con los que incluye el subconcepto de cesación de los procesos corporales, es preferible estudiarlos a parte. Seguramente estas ideas están presentes en la mayoría de adultos, sea cual sea su religión o credo, y por tanto, deben ser consideradas como creencias espirituales o como ideas que son fruto de la formación espiritual recibida, más que como una distorsión o desconocimiento de la muerte.

Como se puede observar en la tabla nº 43 las respuestas dadas por los niños con ideación suicida en estas preguntas no difieren de las dadas por el grupo control. Ambos grupos, por tanto, no difieren en sus creencias con respecto a la existencia de otra vida después de la muerte o de la posibilidad de reunirse con sus familiares.

Tabla nº 43. Creencias relativas a la vida después de la muerte.

Respuesta	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
CREENCIAS RELATIVAS A LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE.				
" Creus que després de la mort hi ha una altra vida?."				
" ¿ Crees que después de la muerte hay otra vida?."	20 (58,8%)	14 (41,2%)	30 (68,2%)	14 $\chi^2=0,7300$;n.s. (31,8%)
" Creus que després de la mort hi ha una vida millor?."				
" ¿ Crees que después de la muerte hay una vida mejor?."	13 (39,4%)	20 (60,6%)	16 (36,4%)	28 $\chi^2=0,0738$;n.s. (63,6%)
" Creus que després de la mort hi ha una vida pitjor?."				
" ¿ Crees que después de la muerte hay una vida peor?."	9 (27,3%)	24 (72,7%)	14 (31,8%)	30 $\chi^2=0,1860$;n.s. (68,2%)

Tabla nº 43 (continuación)

Respuesta	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
CREENCIAS RELATIVAS A LA VIDA DESPUÉS DE LA MUERTE.				
" Penses que quan un es mor es reuneix amb els seus familiars?."				
" ¿ Piensas que cuando alguien se muere se reune con sus familiares?."	18 (54,5%)	15 (45,5%)	24 (55,8%)	19 $\chi^2=0,0122;n.s.$ (44,2%)
" Quan un mor s'acaba tot?."				
" ¿ Se acaba todo cuando mueres?."	15 (45,5%)	18 (54,5%)	13 (30,2%)	30 $\chi^2=1,8593;n.s.$ (69,8%)

II.3.2.4.6. Preocupación por la muerte.

La entrevista estructurada del concepto de muerte incluye cinco ítems que valoran la preocupación que tiene el niño por la muerte. Esta preocupación se refiere a la existencia de sueños, en los que aparecen personas difuntas o la imagen de su propia muerte, o simplemente, reflejan el temor por la muerte.

De las cinco preguntas formuladas, solo se observan diferencias estadísticamente significativas en el ítem nº 13 (" Has somiat amb la teva mort o que et mories?." " ¿ Has soñado con tu muerte o que te morías?."). Es decir, mientras que el 47,1% del grupo de niños con ideación suicida afirma haber soñado con su propia muerte, en el grupo control solo el 22,7% reconoce haber tenido esta experiencia.

Tabla nº 44. Preocupación por la muerte.

Respuesta	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
PREOCUPACIÓN POR LA MUERTE.				
" Has somiat algun cop amb persones que estiguin mortes? "				
" ¿ Has soñado alguna vez con personas que estén muertas? "	19 (55,9%)	15 (44,1%)	22 (50%)	22 $\chi^2=0,2662$;n.s. (50%)
" Has somiat amb la teva mort o que et mories? "				
" ¿ Has soñado con tu muerte o que te morías? "	16 (47,1%)	18 (52,9%)	10 (22,7%)	34 $\chi^2=5,1096$ * (77,3%)
" T'has aturat alguna vegada a pensar que algun membre de la teva família pugui morir? "				
" ¿ Has pensado alguna vez, que algún miembro de tu familia pueda morir? "	24 (70,6%)	10 (29,4%)	27 (61,4%)	17 $\chi^2=0,7211$;n.s. (38,6%)
" Et fa por morir? "				
" ¿ Te da miedo morir? "	25 (73,5%)	9 (26,5%)	30 (68,2%)	14 $\chi^2=0,2638$;n.s. (31,8%)
" En els teus somnis apareix algun familiar mort ? "				
" ¿ Aparece algún familiar muerto en tus sueños? "	17 (50%)	17 (50%)	21 (47,7%)	23 $\chi^2=0,0397$;n.s. (52,3%)

A) Quin: (Cual :)	Grupo ideación suicida	Grupo control
No contesta	18 (54,5%)	23 (52,3%)
Abuelo	4 (12,1%)	6 (13,6%)
Tío	4 (12,1%)	2 (4,5%)
Abuela	1 (3,0%)	3 (6,8%)
Bisabuela	1 (3,0%)	2 (4,5%)
Prima de la abuela	1 (3,0%)	0 (0,0%)
Madre	0 (0,0%)	1 (2,3%)
Padrino	0 (0,0%)	1 (2,3%)
Mis abuelos	0 (0,0%)	2 (4,5%)
Tío y madre	0 (0,0%)	1 (2,3%)
Mi padre	0 (0,0%)	1 (2,3%)
Hermano pequeño	1 (3,0%)	0 (0,0%)
Bisabuelo	0 (0,0%)	1 (2,3%)
Abuelo,padre i mis ...	1 (3,0%)	0 (0,0%)
Tío, abuelo, abuela , ...	1 (3,0%)	0 (0,0%)
Abuelo y bisabuela	1 (3,0%)	1 (2,3%)

* p < 0.05

El último ítem ("En els teus somnis apareix algun familiar mort ?" ."*¿ Aparece algún familiar muerto en tus sueños?*"), en el caso de que la respuesta sea afirmativa, se le pide al niño que especifique el difunto que aparece en sus sueños. Los personajes más frecuentes han sido el abuelo y el tío en el grupo de ideación suicida , y el abuelo , seguida de la abuela, en el grupo control.

II.3.2.4.7. Experiencias personales.

Las respuestas dadas por los niños con ideación suicida en las preguntas que se refieren a los acontecimientos vitales relacionados con la muerte, las vivencias y la formación que hayan podido tener, no difieren de las dadas por los niños del grupo control. A destacar, sin embargo , que cerca del 40% de los niños con ideación suicida afirman haber recibido información por parte de la escuela sobre la muerte. Mientras que solo un 20,9% de los niños del grupo control coincide con esta afirmación. A pesar de que esta diferencia se aproxima a la significación estadística ($\chi^2=3,0946$; $p=0,08$) no podemos rechazar la hipótesis nula y en consecuencia debemos considerar que estas diferencias son aleatorias.

Otro dato interesante nos los proporciona el ítem nº 18 que se refiere a la experiencia y percepciones del niño con relación a la muerte de un animal de compañía. Las dos preguntas que se formulan a continuación, en caso de que la respuesta sea afirmativa, también son indicativas del grado de adquisición del concepto de muerte. Nótese que más de un 80% de los niños, tanto del grupo control como con ideación suicida, coinciden en afirmar que nunca más volverán a ver al animal. Mientras que el 31,3% de los niños con ideación suicida y el 47,5% del grupo

control piensen que el animal en cuestión les puede estar viendo una vez muerto. En todo caso, las respuestas del grupo control no difieren de las del grupo de niños con ideación suicida.

Tabla nº 45. Experiencias personales.

Respuesta	GRUPO			
	IDEACIÓ SUICIDA		SIN IDEACIÓ	
	SI	NO	SI	NO
EXPERIENCIAS PERSONALES.				
" Hi ha hagut algú a la teva família que s'hagi mort fa poc?."				
" ¿ Alguien de tu familia se ha muerto hace poco?."	14 (41,2%)	20 (58,8%)	12 (27,3%)	32 $\chi^2=1,6685$;n.s. (72,7%)
" Has vist alguna vegada per la televisió o el cinema alguna persona que es mati a sí mateixa?."				
" ¿ Has visto alguna vez por la televisión o el cine, una persona que se mate?."	29 (85,3%)	5 (14,7%)	31 (70,5%)	13 $\chi^2=2,3793$;n.s. (29,5%)
" Se t'ha mort algun animal?."				
" ¿ Se te ha muerto algún animal?."	28 (82,4%)	6 (17,6%)	36 (81,8%)	8 $\chi^2=0,0037$;n.s. (18,2%)
A) " El tornaràs a veure?."				
" ¿ Lo volveràs a ver?."	5 (15,2%)	28 (84,8%)	5 (5,5%)	35 $\chi^2=0,1075$;n.s. (87,5%)
B)" Creus que ell et pot veure?."				
" ¿ Crees que el te puede ver?."	10 (31,3%)	22 (68,8%)	19 (47,5%)	21 $\chi^2=1,9516$;n.s. (52,5%)
" Has vist d'aprop una persona morta?."				
" ¿ Has visto, de cerca , una persona muerta?."	10 (29,4%)	24 (70,6%)	11 (25%)	33 $\chi^2=0,1897$;n.s. (75%)
" Has anat algun cop a un enterro d'un company, veí, familiar , amic, etc.?."				
" ¿ Has asistido alguna vez a un funeral de algún compañero, vecino, familiar, amigo etc.?."	12 (35,3%)	22 (64,7%)	18 (40,9%)	26 $\chi^2=0,2555$;n.s. (59,1%)
" T'han parlat a l'escola de la mort?."				
" ¿ Te han hablado de la muerte en el colegio?."	13 (39,4%)	20 (60,6%)	9 (20,9%)	34 $\chi^2=3,0946$;n.s. (79,1%) $p=0,08$
" T'han parlat els teus pares de la mort?."				
" ¿ Te han hablado de la muerte tus padres?."	18 (52,9%)	16 (47,1%)	17 (39,5%)	26 $\chi^2=1,3764$;n.s. (60,5%)

II.3.2.4.8. Conocimiento de la palabra "suicidio".

La entrevista incluye una pregunta abierta en la que se le pide al niño que de una definición de la palabra suicidio. Cerca del 75%, del total de los niños encuestados, conocía el significado correcto de la palabra suicidio, no observándose diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos estudiados.

Tabla nº 46. Noción de la palabra suicidio.

	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI (1)	NO (2)	SI (1)	NO (2)
CONOCE EL SIGNIFICADO DE LA PALABRA SUICIDIO.				
" Qué es suicidi ? "				
" ¿ Que es un suicidio ? "	25 (73,5%)	9 (26,5%)	33 (75%)	11 $\chi^2=0,0218;n.s.$ (25%)

(1) Da una definición correcta de la palabra suicidio.

(2) No sabe/ no contesta o da una definición incorrecta/imprecisa.

Por lo que se refiere al contenido de la definición dada, en la tabla nº 34 se presentan las respuestas de los 78 niños encuestados. La respuesta más común fue " Matarse, persona que se mata, matarse uno mismo..." , seguida de aquellas definiciones en las cuales se indicaba la acción de matarse y el motivo, por ejemplo "estar cansado de vivir".

Tabla nº 47. Definición de la palabra suicidio.

	GRUPO	
	IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN
RESPUESTAS DADAS:		
<u>" ¿Qué es suicidi ? "</u>		
<u>" ¿ Que es un suicidio ? "</u>		
No sabe, desconoce el significado de la palabra suicidio...	3 (8,8%)	5 (11,4%)
Matarse, persona que se mata, matarse uno mismo...	8 (23,5%)	13 (29,5%)
Da un ejemplo: tirarse por un balcón, precipicio etc...	5 (14,7%)	7 (15,9%)
Indica la acción de matarse y añade uno o varios ejemplos ...	2 (5,9%)	2 (4,5%)
Indica la acción de matarse y el motivo: cansado de vivir ...	9 (26,5%)	11 (25%)
Acción de matarse y explicita que es un acto volitivo ...	1 (2,9%)	0 (0%)
Da una definición incorrecta	3 (8,8%)	3 (6,8%)
Da una definición imprecisa, habla de la muerte pero no especifica quien la produce	1 (1,3%)	2 (1,7%)
Acción de hacerse daño	0 (0%)	1 (2,3%)
Indica el motivo y el método	1 (2,9%)	0 (0%)
Da una definición parcialmente correcta	1 (2,9%)	0 (0%)

II.3.2.4.9. Causalidad.

Finalmente, otro importante aspecto evaluado, mediante la entrevista estructurada del concepto de la muerte, fue la causalidad o los acontecimientos a los que se atribuía la muerte. Este sub-concepto fue valorado en tres situaciones diferentes: muerte impersonal, animal y personal.

II.3.2.4.9.1. Causalidad: Muerte impersonal.

El número de respuestas dadas en cada una de las posibles categorías (muerte natural, muerte violenta, muerte por suicidio y otras causas) se presentan en la tabla nº 44. Cada niño podía dar hasta tres respuestas, cuando era interrogado sobre las causas que podían motivar la muerte de una persona.

Tabla nº 48. Causalidad: Muerte Impersonal.

nº respuestas dadas	GRUPO							
	IDEACIÓN SUICIDA				SIN IDEACIÓN			
	0	1	2	3	0	1	2	3
Causa:								
Muerte natural	4 (11,8%)	8 (23,5%)	11 (32,4%)	11 (32,4%)	3 (6,8%)	10 (22,7%)	19 (43,2%)	12 (27,3%)
Muerte violenta	14 (41,2%)	11 (32,4%)	5 (14,7%)	4 (11,8%)	15 (34,1%)	21 (47,7%)	7 (15,9%)	1 (2,3%)
Muerte por suicidio	29 (85,3%)	5 (14,7%)	-	-	40 (90,9%)	3 (6,8%)	-	1 (2,3%)
Otras respuestas	33 (97,1%)	1 (2,9%)	-	-	41 (93,2%)	2 (4,5%)	-	1 (2,3%)

Después de comparar el número de respuestas dadas por cada grupo, mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, no se apreciaron diferencias significativas entre los dos grupos en cada una de las cuatro posibles categorías de respuesta.

II.3.2.4.9.2. Causalidad: Muerte personal.

En la tabla nº 49 se especifican el número de respuestas dadas en cada categoría (las mismas que en el caso anterior). Asimismo, cada niño podía dar hasta tres posibles respuestas cuando se le pedía sobre las causas de su supuesta muerte.

Tabla nº 49. Causalidad: Muerte personal.

	GRUPO							
	IDEACIÓN SUICIDA				SIN IDEACIÓN			
nº respuestas dadas	0	1	2	3	0	1	2	3
Causa:								
Muerte natural	9 (26,5%)	13 (38,2%)	12 (35,3%)	-	4 (9,1%)	17 (38,6%)	16 (36,4%)	7 (15,9%)
Muerte violenta	7 (20,6%)	17 (50,0%)	9 (26,5%)	1 (2,9%)	15 (34,1%)	17 (38,6%)	11 (25,0%)	1 (2,3%)
Muerte por suicidio	25 (73,5%)	8 (23,5%)	1 (2,9%)	-	36 (81,8%)	6 (13,6%)	-	2 (4,5%)
Otras respuestas	27 (79,4%)	2 (5,9%)	1 (2,9%)	4 (11,8%)	40 (90,9%)	2 (4,5%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)

A excepción de muerte natural no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas dadas por los niños con ideación suicida y los del grupo control. De tal manera que los niños del grupo control fueron los que dieron más respuestas de muerte natural (U de Mann-Whitney = 528,5 ; p=0,0192). Algo más de la cuarta parte de los niños del grupo con ideación suicida no dieron ninguna respuesta de muerte natural, mientras que en el grupo control solo un 9,1% respondió de manera parecida.

II.3.2.4.9.3. Causalidad: Muerte animal.

Finalmente, en la tabla nº 50 se muestra el número de respuestas dadas en cada categoría (las mismas que en los dos casos anteriores), cuando se les pedía a los niños que dijeran de que podía morir un animal.

Tabla nº 50. Causalidad: Muerte animal.

	GRUPO							
	IDEACIÓN SUICIDA				SIN IDEACIÓN			
nº respuestas dadas	0	1	2	3	0	1	2	3
Causa:								
Muerte natural	12 (35,3%)	13 (38,2%)	7 (20,6%)	2 (5,9%)	5 (11,4%)	21 (47,7%)	14 (31,8%)	4 (9,1%)
Muerte violenta	3 (8,8%)	9 (26,5%)	13 (38,2%)	9 (26,5%)	5 (11,4%)	16 (36,4%)	19 (43,2%)	4 (9,1%)
Muerte por suicidio	33 (97,1%)	1 (2,9%)	-	-	42 (95,5%)	2 (4,5%)	-	-
Otras respuestas	30 (88,2%)	3 (8,8%)	1 (2,9%)	-	43 (97,7%)	1 (2,3%)	-	-

Algo similar a lo observado en muerte personal sucede en muerte animal. El número de respuestas de muerte natural dadas por los niños del grupo control es superior a la de los niños con ideación suicida (U de Mann-Whitney = 546,5 ; $p=0,0311$). Por otro lado, el número de otro tipo de respuestas, no incluidas en las tres primeras categorías, es algo superior en el grupo de niños con ideación suicida. Sin embargo, no se alcanza la significación estadística suficiente para rechazar la posibilidad de que estas diferencias sean aleatorias (U de Mann-Whitney = 676,5 ; $p=0,0896$).

II.3.2.5. Variables asociadas con la ideación suicida.

II.3.2.5.1. Ideación suicida y depresión.

En la tabla nº 51 se exponen las medias halladas en cada grupo en las dos medidas utilizadas para valorar la sintomatología depresiva: el "Children's Depression Inventory" y la "Children's Depression Rating Scale".

Si bien la media del CDI es algo mayor en el grupo con ideación suicida, no alcanza el nivel de significación requerido para rechazar la posibilidad que dicha diferencia sea aleatoria. Por contra, el análisis de la varianza nos indica que las puntuaciones obtenidas por el grupo de niños con ideación suicida en la CDRS son significativamente más altas que las obtenidas por los niños del grupo control, tanto en los niños como en las niñas.

Se hace notar, que se han eliminado los ítems 13 y 9 de la CDRS y del CDI, respectivamente, que valoran la ideación suicida. Por lo que la puntuación analizada corresponde a la puntuación total menos la alcanzada en los ítems indicados.

A partir de la información que nos proporcionan los ítems de la CDRS se pudo valorar, en cada caso, el cumplimiento de los criterios diagnósticos de la depresión del D.S.M.-IV. El procedimiento seguido fue el mismo que utilizaron Domènech & Polaino (1990) en el estudio de la depresión infantil en España. Es decir, que el grado de severidad exigible en cada ítem para que se pudiera considerar como capaz de satisfacer un síntoma de los criterios del D.S.M.-IV, tanto en el trastorno distímico como en la depresión mayor, fue de cuatro puntos.

Una vez evaluado el cumplimiento de los criterios diagnósticos de los trastornos distímico y de depresión mayor en cada caso, se obtuvieron los resultados que se indican en la tabla nº 52. Tal como se puede observar, se detecta un mayor número de casos de trastorno distímico en el grupo de niños con ideación suicida (32,4% vs. 6,8%). Asimismo, ninguno de los niños evaluados cumplió con los criterios diagnósticos de depresión mayor.

Tabla nº 51. Ideación suicida y sintomatología depresiva.

Variables	Grupo Control	Grupo Ideación	F
	n = 44	n = 34	
DEPRESIÓN :			
CDI (1)			
M	10,68	13,03	3,21
Sd	5,26	6,29	
Niñas (n= 37)			
M	9,65	12,07	1,92
Sd	4,10	6,57	
Niños (n= 41)			
M	11,81	13,70	0,95
Sd	6,21	6,17	
CDRS (2)			
M	23,98	31,38	14,59***
Sd	6,37	10,63	
Niñas (n=37)			
M	22,96	32,00	9,39**
Sd	4,50	13,03	
Niños (n=41)			
M	25,10	30,95	4,95*
Sd	7,91	8,93	

(1) Excluida la puntuación del ÍTEM 9

(2) Excluida la puntuación del ÍTEM 13

* p < .05

** p < .01

*** p < .001

Tabla nº 52. Ideación suicida y diagnóstico de depresión.

DIAGNOSTICO	GRUPO	
	IDEACIÓN	CONTROL
No depresivo	23 (27,9) 67,6,1%	41 (36,1) 93,2%
Trastorno distímico	11 (6,1) 32,4%	3 (7,9) 6,8%
TOTAL	34	44

 $\chi^2_{(1)} = 8,49145$; p = 0.004.

Tal como se desprende de la tabla de contingencia anterior, el 78% (11/14) de los casos diagnosticados de trastorno distímico se concentran en el grupo de niños con ideación suicida. Estos resultados ponen de manifiesto una mayor frecuencia de síndrome depresivo en los niños que tienen ideación suicida.

II.3.2.5.2. Ideación suicida y autoestima.

Contrariamente a lo que era de esperar, el análisis de la varianza indica que ambos grupos no se diferencian en la medida de autoestima. Tanto los niños como las niñas, con ideación suicida y del grupo control, tienen una buena y similar percepción de si mismos.

Tabla nº 53. Ideación suicida y autoestima.

Variables	Grupo Control n = 44	Grupo Ideación n = 34	F
AUTOESTIMA:			
S.E.I.			
M	20,80	19,91	0,85
Sd	3,14	5,24	n.s.
Niñas (n=37)			
M	21,43	20,21	0,76
Sd	3,03	5,51	n.s.
Niños (n=41)			
M	19,67	19,70	0,00
Sd	4,32	5,18	n.s.

II.3.2.5.3. Ideación suicida y ansiedad

Los resultados obtenidos mediante el análisis de la varianza indican que ambos grupos son similares tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo. Esta semejanza también se observa en ambos sexos.

Tabla nº 54. Ideación suicida y ansiedad.

Variables	Grupo Control n = 44	Grupo Ideación n = 34	F
ANSIEDAD:			
STAIC _ E			
M	44,16	47,18	0,41
Sd	19,88	21,37	n.s.
Niñas			
M	41,57	50,07	1,18
Sd	21,82	25,20	n.s.
Niños			
M	47,00	45,15	0,11
Sd	17,61	18,65	n.s.
STAIC _ R			
M	51,45	52,15	0,88
Sd	17,35	22,90	n.s.
Niñas			
M	51,35	51,36	0,00
Sd	18,02	17,76	n.s.
Niños			
M	51,57	52,70	0,03
Sd	17,02	26,36	n.s.

II.3.2.5.4. Ideación suicida y desesperanza.

Las puntuaciones obtenidas en la escala de desesperanza por los niños con ideación suicida son significativamente superiores a las del grupo control. Sin embargo, cuando se analizan las puntuaciones de los niños y las niñas por separado,

se detecta que son los niños con ideación suicida los que están, en realidad, más desesperanzados ($F = 7,14$; $p = 0,0109$). Mientras que las niñas de ambos grupos tienen una visión similar y positiva del futuro.

Tabla nº 55. Ideación suicida y desesperanza.

Variables	Grupo Control n = 44	Grupo Ideación n = 34	F
DESESPERANZA:			
HPLS			
M	4,27	5,59	5,22*
Sd	2,07	3,01	
Niñas			
M	4,61	4,86	0,10
Sd	1,97	2,91	n.s.
Niños			
M	3,90	6,10	7,14*
Sd	2,17	3,04	

* $p < .05$

II.3.2.5.5. Ideación suicida y entorno familiar.

La percepción que tienen los niños con ideación suicida de su entorno familiar es bastante parecida a la del grupo control. Sin embargo, cuando analizamos los datos de los niños y las niñas por separado, observamos que los niños con ideación suicida describen, preferentemente, su vida familiar en términos de excesivo control, en la que las normas y los procedimientos establecidos deben ser respetados.

A destacar también, una mayor conflictividad en el entorno familiar de los niños (pero no de las niñas) con ideación suicida. Sin embargo, no alcanza el nivel de significación exigido para rechazar la posibilidad de que dicha diferencia entre ambos grupos sea aleatoria ($F = 2,57$; $p = 0,1171$).

Tabla nº 56. Ideación suicida y entorno familiar.

Variables	Grupo Control n = 44	Grupo Ideación n = 34	F
ENTORNO FAMILIAR:			
FES CO (Cohesión)			
M	7,16	7,29	0,73
Sd	1,79	1,62	n.s.
Niñas			
M	7,57	7,50	0,02
Sd	1,56	1,22	n.s.
Niños			
M	6,71	7,15	0,53
Sd	1,95	1,87	n.s.
FES EX (Expresividad)			
M	4,89	4,50	0,27
Sd	1,43	1,60	n.s.
Niñas			
M	5,13	4,43	1,83
Sd	1,49	1,60	n.s.
Niños			
M	4,62	4,55	0,88
Sd	1,36	1,64	n.s.
FES CT (Conflictividad)			
M	2,70	3,03	0,45
Sd	1,77	1,98	n.s.
Niñas			
M	2,87	2,36	0,77
Sd	1,87	1,45	n.s.
Niños			
M	2,52	3,50	2,57
Sd	1,69	2,19	n.s.
FES CN (Control)			
M	4,57	5,03	0,25
Sd	1,74	1,73	n.s.
Niñas			
M	4,60	4,07	0,81
Sd	1,80	1,69	n.s.
Niños			
M	4,52	5,70	5,56*
Sd	1,72	1,45	

* p < .05

II.3.2.5.6. Ideación suicida y personalidad.

De los catorce factores de personalidad de primer orden evaluados mediante el Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ) de Porter & Catell (1959), destacan las puntuaciones halladas en las dimensiones E (Sumiso - Dominante) e I (Sensibilidad dura - Sensibilidad blanda). Del análisis de la varianza se desprende que los niños con ideación suicida tienden a puntuar bajo en E (sumisión, obediencia, docilidad etc.) y alto en I (dependencia, impresionabilidad, superprotección etc.). Por lo que se refiere a los factores de segundo orden, las puntuaciones alcanzadas por los niños con ideación suicida son similares a los del grupo control a excepción del factor QIII (Calma - Excitabilidad/Dureza), en donde los niños con ideación suicida tienden a puntuar bajo (sensibilidad, sumisión, prudencia, sentimentalismo, falta de expresión, etc.). No se debe olvidar, sin embargo, que en esta dimensión de segundo orden, los factores E, F e I son los que tienen un mayor peso.

Cuando analizamos por separado ambos sexos, los resultados difieren de los obtenidos globalmente. Así pues, mientras las niñas del grupo con ideación suicida continúan puntuando bajo en los factores E y QIII, y alto en I, los niños alcanzan, en estas dimensiones, valores similares a los del grupo control. Por contra los niños con ideación suicida, a diferencia de las niñas, tienden a puntuar alto en el factor D (excitabilidad, impaciencia, exigencia, hiperactivación , falta de inhibición etc.).

Además el análisis de la varianza revela que las niñas con ideación suicida tienden a puntuar bajo en el factor B (Inteligencia).

Tabla nº 57. Ideación suicida y personalidad.

Variables	Grupo Control		Grupo Ideación		F
	n = 44		n = 34		
PERSONALIDAD:					
CPQ					
Factor A (Reservado - Abierto)	M: 5,50 Sd.: 2,12	5,29 2,05	0,19 n.s.		
Niñas	M: 5,91 Sd.: 1,80	5,43 1,69	0,80 n.s.		
Niños	M: 5,05 Sd.: 2,50	5,20 2,40	0,04 n.s.		
Factor B (Inteligencia baja-alta)	M: 4,25 Sd.: 2,14	3,65 2,06	1,57 n.s.		
Niñas	M: 4,91 Sd.: 2,15	3,43 1,74	4,75*		
Niños	M: 3,52 Sd.: 1,94	3,80 2,29	0,17 n.s.		
Factor C (Afectado sentim.- emocionalm. estable)	M: 5,27 Sd.: 2,17	4,82 2,25	0,80 n.s.		
Niñas	M: 5,22 Sd.: 1,99	5,50 1,91	0,18 n.s.		
Niños	M: 5,33 Sd.: 2,39	4,35 2,39	1,73 n.s.		
Factor D (Calmoso-Excitable)	M: 5,02 Sd.: 1,77	5,56 1,74	1,77 n.s.		
Niñas	M: 5,04 Sd.: 1,89	4,64 1,28	0,49 n.s.		
Niños	M: 5,00 Sd.: 1,67	6,20 1,77	4,99*		

* p < .05.

Tabla nº 57. (continuación).

Variables	Grupo Control		Grupo Ideación		F
	n = 44		n = 34		
PERSONALIDAD:					
Factor E (Sumiso-Dominante)	M: 5,65 Sd.: 2,05	4,62 1,92			5,24*
Niñas	M: 5,74 Sd.: 1,89	3,93 1,20			10,26**
Niños	M: 5,57 Sd.: 2,25	5,10 2,20			0,46 n.s.
Factor F (Sobrio-Entusiasta)	M: 5,50 Sd.: 1,86	5,15 1,67			0,75 n.s.
Niñas	M: 5,70 Sd.: 2,05	5,14 1,51			0,76 n.s.
Niños	M: 5,29 Sd.: 1,65	5,15 1,81			0,06 n.s.
Factor G (Despreocupado- Consciente)	M: 5,23 Sd.: 1,76	5,88 1,70			2,72 n.s.
Niñas	M: 5,26 Sd.: 1,74	6,07 1,73			1,90 n.s.
Niños	M: 5,19 Sd.: 1,83	5,75 1,71			1,02 n.s.
Factor H (Cohibido-Emprend.)	M: 5,97 Sd.: 1,96	5,53 2,50			0,78 n.s.
Niñas	M: 6,22 Sd.: 1,78	5,93 1,82			0,23 n.s.
Niños	M: 5,71 Sd.: 2,15	5,25 2,90			0,34 n.s.

* p < .05

** p < .01

Tabla nº 57. (continuación).

Variables	Grupo Control		Grupo Ideación		F
	n = 44		n = 34		
PERSONALIDAD:					
Factor I (Sensibilidad dura- blanda)	M: 5,50 Sd.: 1,86		6,50 1,99		5,23*
Niñas	M: 5,79 Sd.: 1,84		6,93 1,59		4,30*
Niños	M: 5,29 Sd.: 1,90		6,20 2,21		2,02 n.s.
Factor J (Seguro-dubitativo)	M: 5,45 Sd.: 2,39		5,67 1,90		0,20 n.s.
Niñas	M: 5,91 Sd.: 2,31		5,29 2,13		0,68 n.s.
Niños	M: 4,95 Sd.: 2,41		5,95 1,73		2,29 n.s.
Factor N (Sencillo-Astuto)	M: 5,65 Sd.: 1,92		5,26 2,35		0,67 n.s.
Niñas	M: 5,43 Sd.: 2,06		4,36 2,21		2,26 n.s.
Niños	M: 5,90 Sd.: 1,76		5,90 2,29		0,00 n.s.
Factor O (Sereno-Aprensivo)	M: 5,23 Sd.: 1,96		5,68 2,25		0,88 n.s.
Niñas	M: 5,09 Sd.: 1,81		5,21 2,61		0,03 n.s.
Niños	M: 5,38 Sd.: 2,16		6,00 1,97		0,92 n.s.

* p < .05

Tabla nº 57. (continuación).

Variables	Grupo Control		Grupo Ideación		F
	n = 44		n = 34		
PERSONALIDAD:					
Factor Q 3 (Menos-Más integrado)	M:	6,09	6,88	3,16	
	Sd.:	2,02	1,85	n.s.	
Niñas	M:	6,22	6,79	0,70	
	Sd.:	1,95	2,08	n.s.	
Niños	M:	5,95	6,95	2,69	
	Sd.:	1,73	2,13	n.s.	
Factor Q 4 (Relajado-Tenso)	M:	4,95	4,85	0,04	
	Sd.:	2,17	2,10	n.s.	
Niñas	M:	4,91	3,79	3,33	
	Sd.:	1,83	1,81	n.s.	
Niños	M:	5,00	5,60	0,70	
	Sd.:	2,55	2,01	n.s.	
Factor QI (Ajuste-Ansiedad)	M:	5,45	5,94	1,05	
	Sd.:	1,98	2,20	n.s.	
Niñas	M:	5,26	5,36	0,03	
	Sd.:	1,71	1,86	n.s.	
Niños	M:	5,67	6,35	0,89	
	Sd.:	2,27	2,37	n.s.	
Factor QII (Introv.-Extravesión)	M:	5,97	6,14	0,14	
	Sd.:	2,04	1,90	n.s.	
Niñas	M:	5,91	7,07	3,33	
	Sd.:	1,90	1,82	n.s.	
Niños	M:	6,05	5,50	0,77	
	Sd.:	2,22	1,73	n.s.	

Tabla nº 57. (continuación).

Variables	Grupo Control n = 44	Grupo Ideación n = 34	F
PERSONALIDAD:			
Factor QIII (Patemia- Excitabilidad)	M: 5,70 Sd.: 1,65	4,62 1,61	8,47**
Niñas	M: 5,78 Sd.: 1,57	4,28 1,64	7,69**
Niños	M: 5,62 Sd.: 1,77	4,85 1,60	2,12 n.s.

** p < .01

II.3.2.6. Matriz de correlaciones de las variables estudiadas.

En las tablas nº 58, 59 y 60 se presentan las matrices de correlaciones correspondientes al total de la muestra, por grupos y sexo, de las variables en las que se han detectado diferencias significativas al comparar las medias de ambos grupos. Estas variables, junto con el resto de las demás variables estudiadas, serán introducidas en las ecuaciones del análisis discriminante.

Los coeficientes obtenidos indican la existencia de relaciones moderadas, y más bien bajas, entre las medidas de depresión y desesperanza, e inexistentes entre estas variables y las tres dimensiones de personalidad.

Asimismo, desesperanza correlaciona mejor con el CDI ("Children's Depression Inventory") que con la CDRS ("Children's Depression Rating Scale"). Siendo moderada la correlación entre las dos medidas de depresión, CDRS y CDI.

Tabla nº 58 . Matriz de correlaciones: total muestra.

MUESTRA:

	CDI	CDRS	HPLS	CPQ_D	CPQ_E	CPQ_I	CPQ_QIII
CDI							
CDRS	.67 **						
HPLS	.46 **	.35 *					
CPQ_D	.20	.25	-.05				
CPQ_E	.05	-.02	-.12	.19			
CPQ_I	.16	.20	.06	-.19	-.32 *		
CPQ_QIII	.02	-.18	-.12	.27	.69 **	-.73 **	
CN	.25	.24	.29*	.15	-.17	-.19	-.21

* p < .01

** p < .001

CDI : Children's Depression Inventory

CDRS: Children's Depression Rating Scale

HPLS: Hopelessness Scale for Children

CPQ_D: Children's Personality Questionnaire. Factor D.

CPQ_E: Children's Personality Questionnaire. Factor E.

CPQ_I: Children's Personality Questionnaire. Factor I.

CPQ_QIII: Children's Personality Questionnaire. Factor QIII.

CN: F.E.S. - Control.

Cuando diferenciamos por sexos, se puede observar que las correlaciones entre las medidas de desesperanza y depresión (CDI), en las niñas, son moderadas, mientras que en los niños no se detecta relación alguna entre ambas variables. Por otro lado, la correlación entre las dos medidas de depresión (CDI y CDRS) es más elevada en las niñas (0.81) que en los niños (0.56).

En los niños, se obtienen correlaciones moderadas entre las variables depresión, medida mediante la CDRS, y el factor de personalidad D (0.53). Además, la variable Control correlaciona moderadamente con desesperanza (0.41).

Tabla nº 59. Matriz de Correlaciones.

NIÑOS vs. NIÑAS

	CDI	CDRS	HPLS	CPQ_D	CPQ_E	CPQ_I	CPQ_QIII	CN
CDI		.81 **	.62 *	-.00	.08	.10	-.00	.16
CDRS	.56 **		.41	-.09	-.08	.27	-.25	.15
HPLS	.36	.28		-.21	.11	-.09	.09	.13
CPQ_D	.30	.53**	.03		.23	-.12	.22	.10
CPQ_E	.01	.02	-.27	.14		-.50 *	.68 **	-.02
CPQ_I	.24	.16	.17	-.22	-.19		-.82 **	.13
CPQ_QIII	.04	-.11	-.28	.32	.70 **	-.67 **		-.11
CN	.27	.31	.41*	.14	-.32	.28	-.31	

* p <.01

** p <.001

CDI : Children's Depression Inventory

CDRS: Children's Depression Rating Scale

HPLS: Hopelessness Scale for Children

CPQ_D: Children's Personality Questionnaire.Factor D.

CPQ_E: Children's Personality Questionnaire. Factor E.

CPQ_I: Children's Personality Questionnaire. Factor I.

CPQ_QIII: Children's Personality Questionnaire. Factor QIII.

CN: F.E.S. - Control.

Por lo que se refiere a las correlaciones obtenidas cuando diferenciamos el grupo (ideación vs. control), destaca la ausencia de relación entre desesperanza y las medidas de depresión en el grupo control, y una correlación baja, pero estadísticamente significativa, entre los factores E y D, de personalidad, y la sintomatología depresiva (valorada a través de la CDRS) en el mismo grupo. Por contra, en el grupo de niños con ideación suicida se observa una correlación moderada y estadísticamente significativa entre desesperanza y CDI.

Además, se detecta una correlación moderada entre las dos medidas de depresión (0.65) en el grupo de ideación suicida, y correlaciones de similar intensidad entre el factor de segundo orden QIII y los factores I y E, en ambos grupos.

Tabla nº 60. Matriz de correlaciones.

IDEACIÓN vs. CONTROL

	CDI	CDRS	HPLS	CPQ-D	CPQ_E	CPQ_I	CPQ_QIII	CN
CDI		.62 **	.21	.26	.27	.01	.30	.12
CDRS	.65 **		.15	.45*	.41 *	-.05	.22	.17
HPLS	.57 **	.33		.05	-.07	-.13	.02	.09
CPQ_D	.07	.04	-.23		.35	-.12	.38	.30
CPQ_E	-.02	-.09	-.05	.07		-.28	.69 **	-.18
CPQ_I	.17	.18	.10	-.40	-.27		-.67 **	.13
CPQ_QIII	-.06	-.22	-.10	.28	.62 **	-.76 **		-.11
CN	.34	.25	.43	-.08	-.09	.21	-.27	

* p < .01

** p < .001

CDI : Children's Depression Inventory

CDRS: Children's Depression Rating Scale

HPLS: Hopelessness Scale for Children

CPQ_D: Children's Personality Questionnaire. Factor D.

CPQ_E: Children's Personality Questionnaire. Factor E.

CPQ_I: Children's Personality Questionnaire. Factor I.

CPQ_QIII: Children's Personality Questionnaire. Factor QIII.

CN: F.E.S. - Control.

II.3.2.7. Predicción de la ideación suicida.

Se ha realizado un primer análisis discriminante con todas las variables estudiadas en cada grupo. Utilizando el método Stepwise, las dos únicas variables que han entrado en la ecuación como variables predictoras han sido la sintomatología depresiva valorado a través de la C.D.R.S. ("Children's Depression Rating Scale") y el Factor E de personalidad. Ambas variables han clasificado correctamente el 80,77%

de los casos (el 70,6 % del grupo con ideación suicida y el 88,6% del grupo control). La CDRS ha sido la variable que ha entrado en la función discriminante en el primer paso (Lambda de Wilks =.75899; $p < 0.0005$), y en el segundo, el Factor E de personalidad (Lambda de Wilks =.69901; $p < 0.0005$).

La contribución de las demás variables consideradas, incluido el diagnóstico de depresión y la sintomatología depresiva valorada mediante el C.D.I., o bien es nula o poco significativa.

Tabla nº 61. Análisis discriminante.

VARIABLES PREDICTORAS:

CDRS y Factor E.

MÉTODO: Stepwise.

Lambda de Wilks = 0,69901; $p < 0,0005$.

FUNCIÓN DISCRIMINANTE:

$$D_1 = -1,78 - 0,26 (\text{Factor E}) + 0,11 (\text{CDRS})$$

COEFICIENTES ESTANDARIZADOS:

Factor E : -0,52

C.D.R.S.: 0,92

CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS: 80,77%

Grupo control:88,6%

Grupo ideación:70,6%

Posteriormente se ha realizado un segundo análisis controlando la variable sexo. En los niños, (ver tabla nº 62) las únicas variables que han entrado en la ecuación como variables predictoras han sido la sintomatología depresiva valorada a través de la C.D.R.S. y la desesperanza. Ambas variables clasifican correctamente el 68,29% de los casos (Lambda de Wilks = 0,73270; $p < 0,0027$). Contrariamente a lo que sucedía anteriormente, cuando se estudiaba el total de la muestra, la variable

desesperanza ha entrado en el segundo paso en la función discriminante, siendo nula la contribución del Factor E de personalidad.

Tabla nº 62. Análisis discriminante (niños).

VARIABLES PREDICTORAS:

CDRS y Desesperanza.

MÉTODO: **Stepwise.**

Lambda de Wilks = 0,732703; p < 0,005.

FUNCIÓN DISCRIMINANTE:

$$D_1 = -3,61 + 0,08 (CDRS) + 0,23 (Desesperanza)$$

COEFICIENTES ESTANDARIZADOS:

C.D.R.S.: 0,71.

Desesperanza: 0,60.

CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS: 68,29%

Grupo control: **71,4%**

Grupo ideación: **65%**

En las niñas los resultados son muy diferentes. De las tres medidas utilizadas para valorar la depresión, solamente la sintomatología depresiva valorada a través de la CDRS entra, en el primer paso, en la función discriminante. En los sucesivos entran, en la ecuación, los factores de personalidad E, C y Q3 en el mismo orden. Estas cuatro variables consiguen clasificar correctamente el 91,89% de los casos (85,7% del grupo con ideación suicida y el 95,7% del grupo control). La proporción de la variancia total de las puntuaciones discriminantes no explicada por las diferencias entre grupos es baja (Lambda de Wilks = 0,40364 ; p < 0,0005), lo que denota un elevado poder predictivo de la función hallada. Asimismo, la relación lineal entre estas cuatro variables es nula, a excepción de una moderada relación significativa

entre los factores de personalidad C y Q3 ($r=0,4286$; $p>0,05$; Coeficiente de Correlación de Pearson).

Tal como se había formulado, las niñas se han clasificado con mayor precisión que los niños. Solo 3 de las 37 niñas del total de la muestra no han sido clasificadas correctamente mediante la función discriminante.

Tabla nº 63. Análisis discriminante (niñas).

VARIABLES PREDICTORAS:

CDRS, Factores de personalidad: E, C y Q3.

MÉTODO: Stepwise.

Lambda de Wilks = 0,403637; $p < 0,005$.

FUNCIÓN DISCRIMINANTE:

$D_1 = -0,97 + 0,43$ (Factor C) - $0,59$ (Factor E) - $0,30$ (Factor Q3) + $0,13$ (CDRS).

COEFICIENTES ESTANDARIZADOS:

Factor C = 0,85

Factor E = -0,99

Factor Q3 = -0,59

CDRS = 1,10

CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS: 91,89%

Grupo control:95,7%

Grupo ideación:85,7%

II.3.2.8. Datos personales.

Como era de esperar, muchos padres no cumplimentaron correctamente el cuestionario de datos personales que les entregaron sus hijos. A pesar de ello, pudimos recuperar el 100% de los cuestionarios.

La información proporcionada por los padres se presenta en las tablas siguientes. No se han incluido estos datos en los apartados anteriores, ya que al estar incompletos, muchos casos hubieran sido excluidos del análisis. Sin embargo, dado su interés, se ha creído conveniente presentarlos en este apartado. Asimismo, en aquellos casos en los que se han cumplido los requisitos de aplicación, se han comparado las respuestas dadas por los padres de los niños con ideación con la de los padres de los niños del grupo control.

Tabla nº 64. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO	
	IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN
RESPUESTAS :		
<i>" Lloc de naixement "</i>		
<i>" Lugar de nacimiento "</i>		
Girona (ciudad)	25 (83,3%)	25 (69,4%)
Resto comarca Gironés	1 (3,3%)	2 (5,6%)
Otras comarcas de Girona	1 (3,3%)	2 (5,6%)
Resto Catalunya	0 (0,0%)	2 (5,6%)
Resto Espanya	2 (6,7%)	3 (8,3%)
Otros países	1 (3,3%)	2 (5,6%)
Total	30 (88,2%)	36 (81,8%)
No contestaron	4 (11,8%)	8 (18,2%)

La inmensa mayoría de los niños, de ambos grupos, nacieron en Girona, siendo muy reducido el número de casos cuyo origen se sitúa fuera de la comarca, comunidad autónoma o estado. Concretamente el 89,9% y el 80,6% de los niños con

ideación suicida y del grupo control, respectivamente , nacieron en la provincia de Girona.

Tabla nº 65. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO	
	IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN
RESPUESTAS :		
<u>" Adreça actual"</u>		
<u>" Lugar de residencia "</u>		
Girona (ciudad)	17 (54,8%)	16 (42,1%)
Salt	3 (9,7%)	8 (21,1%)
Resto comarca Gironés	11 (35,5%)	14 (36,8%)
Total	31 (91,2%)	38 (86,4%)
No contestaron	3 (8,8%)	6 (13,6%)

Prácticamente el 65% de los casos estudiados residen en Girona o Salt, siendo Girona la población citada con más frecuencia.

Tabla nº 66. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO	
	IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN
RESPUESTAS DADAS:		
<u>" Personas que conviuen amb el nen"</u>		
<u>" Personas que conviven con el niño"</u>		
Padre y madre	19 (65,5%)	32 (80,0%)
Solo el padre	1 (3,4%)	0 (0,0%)
Solo la madre	2 (6,9%)	2 (5,1%)
Madre y amigo		2 (5,1%)
Abuelos o/y otros familiares		1 (2,5%)
Pâdres y otros familiares (abuelos,etc.)	7 (17,2%)	3 (7,5%)
Total	29 (85,3%)	40 (90,9%)
No contestaron	5 (14,7%)	4 (9,1%)
<u>"Si no viu amb els dos pares, especificar motiu:"</u>		
<u>" Sí no vive con los dos padres, especificar motivo:"</u>		
Divorcio de los padres	1 (33,3%)	2 (50,0%)
Separación de los padres	2 (66,7%)	1 (25,0%)
Divorcio/separación, no especifican la situación legal.	0 (0,0%)	1 (25,0%)

El 82,7% de los niños con ideación suicida viven con sus dos padres, de los cuales el 17,2% conviven además con sus abuelos u otros familiares. En el grupo control, la situación es bastante parecida, ya que el 80% de los niños conviven con sus dos padres, y el 7,5% , además, con otros familiares.

Por lo que respecta al divorcio o separación de los padres, solo tres casos del grupo con ideación suicida y cuatro del grupo control informaron de esta situación. Del resto de los datos, se desprende que el 10,3% de los niños con ideación suicida y el 12,5% del grupo control no viven con sus dos padres. Como se pone de manifiesto en la tabla nº 67, la proporción de niños que conviven con sus dos padres es similar en ambos grupos.

Tabla nº 67. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
Vive con ambos padres	26 (89,7%)	3 (10,3%)	35 (87,5%)	5 (1); n.s. (12,5%)

(1) Prueba exacta de Fisher.

Cuando se les preguntó por la defunción reciente de un familiar, el 38,1% de los padres de los niños con ideación suicida contestaron afirmativamente. Lo que contrasta con el solo 6,9% del grupo control, que se manifestó en el mismo sentido. Tal como se detalla en la tabla nº 68, esta diferencia es estadísticamente significativa.

Tabla nº 68. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
" Ha mort recentment algun familiar" " Ha muerto recientemente algún familiar."	8 (38,1%)	13 (61,9%)	2 (6,9%)	27 (1) p<.01 (93,1%)

(1) Prueba exacta de Fisher.

En la mayoría de los casos, el difunto era el abuelo, si bien en el grupo de niños con ideación suicida, tres de las ocho defunciones correspondían a un hermano de uno de los padres.

El infarto fue la causa de muerte con más frecuencia informada. Le seguían cáncer, muerte natural, enfermedad y tumor con la misma frecuencia.

Tabla nº 69. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO	
	IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN
"Parentesc" "Parentesco"		
Abuelo..	5 (62,5%)	0 (0,0%)
Abuela	0 (0,0%)	1 (50,0%)
Tío	3 (37,5%)	0 (0,0%)
Abuelos	0 (0,0%)	1 (50,0%)
"Causa de la mort." "Causa de la muerte:"		
Infarto	3 (42,9%)	0 (0,0%)
Cáncer	1 (14,3%)	1 (50,0%)
Muerte natural	1 (14,3%)	0 (0,0%)
Enfermedad	1 (14,3%)	1 (50,0%)
Tumor	1 (14,3%)	0 (0,0%)

Con relación a la posible existencia de familiares enfermos en el domicilio de los niños encuestados, parece claro que era un hecho infrecuente o poco habitual, ya que cerca del 95% de los padres negaron tal situación.

Tabla nº 70. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO				
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN		
	SI	NO	SI	NO	
" Hi ha algun familiar malalt a la seva llar" " Hay algún familiar enfermo en su casa."	1 (3,7%)	26 (96,3%)	2 (5,9%)	32 (94,1%)	(1); n.s.
(1) Prueba Exacta de Fisher.					
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN		
"Parentesc" "Parentesco"					
Hermano/a	0 (0,0%)		1 (50,0%)		
Madre	1 (100,0%)		0 (0,0%)		
Abuela	0 (0,0%)		1 (50,0%)		

Tabla nº 71. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO	
	IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN
<u>" Lengua paterna"</u>		
<u>" Idioma paterno."</u>		
Castellano	19 (63,3%)	19 (50,0%)
Catalán	11 (36,7%)	17 (44,7%)
Otros		2 (5,3%)
<u>" Lengua materna"</u>		
<u>" Idioma materno."</u>		
Castellano	18 (62,1%)	21 (53,8%)
Catalán	10 (34,5%)	14 (35,9%)
Otros	1 (3,4%)	4 (10,3%)
<u>" Lengua a la llar"</u>		
<u>" Idioma en el hogar."</u>		
Castellano	13 (43,3%)	17 (44,7%)
Catalán	7 (23,3%)	14 (36,8%)
Castellano y catalán	9 (30,0%)	5 (13,2%)
Catalán y otros	1 (3,3%)	2 (5,3%)

El castellano era la lengua materna de la mayoría de los padres y madres de los niños de ambos grupos (63,3% y 62,1% en el grupo con ideación y 50% y 53,8% en el control, respectivamente). Seguido del catalán, que se situaba entre el 34,5% de las madres del grupo con ideación suicida y el 44,7% de los padres del grupo control.

El castellano era la lengua preferentemente utilizada en el hogar (43,3 % en el grupo con ideación y 44,7% en el grupo control), seguido del catalán (23,3% y 36,8% respectivamente). Ambas lenguas se utilizaban indistintamente en el 30 % de los hogares de los niños con ideación y en el 13,2 % del grupo control.

Tabla nº 72. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales.

	GRUPO	
	IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN
<u>"Vivienda"</u>		
<u>"Vivienda."</u>		
Casa rural	2 (6,9%)	3 (7,7%)
Casa urbana	5 (17,2%)	6 (15,4%)
Piso	22 (75,9%)	30 (76,9%)
<u>"Ubicación de la vivienda respecto al col.legi"</u>		
<u>"Ubicación de la vivienda con respecto al colegio."</u>		
En el mismo pueblo o ciudad	18 (62,1%)	20 (57,1%)
A menos de 2 Km.	6 (20,7%)	6 (17,1%)
Entre dos y 5Km.	5 (17,2%)	7 (20,0%)
Más de 5 Km.	0 (0,0%)	2 (5,7%)

Cerca del 76% de las familias de los niños seleccionados vivían en pisos, siendo éste el tipo de vivienda más habitual , seguido de la casa urbana y la rural. Además, algo más de la mitad de estas viviendas estaban situadas en la misma ciudad o población en la que se encontraba su escuela. El 20,7% de los hogares de los niños con ideación suicida estaban situados a una distancia inferior a los 2Km. de su centro escolar, al igual que el 17,1% del grupo control. Mientras que el 17,2% y el 20,0%, respectivamente se hallaban entre 2 y 5 Km.

Tabla nº 73. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales.

	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
<u>" Es queda el migdia a dinar al col.legi ?"</u>				
<u>" ¿ Se queda a comer en el colegio ?."</u>				
	18 (64,3%)	10 (35,7%)	23 (62,2%)	14 (37,8%)
$\chi^2=.03086;n.s.$				
<u>" Va sol al col.legi ?"</u>				
<u>" ¿ Va solo al colegio ?."</u>				
	19 (67,9%)	9 (32,1%)	16 (47,1%)	18 (52,9%)
$\chi^2=2,70180;n.s.$				

No se detectaron tampoco diferencias estadísticamente significativas, entre ambos grupos, con relación a las circunstancias del desplazamiento a la escuela (si iba solo o acompañado) ni con el hecho de quedarse a comer en la escuela. Si bien, en el grupo de ideación suicida, el porcentaje era algo mayor que el del grupo control.

Tabla nº 74. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales.

	GRUPO	
	IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN
<i>" Com es desplaça el seu fill a l'escola ?"</i>		
<i>" ¿ Como se desplaza su hijo al colegio ?."</i>		
A pie	12 (42,9%)	17 (45,9%)
Coche particular	5 (17,9%)	9 (24,3%)
En autobús	11 (39,3%)	10 (27,0%)
A pie y en coche	0 (0,0%)	1 (2,7%)

En cuanto, al medio de transporte utilizado para desplazarse al colegio, parece ser que la mayoría de los niños acudían a sus centros a pie, si bien un 39,3% del grupo de niños con ideación suicida y el 27,0% del grupo control utilizaban el autobús.

Tabla nº 75. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
<i>" El seu fill pateix alguna malaltia crònica ?"</i>				
<i>" ¿ Su hijo padece alguna enfermedad crònica?."</i>				
	4 (14,3%)	24 (85,7%)	3 (9,1%)	30 (1);n.s. (90,9%)
(1) Prueba Exacta de Fisher.				
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	

" Quina?"
" ¿Cual ?."

Alergia	1 (20,0%)	2 (66,6%)
Diabetes Mellitus	1 (20,0%)	0 (0,0%)
Bronquitis	1 (20,0%)	0 (0,0%)
Nervios (¿?)	1 (20,0%)	0 (0,0%)
Asma	0 (0,0%)	1 (33,3%)
Enuresis nocturna	1 (20,0%)	0 (0,0%)

Tabla nº 76. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales.

	GRUPO			
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
<u>" Pren alguna medicació habitualment ?"</u> <u>" ¿ Toma alguna medicación habitualmente? "</u>	2 (7,1%)	26 (92,9%)	4 (12,1%)	29 (1); n.s. (87,9%)
(1) Prueba Exacta de Fisher.				
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
	SI	NO	SI	NO
<u>" El seu fill ha rebut ajuda psicològica per algun problema ?"</u> <u>" ¿ Su hijo ha recibido ayuda psicológica por algún problema? "</u>	2 (7,4%)	25 (92,6%)	3 (9,1%)	30 (1); n.s. (90,9%)
(1) Prueba Exacta de Fisher.				
	IDEACIÓN SUICIDA		SIN IDEACIÓN	
<u>" Per a quin problema?"</u> <u>" ¿ Cual fue el motivo de consulta ? "</u>				
Terrores nocturnos/nervios	1 (50,0%)		0 (0,0%)	
Conducta en casa	0 (0,0%)		1 (33,3%)	
Accidentes, uno de ellos graves (¿ ?)	1 (50,0%)		0 (0,0%)	
Dislexia	0 (0,0%)		1 (33,3%)	
Le cuesta aprender	0 (0,0%)		1 (33,3%)	

No se detectaron, tampoco, diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con relación al hecho de padecer una enfermedad crónica o haber recibido ayuda psicológica. A pesar de ello, el 14,3% de los padres de los niños del grupo con ideación suicida (en comparación con el 9,1% del grupo control) informaron de que sus hijos padecían una enfermedad crónica. De las respuestas dadas, a la hora de especificar dicha enfermedad, destaca un caso de diabetes mellitus, "nervios" (sin especificar nada más) y un caso de enuresis nocturna en el grupo de niños con ideación suicida. En el grupo control , se informó de dos casos de "alergia" y un caso de "asma".

También resulta interesante subrayar que cerca del 90% de los niños de ambos grupos no habían recibido ayuda psicológica. Y que además, de los dos motivos de consulta, indicados por los padres de los niños con ideación suicida, uno de ellos era por "accidente, uno de ellos grave" y el otro por "terrores nocturnos y nervios".

Tabla nº 77. Respuestas dadas en el cuestionario de datos personales:

	GRUPO	
	IDEACIÓN SUICIDA	SIN IDEACIÓN
<u>" Número de germans:"</u>		
<u>" Número de hermanos.:"</u>		
Ninguno	2 (6,5%)	6 (14,6%)
Uno	14 (45,2%)	27 (65,9%)
Dos	7 (22,6%)	5 (12,2%)
Tres	4 (12,9%)	1 (2,4%)
Cuatro	3 (9,7%)	2 (4,9%)
Seis	1 (3,2%)	0 (0,0%)
<u>" Lugar de la fratria:"</u>		
Hijo único	2 (6,5%)	6 (14,6%)
Primero	9 (29,0%)	15 (36,6%)
Segundo	12 (38,7%)	16 (39,0%)
Tercero	2 (6,5%)	2 (4,9%)
Cuarto	4 (12,9%)	1 (2,4%)
Quinto	1 (3,2%)	1 (2,4%)
Séptimo	1 (3,2%)	0 (0,0%)

Finalmente, se conoce la fratria de 72 de los 78 niños seleccionados para esta segunda fase. El número de hermanos observado con mayor frecuencia es de uno (45,2% en el grupo con ideación suicida y 65,9% en el control), seguido de dos (22,6% en el grupo con ideación suicida y 12,2% en el control). Con relación al lugar que ocupan, lo más habitual es ser el segundo (38,7% en el grupo con ideación suicida y 39% en el control) , seguido, a escasa distancia, de ser el primero (29% en el grupo con ideación suicida y 36,6% en el control). Asimismo, el porcentaje de niños que tienen tres o más hermanos es del 25,8% en el grupo con ideación suicida, mientras que en el grupo control es del 7,3%.

II.4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

El primer objetivo de la presente investigación era conocer la prevalencia de la ideación suicida en la población escolar de tercero, cuarto y quinto de Enseñanza General Básica de la Comarca del "Gironès". Para ello se disponía de un número de alumnos algo reducido, si se tiene en cuenta que se estaban evaluando tres cursos, pero que permitía llevar a cabo una valoración global de los mismos. De tal manera, que a partir del número de alumnos que presentaban ideación suicida, autoinformada a través del C.D.I., se podía estimar la prevalencia de la ideación suicida en los tres cursos, considerados a todos los efectos, como una sola unidad.

De los 361 sujetos evaluados en la primera fase, 37 seleccionaron la respuesta "he pensado en matarme, pero no lo haría" y 12 la última respuesta alternativa "quiero matarme". Si se suman ambas respuestas se obtiene una prevalencia de la ideación suicida, en la muestra estudiada, del 13,6%. De acuerdo con estos datos, la prevalencia de la ideación suicida en la población escolar de 3º, 4º y 5º de E.G.B. de la comarca del "Gironès", se situaría entre el 10,1% y el 17,1% (intervalo de confianza del 95%). Este resultado concuerda con la prevalencia hallada, para la toda provincia, en el estudio de la depresión infantil realizado por Domènech & Polaino (1990) en niños de 4º de E.G.B. Dicha prevalencia era del 15,2%, algo más baja que la hallada en otras áreas geográficas, especialmente si la comparamos con el 28% obtenido en la ciudad de Barcelona.

Si confrontamos estas cifras con otras investigaciones, la prevalencia de la ideación suicida en la Comarca del "Gironès" se situaría en la banda baja, es decir, entre el 8,9% de Pfeffer et al. (1984) y el 14% de Kashani, Goddard & Reid (1989).

No obstante, la muestra utilizada en este trabajo no es lo suficientemente representativa de la población objeto de estudio dado que solo el 19,4% de los alumnos evaluados pertenecen a escuelas privadas, cuando el 46,57% de los

escolares (según base de sondeo), durante el año académico 1994/95 y en estos tres cursos, estaban matriculados en centros privados. Este sesgo muestral no sería relevante si no fuera por la circunstancia de que las proporciones de ideación suicida autoinformada en los centros públicos difieren de las observadas en los privados. De acuerdo con los datos obtenidos, el porcentaje de alumnos con ideación suicida en las escuelas públicas es del 15,6% mientras que en las escuelas privadas es del 5,71%. Por tanto, la prevalencia de la ideación suicida en la comarca del "Gironès" podría ser inferior al 13,6%. En consecuencia, estos datos deben ser interpretados con cautela dada la posibilidad de que la proporción real de casos en la población objeto de estudio no se corresponda con la hallada en la muestra.

La falta de colaboración de los centros privados que originó este sesgo muestral, junto con las negativas dadas por algunos centros públicos, debe ser respetada, dada su total legitimidad y libertad para pronunciarse en este sentido. A pesar de ello, los motivos alegados (algunos de ellos totalmente comprensibles), suscitan algunos interrogantes con relación al nivel de conocimiento que tienen algunos directores, profesores y demás profesionales, de las conductas suicidas en la infancia. El contacto personal con varios de ellos reveló la existencia de un elevado grado de desconocimiento del tema. Si se tiene en cuenta el papel que desempeñan estos profesionales en los centros escolares y la labor que podrían realizar para prevenir el suicidio y aplicar los programas que se deberían desarrollar, no deja de ser preocupante observar una total carencia de las bases teóricas necesarias para abordar correctamente el tema de las conductas suicidas en el ámbito escolar. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de proporcionar la información necesaria que evite el arraigo de ciertas ideas erróneas sobre el suicidio y fomente una actitud positiva y formada que posibilite la prevención así como la adecuada intervención cuando sea conveniente.

En cuanto a los demás resultados de la primera fase, destaca, como ya se ha comentado, una menor prevalencia de la ideación suicida entre los niños de las escuelas privadas, observándose en las públicas más niños con ideación suicida que niñas (20,1% vs. 11,0%). Este dato, sin embargo, debe ser interpretado con cierta cautela dado el tamaño de la muestra y el nivel de significación alcanzado ($\chi^2=4,55543$; $p=.03281$). En las otras tres variables estudiadas (curso escolar, edad y ubicación geográfica del centro escolar) las diferencias observadas entre las diferentes categorías con relación a la ideación suicida no son estadísticamente significativas. Asimismo, las prevalencias halladas en cada curso no son representativas de la población, al disponer en cada nivel de un número muy limitado de aulas. Por lo que, como ya se ha mencionado anteriormente, la prevalencia solo puede ser interpretada globalmente.

Una vez detectados los casos, y en una segunda fase, se constituyó la muestra final de alumnos con ideación suicida más un grupo de niños, seleccionados al azar de entre aquellos que no presentaban ideas suicidas, que constituyó el grupo control. Todos ellos fueron entrevistados mediante la CDRS-R y valorados de nuevo con relación a la ideación suicida. De los 49 niños con ideación suicida detectados en la primera fase mediante el CDI, más dos alumnos que no habían contestado el ítem 9, solo 33 continuaban manifestando ideas suicidas. Es decir, que el 32,7 % de los casos detectados inicialmente negaron, transcurrido un mes, que hubieran pensado en matarse. Evidentemente este inesperado porcentaje es muy elevado y requiere un esclarecimiento de las causas que motivaron estas discrepancias entre las dos medidas utilizadas: el autoinforme y la entrevista.

De entre las posibles explicaciones, el factor tiempo podría ser, sin duda, una de las más plausibles. Si bien, el periodo de tiempo transcurrido entre ambas evaluaciones, fue como máximo de un mes, en algunos casos, y por motivos

externos al equipo de investigación , fue de dos meses. No obstante, en el momento de la entrevista, 16 de los casos que habían inicialmente autoinformado ideación suicida negaron rotundamente haber pensado alguna vez en matarse.

Otro factor que podría explicar estas diferencias, sería la propia situación de la evaluación. El cara a cara de la entrevista, a pesar de la experiencia del investigador , puede generar en el entrevistado una cierta inhibición, vergüenza , temor etc.. en la comunicación de sus pensamientos suicidas. Y más cuando éstos pueden no estar socialmente aceptados. En este sentido, se dió la circunstancia de que en algunos casos, en los que el niño no contestaba a las preguntas del ítem 13 de la CDRS, el entrevistador ofreció la posibilidad de contestar por escrito, en una hoja en blanco, a las cuestiones que se le planteaban .En la mayoría de estos casos el niño facilitó por escrito la información que se le había pedido.

Finalmente, existiría una tercera explicación que vendría determinada por la capacidad retentiva del sujeto. Según Jacobsen et al. (1994) el estado emocional del niño, en el momento de la entrevista, puede influir en la comunicación de los episodios suicidas actuales y pasados. Parece ser que el recuerdo de los acontecimientos pasados es más preciso si el niño se encuentra en un estado de humor similar al que tenía cuando se produjo el acontecimiento. Si tenemos en cuenta que la mayoría de los casos de ideación suicida, confirmados mediante la CDRS-R, afirmaron tener este tipo de pensamientos cuando "se enfadaban mucho", no sería desacertado considerar esta última posibilidad como explicativa de las discrepancias halladas entre ambos instrumentos. De cualquier modo, tanto el tiempo transcurrido como el cara a cara, son dos factores que deben ser contemplados a la hora de valorar estas diferencias .

Con relación al tiempo transcurrido, quizás sería conveniente considerar los casos coincidentes en ambas evaluaciones, en términos de persistencia de la ideación suicida más que de concordancia. Siendo necesario, en todo caso, tener

presente que la persistencia o concordancia se establecen a partir de un instrumento de medida que difiere del inicial en cuanto a la metodología utilizada en la recogida de información: autoinforme vs. entrevista, lo que a su vez puede influir en los resultados.

En cuanto a la severidad de la conducta suicida, en el grupo de niños con ideación suicida, solo se detectaron dos casos de amenazas. El resto, únicamente presentaba ideación y no se detectaron casos de tentativas leves o graves. Dada la levedad de dichas amenazas (al no existir actos precursores) se consideró que no era un hecho diferenciador y que la severidad de la conducta suicida, de acuerdo con los criterios de Pfeffer et al. (1979, 1980, 1982, 1984), en el grupo de niños con ideación suicida era similar.

Una vez constituido definitivamente el grupo de niños con ideación suicida y el control, se realizó un primer análisis con la finalidad de verificar su equivalencia en nivel socioeconómico, edad, nivel intelectual y grado o nivel de escolaridad. Los resultados revelaron que ambos grupos no diferían en estas variables y que además, el número proporcional de sujetos en cada uno de los tres grupos de edad, que se constituyeron de acuerdo con una aproximación a los estadios descritos por Piaget, eran similares. Lo que parece indicar que la ideación suicida en la infancia no esta asociada con un bajo nivel intelectual o inmadurez cognitiva.

Establecida la similitud de los dos grupos en términos de nivel socioeconómico, edad, nivel intelectual y grado de escolarización, se decidió valorar el nivel de comprensión de la muerte. Contrariamente a lo que se esperaba, se observó que el grado de adquisición del concepto de muerte en los niños con ideación suicida era similar al del grupo control. Es más, los niños con ideación suicida tenían una visión más real de la muerte. La posibilidad de volver a la vida después de la muerte se contemplaba más desde el grupo control que no desde el grupo de niños con ideación suicida. Tal como afirma Pfeffer (1986) los niños

preadolescentes suicidas y no suicidas tienen conceptos de muerte similares acerca de la finalidad de la muerte, sin embargo el niño suicida tiende a estar significativamente más preocupado por repetitivos pensamientos de muerte en comparación con los no suicidas. Esto coincide totalmente con los resultados obtenidos, no solo en cuanto a la comprensión sino también con la mayor proporción de niños con ideación suicida que afirmaron haber soñado con su muerte o que se morían ($\chi^2=5,1096;p < 0.05$).

Parece ser que las distorsiones cognitivas acerca de la posibilidad de volver a la vida después de la muerte, son frecuentes en los niños que realizan tentativas de suicidio o que están a punto de llevarlas a cabo, pero no en los niños con ideación. Se trataría más bien de un mecanismo de defensa para aliviar la ansiedad que produce en el sujeto el hecho de consumir el acto suicida. En la muestra estudiada, la ideación suicida puede ser contemplada como una respuesta ante una situación amenazante, muy concreta, y que además no tiene lugar en el momento de la evaluación. El niño piensa en matarse cuando se enfada con sus padres, amigos etc. pero no de una manera generalizada y constante, salvo en aquellos casos en los que se detecta una mayor severidad de la ideación. Desde esta perspectiva, la muerte se presenta como una respuesta alternativa real ante una situación muy específica y de corta duración. Pero no como algo que deba realizar necesariamente a corto o a largo plazo y que por tanto le pueda generar ansiedad.

Con relación a la causalidad tampoco se detecta un mayor número de respuestas de suicidio en el grupo de ideación, si bien se observa un menor número de respuestas de muerte natural en los supuestos de muerte personal y muerte animal.

También merece especial atención el hecho de que cerca del 75% de los niños evaluados entiende y describe correctamente el significado de la palabra

suicidio, siendo las respuestas más frecuentes: matarse, persona que se mata, matarse uno mismo, y aquellas en las que además de indicar la acción de matarse, se señala el motivo (por ejemplo, estar cansado de vivir), Por otra parte, las definiciones dadas por los niños del grupo control no difieren de las de los niños con ideación suicida.

Cuando se estudia el concepto de muerte en función de la edad y de la ideación suicida, se observa que aproximadamente el 40 % de los niños con ideación suicida, en todos los grupos de edad, tienen una percepción real de la muerte. Estos resultados parecen confirmar la idea defendida por varios autores (Kane, 1979, McIntire, Angle & Strumpler, 1972, Urraca, 1985) de que a la edad de 8 años el niño puede ser capaz de mostrar las mismas ideas acerca de la muerte que el adulto. No obstante, estos resultados también ponen de manifiesto que antes de los doce años la mayoría de los niños todavía no tienen un completo conocimiento de la muerte.

Siguiendo con el concepto de muerte, y cuando se considera al total de la muestra, una tercera parte, y por igual en los tres grupos de edad (8 años, de 9 a 10 años, y 11 o más años) alcanzan una correcta noción de la muerte. Es más, la totalidad de los niños del grupo de mayor edad tienen adquirido, como mínimo, dos de los tres conceptos que son necesarios para que se les considere como suficientemente conocedores de lo que realmente implica la muerte. En los dos restantes grupos de edad, el porcentaje se sitúa alrededor del 75%. Estas cifras, en definitiva, confirman los resultados obtenidos en nuestro estudio anterior (Viñas, 1990) en los que se detectó que a partir de los 7 años una elevada proporción de los niños estudiados entendía como mínimo uno de los tres subconceptos.

Valorado el concepto de muerte en ambos grupos se procedió al análisis del resto de las variables evaluadas. Tal como era de esperar, fue en el grupo de niños con ideación suicida donde se detectó una mayor presencia de sintomatología depresiva, perteneciendo a este grupo el 79% del total de los casos diagnosticados

de trastorno depresivo. Concretamente, una tercera parte de los niños con ideación suicida cumplió con los criterios diagnósticos de trastorno distímico. El diagnóstico, establecido con los mismos criterios utilizados por Domenech & Polaino (1990) en su estudio de la depresión infantil en España, fue en todos los casos de trastorno distímico, no detectándose ningún caso de depresión mayor. Estos resultados ponen de manifiesto, al igual que en otras investigaciones (Brent et al., 1986, Asarnow, Carlson & Guthrie, 1987, Velez & Cohen, 1988, Domènech, Canals & Fernández-Ballart, 1992, Asarnow, 1992, De Man, Leduc & Labreche-Gauthier, 1993, Domènech et al, 1995) que la depresión esta asociada con la conducta suicida, y en el caso concreto que nos ocupa, con la ideación suicida. Sin embargo, el análisis de los datos solo revela diferencias estadísticamente significativas cuando se valora la sintomatología depresiva a través de la CDRS, pero no cuando el instrumento utilizado es el CDI. A pesar de que la media del grupo de ideación suicida en el CDI es algo superior a la del grupo control, no alcanza el nivel de significación necesario para rechazar la posibilidad de que tales diferencias sean aleatorias.

Hay dos cuestiones a tener en cuenta a la hora de valorar los resultados obtenidos con el CDI. En primer lugar entre la primera y la segunda fase ha transcurrido un mes y por tanto la valoración de la sintomatología depresiva realizada en la segunda fase con la CDRS no necesariamente debe ser coincidente. Por otro parte, hemos eliminado en el CDI la puntuación obtenida en el ítem 9 que valora la ideación suicida y que, al ser el criterio utilizado para definir los grupos, debe ser excluido del análisis. Cabe preguntarse si en los demás estudios en los que se ha utilizado el CDI se ha eliminado dicha puntuación, ya que en muchas publicaciones no consta. Sin embargo, las correlaciones entre las puntuaciones del CDI y la CDRS son elevadas (0.67; $p < 0.001$) ; además, los niños , con o sin ideación, pertenecían al mismo grupo tanto durante la primera fase como en la segunda, no habiéndose modificado sus pensamientos con relación a la presencia o ausencia de deseos de

morir. En cualquier caso, los datos pertenecen a una muestra de escolares no sometidos a tratamiento psiquiátrico, y por tanto parece razonable esperar que los resultados puedan diferir de los hallados en otros colectivos de distinta naturaleza.

A pesar de que se observa un mayor número de niños con depresión en el grupo con ideación suicida, dos terceras partes no cumplen con los criterios diagnósticos de trastorno depresivo y en, muchos casos, tanto las puntuaciones alcanzadas en el CDI como en la CDRS, se sitúan dentro de la normalidad y muy próximas o similares a la media de la población general.

Respecto a las variables desesperanza y autoestima, se confirma una vez más, como repetidamente se ha puesto de manifiesto en distintas investigaciones (Kazdin et al. 1983, Kashani, Reig & Rosenberg 1989, Morano, Cisler & Lemerond, 1993) que los niños con ideación suicida tienen mayor desesperanza. Sin embargo, las puntuaciones obtenidas en la escala de autoestima se sitúan dentro de la normalidad y no difieren en ambos grupos. Lo mismo sucede con la ansiedad, siendo los niveles, tanto de la ansiedad rasgo como estado, similares en los dos grupos evaluados. Esta ausencia de ansiedad en el grupo de niños con ideación suicida en cierta medida podría explicar la inexistencia de distorsiones cognitivas del concepto de muerte que generalmente se atribuyen a este factor. En todo caso, estos resultados parecen indicar que las características de los niños con ideación suicida pueden diferir de aquellos niños que presentan una mayor severidad de la conducta suicida, como pueden ser amenazas o tentativas. De uno u otro modo, tanto la depresión como la desesperanza están asociadas, en la muestra estudiada, con la ideación suicida, pero no la ansiedad y la autoestima. Sin embargo, cuando se controla la variable sexo, los resultados difieren de los globales, siendo en realidad los niños con ideación suicida los que están más desesperanzados, pero no las niñas, que tienen una visión del futuro más optimista y similar a la de sus compañeras del grupo control.

En lo que concierne a la valoración de la percepción del clima familiar, los resultados obtenidos tampoco se ajustan a los esperados. Ambos grupos son similares en las cuatro dimensiones evaluadas, si bien parece ser que los niños con ideación suicida, pero no las niñas, perciben su entorno familiar como más rígido, en el sentido de que deben atenerse más a las reglas y procedimientos establecidos. En cualquier caso la magnitud de la diferencia entre las dos medias es mínima, y en consecuencia el nivel de control tampoco es excesivamente elevado. No obstante, es conveniente considerar, una vez más, que las características de la muestra utilizada en esta investigación difieren comparativamente con las de otros estudios (Asarnow, 1992, Asarnow, Carlson & Guthrie, 1987, Campbell et al. 1993), en los que los niños y adolescentes evaluados se hallaban ingresados en centros psiquiátricos. Probablemente la percepción del clima familiar sea diferente por la concurrencia de otras circunstancias (severidad de la conducta suicida, hospitalización, presencia psicopatología etc.) totalmente ausentes en la muestra estudiada. Además, las diferencias observadas en estos estudios (por ej. Asarnow, 1992), solo alcanzan la significación estadística cuando se comparan conjuntamente tentativas e ideación con el grupo control, pero no la ideación por si sola.

Tal como se había formulado, los resultados obtenidos en esta investigación demuestran que determinadas dimensiones de la personalidad pueden predecir, parcialmente, la presencia de la ideación suicida. No solo se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en algunos factores de personalidad, sino que además la inclusión de estos factores en el análisis discriminante ha permitido clasificar con mayor precisión a los sujetos.

Otro dato interesante, es el hecho de que el sexo sea un claro elemento diferenciador, siendo el perfil de los niños con ideación suicida distinto al de las niñas. En el sexo femenino, se observa una cierta predisposición por la obtención de

puntuaciones elevadas en los factores I ,y bajas en E y QIII, que las definiría según Cattell (1965,1972) como "sumisas, inseguras, modestas, retraídas, complacientes, impunitivas, intrapunitivas, mansas, tranquilas y obedientes" .Tal como afirma Cattell & Kline (1977,1982) " el factor E es la medida en que un individuo tiene confianza para enfrentarse con la adversidad, y por esta razón se ve afectado por las experiencias de éxito y fracaso". Asimismo Porter & Cattell (1963) describen a los niños que puntúan alto en el factor I como " impresionables, dependientes, superprotegidos, con una tendencia a mostrar mayor dependencia". Además, Cattell (1965,1972) considera que la sensibilidad blanda esta asociada con una disciplina familiar laxa, con una permisividad que plantea las formas de expresión y de control por medio del razonamiento más que del castigo.

Como consecuencia del peso que tienen estos dos factores en el factor de segundo orden QIII, las niñas con ideación suicida tienden a ser, según Porter & Cattell (1963) ," más sensibles, sumisas, sentimentales, socialmente escrupulosas y poco expresivas".

En el perfil de los niños con ideación suicida, en cambio, se observa una cierta tendencia a puntuar alto en el factor D, lo que según Porter & Cattell (1963), los describiría como "excitables, impacientes, hiperactivos y no inhibidos". Estos resultados en cierto modo coinciden con las observaciones de otros autores, en el sentido de que los niños tienden a mostrar una mayor agresión externa versus las niñas que tiende a ser más interna. Por ejemplo, Delga et al. (1989) mediante el estudio de las conductas agresivas y autodestructivas en dos grupos de adolescentes hospitalizados: psicóticos vs. no psicóticos, observaron que las chicas mostraban una mayor agresión interna mientras que los chicos obtenían puntuaciones altas en agresión externa.

Además, estas dimensiones de personalidad coinciden con tres rasgos hallados con frecuencia entre las personas que desarrollan conductas suicidas: alta

sensibilidad e impulsividad (Shafer 1974, Hoberman & Garfinkel, 1988, Shafii, 1985) y dependencia (Bertagne & Campoli, 1990, Martínez Sánchez et al. 1992).

Por otra parte, mientras que en los niños la sintomatología depresiva, medida a través de la CDRS, y la desesperanza son las variables que mejor les clasifican con relación a la ideación suicida, en las niñas son la misma medida de depresión junto con los factores de personalidad E, C y Q3, las variables que logran clasificar correctamente, mediante la función discriminante, el mayor número de casos. De tal manera que de las tres medidas utilizadas para evaluar la depresión, parece ser que la sintomatología depresiva valorada a través de la CDRS es la que mejor predice la ideación suicida.

Tal como se formuló, y en concordancia con los resultados obtenidos por Marciano & Kazdin (1994), las niñas han sido clasificadas con mayor precisión en el análisis discriminante que los niños. Concretamente, utilizando las variables predictoras CDRS y los factores de personalidad E, C y Q3, se han clasificado correctamente el 91,89% de las niñas (95,7% en el grupo control y el 85,7% en el grupo de ideación suicida).

Finalmente, de las respuestas dadas por los padres en el cuestionario de datos, destaca un mayor número de fallecimientos de familiares recientes en el grupo de niños con ideación suicida. Concretamente el 38,1% de los padres de los niños con ideación suicida informaron de la muerte reciente de algún familiar mientras que en el grupo control solo los padres de dos niños (el 6,9%) declararon este acontecimiento. Sin embargo, estos datos deben ser interpretados con cautela ya que el número de respuestas en blanco, en ambos grupos, es elevada y desigual en cada uno de los ítems que forman parte del cuestionario.

Con referencia a la estructura familiar, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, viviendo la mayoría de los niños evaluados con los dos padres (89,7% en el grupo con ideación suicida y 87,5% en el control). Así como

tampoco con relación a la fratria y al número de hermanos. Siendo lo más habitual ser el segundo y tener un hermano.

Otro aspecto interesante de estos resultados, es el hecho de que el 92,6% de los niños del grupo con ideación suicida nunca hayan recibido ayuda psicológica. Lo cual no deja de ser inquietante, ya que en este grupo no solo se observa una mayor presencia de sintomatología depresiva sino además se detecta un porcentaje bastante elevado de diagnósticos, no definitivos, de trastornos distímicos. Asimismo, el 14,3% de los 28 niños del grupo de ideación suicida, cuyos padres cumplimentaron el apartado del cuestionario relativo a la presencia de enfermedades crónicas, informaron de su existencia. De entre las enfermedades señaladas se observa un caso de Diabetes Mellitus, lo que en cierto modo, puede ser concordante con Goldston et al. (1994), que detectaron una elevada ideación suicida en los jóvenes que padecían esta enfermedad. En cualquier caso, las características del diseño y de la muestra utilizada no permiten confirmar esta relación ya que podría tratarse de un hecho puramente circunstancial.

En definitiva, las limitaciones de la muestra utilizada en este estudio, no permiten establecer conclusiones definitivas, por lo que sería conveniente replicar estos resultados con muestras más amplias y representativas de la población escolar.

II.5. CONCLUSIONES.

El primer objetivo de esta investigación era conocer la prevalencia de la ideación suicida en los alumnos de 3º, 4º y 5º de Enseñanza General Básica de la comarca del "Gironès". Una vez analizados los datos obtenidos en la muestra estudiada, se puede concluir:

a) El 13,6%, de los 361 escolares que constituían la muestra, autoinformó ideación suicida. Con un nivel de confianza del 95%, la prevalencia de la ideación suicida en la comarca del "Gironès" en alumnos de 3º, 4º y 5º de E.G.B. se situaría entre el 10,06% y el 17,14%.

b) La prevalencia de la ideación suicida varía en función de las características del centro escolar. El porcentaje de ideación suicida en las escuelas públicas (15,6%) es superior al hallado en los colegios privados (5,71%).

c) En los centros públicos el porcentaje de niños con ideación suicida (20,1%) es superior al de las niñas (11 %).

d) Se han detectado claras discrepancias entre el número de casos con ideación suicida localizados en la primera fase con el CDI y el número de casos confirmados mediante la CDRS en la segunda fase.

e) La conducta suicida con más frecuencia relatada fue la ideación suicida y solo dos niños informaron de amenazas suicidas de severidad leve. No se halló ningún caso de tentativa de suicidio, anterior, actual o reciente.

En relación con el segundo objetivo, la valoración del concepto de muerte, se puede concluir:

a) Los niños con ideación suicida tienen la misma percepción y conocimiento de la muerte que los niños del grupo control. Es más, los datos sugieren que los niños con ideación suicida tendrían una visión más real de la muerte.

b) Las ideas relativas a la existencia de una vida después de la muerte son similares en ambos grupos, tanto en lo referente a la posibilidad de que dicha vida sea mejor o peor que la actual.

c) Los niños con ideación suicida declaran con más frecuencia haber soñado con su muerte o que se morían.

d) El 75% del total de los niños evaluados entienden y definen correctamente la palabra suicidio, no difiriendo ambos grupos en este sentido.

e) Una tercera parte de los niños de 8 años percibe la muerte como un fenómeno universal, irreversible y que implica el cese de toda actividad corpórea. Lo que sugiere que a esta edad el niño puede ser capaz de mostrar las mismas ideas acerca de la muerte que el adulto. No obstante, los resultados obtenidos también ponen de manifiesto que antes de los doce años la mayoría de los niños todavía no tienen un completo conocimiento de la muerte.

Respecto a los otros objetivos, es decir la valoración de las tres medidas utilizadas para valorar la depresión y la concreción de cuales son los factores

psicosociales vinculados con la ideación suicida, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

a) Se confirma una vez más, que la depresión esta asociada con la ideación suicida. En efecto, la puntuación media en sintomatología depresiva es más elevada en los niños con ideación suicida. No obstante, muchos de ellos no cumplen con los criterios diagnósticos de depresión o bien obtienen puntuaciones normales en sintomatología depresiva, lo cual sugiere, que existen niños con ideación suicida que están deprimidos y niños no deprimidos, que en ausencia de sintomatología depresiva, manifiestan ideas suicidas.

b) De las tres medidas utilizadas para valorar la depresión, la "Children's Depression Rating Scale" es la que mejor predice la ideación suicida.

c) La desesperanza esta asociada con la ideación suicida, pero sólo en los niños. Tanto las niñas con ideación suicida como las del grupo control tienen una percepción optimista del futuro.

d) La baja consistencia interna hallada en la escala de desesperanza parece confirmar la idea formulada por algunos autores, de que la medición de este constructo en población normal es imprecisa, en claro contraste con los altos índices de fiabilidad hallados en población psiquiátrica.

e) Los dos grupos estudiados (con ideación suicida y control) no difieren en nivel intelectual, ansiedad, autoestima, nivel socioeconómico y grado de escolaridad, así como en su percepción del entorno familiar en las cuatro áreas evaluadas: control, conflictividad, cohesión y expresividad. Sin embargo, los sujetos del sexo masculino

con ideación suicida perciben su entorno familiar como algo más rígido y estricto en lo referente al cumplimiento de las reglas y normas establecidas.

f) Los mejores predictores de la ideación suicida son la sintomatología depresiva, valorada mediante la "Children's Depression Rating Scale", y el Factor E de personalidad (Sumiso - Dominante), clasificando, ambos, correctamente el 80,77% de los casos. La contribución del resto de predictores considerados, o bien es nula o poco significativa.

g) Cuando se controla la variable sexo, los mejores predictores de la ideación suicida en los sujetos del sexo masculino son la sintomatología depresiva, valorada mediante la "Children's Depression Rating Scale", y la desesperanza. En las niñas, son la misma medida de la sintomatología depresiva y los factores de personalidad E (Sumiso - Dominante), C (Afectado por los sentimientos - emocionalmente estable) y Q3 (Menos - más integrado).

h) Las niñas se han clasificado con mayor precisión que los niños en el análisis discriminante. En efecto, si conocemos la puntuación en la "Children's Depression Rating Scale" y en los factores de personalidad E, C y Q3, podemos clasificar correctamente un 95,7% del grupo control y un 85,7% de las niñas con ideación suicida.

i) En cuanto al perfil de personalidad, ambos grupos difieren en algunas de las dimensiones evaluadas, tendiendo a puntuar más bajo las niñas con ideación suicida en el factor E (Sumiso - Dominante), alto en el I (Sensibilidad dura - sensibilidad blanda) y bajo en el QIII (Calma - Excitabilidad). Mientras que los niños con ideación

suicida puntúan alto en el factor D (Calmoso - Excitable). Con lo cual las niñas con ideación suicida serían algo más "sumisas, inseguras, retraídas, intrapunitivas, dependientes, sentimentales, impresionables, tranquilas y obedientes", y los niños con ideación suicida serían algo más "impacientes, exigentes, hiperactivos y no inhibidos".

j) A partir de estos datos, y considerándolos en su conjunto, podríamos afirmar que en la muestra estudiada los alumnos del sexo masculino con ideación suicida se han distinguido por presentar una mayor sintomatología depresiva, desesperanza, una percepción de su entorno familiar como algo más rígido y estricto (en cuanto al cumplimiento de las reglas y normas establecidas) y por una personalidad que se caracterizaría por la impaciencia, la exigencia, la hiperactividad y la falta de inhibición.

Las niñas con ideación suicida se han caracterizado, al igual que los niños, por una mayor presencia de sintomatología depresiva, pero a diferencia de éstos, por un perfil de personalidad en el que ha predominado la dependencia, la sumisión, la inseguridad, el retraimiento, la intrapunción, la sensibilidad y una mayor impresionabilidad.

Estos perfiles son orientativos y en todo caso descriptivos de los resultados obtenidos en la muestra estudiada, lo cual no presupone, por otra parte, que todos los niños evaluados se ajusten a uno de los dos perfiles descritos. En todo caso, los resultados de esta investigación sugieren la necesidad de contemplar las variables de personalidad como posibles factores predictivos de la ideación suicida en la infancia.

k) Finalmente, y dadas las limitaciones de la muestra estudiada, sería conveniente y razonable replicar estos resultados con muestras más representativas y amplias.

De estas conclusiones se derivan, a su vez, tres conclusiones generales:

Primero: Los pensamientos suicidas en la población escolar infantil no son un fenómeno aislado, sino que se encuentran en una proporción superior a la que el adulto imagina.

Segundo: La conducta suicida durante la infancia no responde necesariamente a un desconocimiento de la muerte, ya que, como se confirma, a los 8 años el niño puede tener la misma percepción de la muerte que el adulto.

Tercero: Si bien la depresión es el mejor predictor de la ideación suicida, existen otros factores psicosociales, como la percepción del entorno familiar, la desesperanza y los rasgos de personalidad que pueden predecir la presencia de este tipo de pensamientos. No obstante, estos factores pueden diferir según el sexo del individuo.

REFERENCIAS

- ABRAMSON, L.Y., GARBER, J., EDWARDS, N.B. & SELIGMAN, M.E.P. Expectancy changes in depression and schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 102-109. (1978)
- AJURIAGUERRA, J. de (1980) *Manual de Psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson s.a.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson s.a.
- ASARNOW, JR. (1992) Suicidal Ideation and Attempts During Middle Childhood: Associations With Perceived Family Stress and Depression Among Child Psychiatric Inpatients. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 35-40.
- ASARNOW, J.R. & CARLSON, G.A. (1985) Depression Self-Rating Scale: Utility with child psychiatric inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 491-499.
- ASARNOW, J.R., CARLSON, G.A. & GUTHRIE, D. (1987) Coping Strategies, Self-Perceptions, Hopelessness, and Perceived Family Environments in Depressed and Suicidal Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 361-366.
- ASARNOW, J.R. & GUTHRIE, D. (1989) Suicidal Behavior, Depression, and Hopelessness in Child Psychiatric Inpatients: A Replication and Extension. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 129-136.
- AVIA, M^a.D. (1986) Técnicas cognitivas de autocontrol. En MAYOR, J. & LABRADO, F. (eds). *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Alhambra.
- BARRACLOUGH, B. (1987) Sex Ratio of Juvenile Suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 434-435.
- BAS, E. & ANDRES, V. (1986) *Estudio de resultados de 21 sujetos depresivos tratados con Terapia-Cognitivo-Conductual*. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Diagnóstico y Clasificación de las depresiones. Facultad de Medicina. U.C.M. Madrid, abril.
- BATTLE, J. (1981) *Cultur-free Self-esteem Inventories for Children and Adults*. Seattle, WA: Special Child Publ.
- BECK, A.T. (1967) *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- BECK, A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- BECK, A.T. (1986) Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 90-96.

- BECK,A.T., BECK, R. & KOVACS,M. (1975) Classification of suicidal behaviors: I. Quantifying intent and medical lethality. *American Journal of Psychiatry*, 132, 285-287.
- BECK, A.T., DAVIS, J.H., FREDERICK, C.J., PERLIN, S., POKORNY, A.D., SCHULMAN,R.E., SEIDEN,R.H., & WITTLIN,B.J. (1973) *Classification and nomenclature*. En RESNIK, H.L.P. & HATHORNE, B.C. (eds.), *Suicide Prevention in the seventies*. Washington: U.S. Government Printing Office.
- BECK,A.T., KOVACS,M. & WEISSMAN,A. (1979) Assesment of Suicidal Intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- BECK,A.T., WEISSMAN,A., LESTER,D. & TREXLER,L. (1974) The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- BECK,A.T., WEISSMAN,A., LESTER,D. & TREXLER,L. (1976) Classification of suicidal behaviors: II Dimensions of suicidal intent. *Archives of General Psychiatry*, 33, 835-837.
- BECK,A.T., SCHUYLER,D. & HERMAN,I. (1974) Development of suicidal intent scales. En BECK,A., RESNIK, H.L.P. & LETTIERI,D.J. (eds.) *The prediction of suicide*. Bowie, M.D.: Charles Press.
- BERTAGNE,P. & CAMPOLI,C. (1990) Auto et hetero-agressivite chez lespersonnalites passives-dependantes. 21 st. Meeting of the Group for the Study and Prevention of Suicide: Suicide and aggression (1989, Brussels, Belgium). *Psychologie Medicale*, 22, 434-436.
- BOLGER,N. , DOWNEY,G., WALKER,E. & STEININGER, P. (1989) The onset of suicidal ideation in chilhood and adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 18, 175-190.
- BRENT,D. A . (1987) Correlates of the Medical Lethality of Suicide Attempts in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 87-89.
- BRENT, D. A., KALAS, R., EDELBROCK, C., COSTELLO, A. et al. (1986) Pshy-chopathology and its relationship to suicidal ideation in childhood and adolescence. 31 st Annual Meeting of the American Academy of Child Psychiatry (1984, Toronto, Canada). *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 666-673.
- BRENT.D.A., PERPER,J.A., MORITZ, G . , LIOTUS,L. et al. (1993) Psychiatric impact of the loss of an adolescent sibling to suicide. *Journal of Affective Disorders*, 28, 249-256.
- CALVO,T., DE LA ROSA,A.M. & VILLAR,M. (1989) Hogar roto y conducta suicida. *Rev. Hosp. Psiquiat. Habana*. 267-723.

- CAMPBELL, N.B., MILLING, L., LAUGHLIN, A. & BUSH, E. (1993) The psychosocial climate of families with suicidal pre-adolescent children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 142-145.
- CARLSON, G.A. (1987) Depresión y conducta suicida en niños y adolescentes. en CANTWELL, D.P. & CARLSON, G.A. (eds.) *Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca S.A.
- CARLSON, G.A., ASARNOW, J.R. & ORBACH, I. (1987) Developmental Aspects of Suicidal Behavior in Children: I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 186-192.
- CARLSON, G.A. & CANTWELL, D.P. (1982) Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 361-368.
- CATTELL, R.B. (1972) *El análisis científico de la personalidad*. Barcelona: Editorial Fontanella, S.A. (Primera Edición: 1965).
- CATTELL, R.B. & KLINE, P. (1982) *El análisis científico de la personalidad y la motivación*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- CHAMBERS, W.J., PUIG-ANTICH, J., HIRSCH, M., PAEZ, P., AMBROSINI, P.J., TABRIZI, M.A., & DAVIES, M. (1985) The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. *Archives of General Psychiatry*, 42, 696-702.
- COBO MEDINA, C. (1985) El suicidio infantil en España. *El Médico*, 57-70.
- COBO MEDINA, C. (1986) Estadísticas y reflexiones sobre actos suicidarios en niños y adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, 17, 253-268.
- COHEN-SANDLER, R., BERMAN, A.L. & KING, R.A. (1982) Life stress and symptomatology: Determinants of suicidal behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 178-186.
- COOPERSMITH, S. (1967) *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- COSTELLO, J., EDELBROCK, C. & COSTELLO, A.J. (1985) The validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for children: A comparison between pediatric and psychiatric referrals. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 579-595.
- CÓTON, C.R. & RANGE, L.M. (1993) Suicidality, hopelessness, and attitudes toward life and death in children. *Death Studies*, 17, 185-191.
- COUSINET, R. (1939) L'idée de la mort chez les enfants. *Journal Psychol. Norm. et Pathol.*, 36, 65-76.
- CHILDERS, P. y WIMMER, M. (1971) The concept of Death in early childhood. *Child Development*, 42, 1299-1301.

- CHOQUET, M. & MENKE, H. (1989) Suicidal thoughts during early adolescence: prevalence, associated troubles and help-seeking behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 170-177.
- CHUNG, S.Y., LUK, S.L. & MAK, F.L. (1987) Attempted suicide in children and adolescents in Hong Kong. *Social Psychiatry*, 22, 102-106.
- DE LEO, D., CANEVA, A., MARAZZITI, D. & CONTI, L. (1991) Platelet imipramine binding in intensive care unit suicidal patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 85-87.
- DE MAN, A.F., LABRECHE-GAUTHIER, L. & LEDUC, C.P. (1993) Parent child relationships and suicidal ideation in French-Canadian adolescents. *Journal of Genetic Psychology*, 154, 17-23.
- DE MAN, A.F., LEDUC, C.P. & LABRECHE-GAUTHIER, L. (1993) Correlates of suicidal ideation in French-Canadian adolescents: Personal variables, stress, and social support. *Adolescence*, 28, 819-830.
- DEL BARRIO, V. (1985) Factores de riesgo en el suicidio infantil. *Jano*, 29, 1873-1880.
- DELGA, I., HEINSEN, R.K., FRITSCH, R.C., GOODRICH, W. & YATES, B.T. (1989) Psychosis, Aggression, and Self-Destructive Behavior in Hospitalized Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, 521-525.
- DOMÈNECH, E., ALIAGA, J., COMELLAS, J.M., MITJAVILA, M. OBIOLS, J. & GRAS, M.E. (1995) Ideació Suïcida en els adolescents de 13 a 15 anys a Barcelona. *Revista de la Real Academia de Medicina de Catalunya*, 10, 37-44.
- DOMÈNECH, E., CANALS, J. & FERNANDEZ-BALLART, J. (1992) Suicidal ideation among Spanish schoolchildren: a three-year follow-up study of a pubertal population. *Personality and Individual Differences*, 13, 1055-1057.
- DOMÈNECH, E. & POLAINO, A. (1990) *Epidemiologia de la depresion infantil*. Barcelona: Espaxs, Publicaciones Médicas.
- DOMENECH, J.M. (1988) *Técnicas de muestreo y división aleatoria*. Bellaterra: Documentos del Laboratorio de Psicología Matemática. Universitat Autònoma de Barcelona.
- DURKHEIM, E. (1976) *El Suicidio*. Madrid: Akal Editor. (Primera edición: 1897).
- DUBOW, E.F., KAUSCH, D.F., BLUM, M.C. REED, J. & BUSH, E. (1989) Correlates of Suicidal Ideation and Attempts in a Community Sample of Junior High and High School Students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 158-166.
- ENCICLOPÈDIA CATALANA (1991) *Gran Geografia Comarcal de Catalunya*. Barcelona: Enciclopèdia Catalana.

- ENDICOTT, J., & SPITZER, R.L. (1978) A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. & CARROBLES, J.A. (1987) *Evaluación conductual. Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide S.A.
- GALANTER, M. (1982) Charismatic Religious Sects and Psychiatry: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 12, 1539-1548.
- GARFINKEL, B.D., FROESE, A. & HOOD, J. (1982) Suicide Attempts in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1257-1261.
- GARRISON, C.Z., ADDY, C.L., McKEOWN, R.E., CUFFE, S.P. et al. (1993) Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2, 339-352.
- GASTAMINZA, X., ALVAREZ, M., VENTEO, M.P. & TOMÁS, J. (1984). Las tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia: aproximación paramétrico-epidemiológica (Barcelona). 123-155.
- GESELL, A. (1963) *Psicología Evolutiva. De 1 a 16 años*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- GESELL, A. et al. (1981) *El niño de 7 y 8 años*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- GLASSER, A.J. & ZIMMERMAN, I.L. (1980) *Interpretación clínica de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños*. Madrid: TEA Ediciones s.a.
- GOLDNEY, R.D. (1981) Parental loss and reported childhood stress in young women who attempt suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, 34-59.
- GOLDSTON, D.B., KOVACS, M., HO, V.Y., PARRONE, P.C. & STIFFER, L. (1994) Suicidal Ideation and Suicide Attempts, among Youth with Insulin- Dependent Diabetes-Mellitus. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 240-246.
- GONZALEZ, J., LOPEZ, M.I., DE MENA, M.I. & ARROYO, G. (1982) Suicidio infantil. *Tiempos Médicos*, 204, 105-108.
- GRACIA, R., RODRIGUEZ, F., MORERA, A., VILLAVERDE, M.L. & GONZALEZ, J.L. (1987). Estudio epidemiológico del suicidio en la isla de Tenerife (1977-1983). *Psiquis*, 8, 40-56.
- HAWTON, K. & OSBORN, M. (1984) *Suicide and Attempted Suicide in Children and Adolescents*. en LAHEY, B.B. & KAZDIN, A.E. *Advances in Clinical Child Psychology. Volume 7*. London: Plenum Press.
- HARPER, G. (1992) Suicidality with clomipramine. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 369-370.

- HARRINGTON,R., BRENDEN KAMP,D., GROOTHNES,C., RUTTER,M., FUDGE,H. & PICKLES,A. (1994). Adult Outcomes of Childhood and Adolescent Depression. 3 Links with Suicidal Behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 1309-1320.
- HARTER,S., MAROLD,D.B. & WHITESELL,N.R. (1992) Model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents. *Development and Psychopathology*, 4, 167-188.
- HAWTON,K. & OSBORN,M. (1984) Suicide and Attempted Suicide in Children and Adolescents, en LAHEY,B.B. & KAZDIN,A.E. (Edit.) *Advances in Clinical Child Psychology*. vol. 7. New York: Plenum Press.
- HOBEBMAN,H.M. & GARFINKEL,B.D. (1988) Completed Suicide in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 27,689-695.
- HOLLINGSHEAD,A.B. (1975) *Four Factor Index of Social Status*. New Haven: Department of Sociology, Yale University. Manuscrito no publicado.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (1991). *Estadística del suicido en España. Año 1990*. Madrid: I.N.E..
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (1992). *Estadística del suicido en España. Año 1991*. Madrid: I.N.E.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (1993). *Estadística del suicido en España. Año 1992*. Madrid: I.N.E.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (1994). *Estadística del suicido en España. Año 1993*. Madrid: I.N.E.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (1995). *Estadística del suicido en España. Año 1994*. Madrid:I.N.E.
- JACOBSEN,L.K., RABINOWITZ,I., POPPER,M.S., SOLOMON,R.J., SOKOL,M.S. & PFEFFER,C.R. (1994) Interviewing Prepubertal Children About Suicidal Ideation and Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 439-452.
- JOHNSON,B.A. (1993) The Maudsley's obsessional children: Phenomenology, classification, and associated neurobiological and co-morbid features. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2,192-204.
- KANE,B. (1979) Children's Concepts of Death. *The Journal of Genetic Psychology*. 134: 141-153.
- KARSON,S. & O'DELL, J.W. (1980) *16 PF, Guía para su uso clínico*. Madrid: TEA Ediciones.

- KASHANI, J.H. & CANTWELL, D.P. (1983) Characteristics of Children Admitted to Inpatient Community Mental Health Center. *Archives of General Psychiatry*, 40, 397-400.
- KASHANI, J.H., GODDARD, P. & REID, J.C. (1989) Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 912-917.
- KASHANI, J.H., REID, J.C., & ROSENBERG, T.K. (1989) Levels of hopelessness in children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 496-499.
- KAZDIN, A.E., FRENCH, N.H., UNIS, A.S., ESVELDT-DAWSON, K. & SHERICK, R.B. (1983) Hopelessness, Depression, and Suicidal Intent Among Psychiatrically Disturbed Inpatient Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 504-510.
- KAZDIN, A.E., RODGERS, A. & COLBUS, D. (1986) The Hopelessness Scale for Children: Psychometric Characteristics and Concurrent Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 241-245.
- KERFOOT, M. (1988) Deliberate Self-Poisoning in Childhood and Early Adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 29, 335-343.
- KIENHORTS, C.W.M., WOLTERS, W.H.G., DIEKSTRA, R.F.W. & OTTE, E. (1987) A study of the frequency of suicidal behavior in children aged 5 to 14. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 153-165.
- KING, R.A., RIDDLE, M.A., CHAPPELL, P.B., HARDIN, M.T. et al. (1991) Emergence of self-destructive phenomena in children and adolescents during fluoxetine treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 179-186.
- KING, C.A., SEGAL, H.G., NAYLOR, M. & EVANS, T. (1993) Family functioning and suicidal behavior in adolescent inpatients with mood disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1198-1206.
- KOOCHER, G.P. (1974) Talking with children about death. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44, 404-411.
- KOSKY, R. (1983) Childhood Suicidal Behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 24, 457-468.
- KOSKY, R., SILBURN, S. & ZUBRICK, S.R. (1990) Are children and adolescents who have suicidal thoughts different from those who attempt suicide?. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 38-43.
- KOTILA, L. & LÖNNQVIST, J. (1989) Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 453-459.
- KOVACS, M. (1981) Rating Scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatrica*, 46, 305-315.

- KOVACS, M. (1983) *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school-aged youngsters*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh.
- KOVACS, M., GOLDSTON, D. & GATSONIS, C. (1993) Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: A longitudinal investigation. Special Section: Longitudinal studies of depressive disorders in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 8-20.
- KRARUP, G., NIELSEN, B., RASK, P., PETERSEN, P. (1991) Childhood experiences and repeated suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 16-19.
- KRUESI, M.J.P., HIBBS, E.D., ZAHN, T.P., KEYSOR, C.S. et al. (1993) A 2-year prospective follow-up study of children and adolescents with disruptive behavior disorders: Prediction by cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid, homovanillic acid, and autonomic. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 284-300.
- LAZAR, A. & TORNEY-PURTA, J. (1991) The Development of the Subconcepts of Death in Young Children: A Short-Term Longitudinal Study. *Child Development*, 62, 1321-1333.
- LEMUS, C.Z., LIEBERMAN, J.A., JOHNS, C.A., POLLACK, S. et al. (1990) CSF 5-hydroxyindoleacetic acid levels and suicide attempts in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 27, 926-929.
- LESTER, D. (1989) Experience of parental loss and later suicide: data from published biographies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 450-452.
- LESTER, D. & SCHAEFFLER, J. (1993) Self-defeating personality, depression, and suicidal ideation in adolescents. *Psychological Reports*, 73, 113-114.
- LEWINSHON, P.M., ROHDE, P. & SEELEY, J.R. (1994) Psychosocial Risk Factors for Future Adolescent Suicide Attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 297-305.
- LEWIS, M. (1984) *Desarrollo psicológico del niño. Conceptos evolutivos y clínicos*. Mexico: Nueva Editorial Interamericana.
- LEWIS, D.O., SHANOK, S.S., GRANT, M. & RITVO, E. (1983) Homicidally aggressive young children: Neuropsychiatric and experiential correlates. *American Journal of Psychiatry*, 140, 148-153.
- LIVINGSTON, R. (1993) Children of people with somatization disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 536-544.
- LIVINGSTON, R.L. & BRACHA, H. S. (1992) Psychotic symptoms and suicidal behavior in hospitalized children. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1585-1586.
- LOCHEL, M. (1984) Das prasuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen. / The "presuicidal syndrome" in children and adolescents. *Praxis-der-Kinderpsychologie-und-Kinderpsychiatrie*, 33, 214-221

- LOLAS,F., GOMEZ,A. & SUAREZ,L. (1991) EPQ-R and suicide attempt: The relevance of psychoticism. *Personality and Individual Differences*, 12, 899-902.
- MANN,J.J., ARANGO,V. & UNDERWOOD,M.D. (1990) Serotonin and suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 600, 476-485.
- MARCELLI,D. (1978) Suicidal attempts of the child: Statistical and general epidemiological aspects. *Acta Paedopsychiatrica*, 43, 213-221.
- MARCELLI,D. & BRACONNIER,A. (1986) *Manual de psicopatología del adolescente*. Barcelona: Edit. Masson.
- MARCIANO,P. L. & KAZDIN,A. (1994) Self-Esteem, Depression, Hopelessness, and Suicidal Intent Among Psychiatrically Disturbed Inpatient Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 151-160.
- MARRIAGE,K., FINE, S.,MORETTI,M. & HALEY,G. (1986) Relationship between depression and conduct disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 687-691.
- MARTINEZ,P., SALTIJERAL,M^a. & TERROBA,G. (1985) Revision del tema intento de suicidio en los niños: un fenomeno psicosocial. *Salud Mental*, 8, 23-26.
- MARTINEZ,O. , RUZ, A. , GRANADO, M.A., MARTINEZ, J.A., FUERTES, J.C. & CABRERA,J. (1992) Aproximación a la personalidad de sujetos con intentos autolíticos. *Psiquis*, 13, 11-22.
- MASAND,P., GUPTA,S. & DEWAN,M. (1991) Suicidal ideation related to fluoxetine treatment. *New England Journal of Medicine*, 324, 420.
- MATSON,J.L., ROTATORI,A.F. & HELSEL,W.J. (1983) Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY) , *Behavior Research and Therapy*, 21, 335-340.
- MAZET,PH. (1987) Conduites suicidaires chez l'enfant. *La Revue du Praticien*, 37, 719-724.
- McINTIRE,M, ANGLE, C.R. & STRUEMPLER,L.J. (1972) The Concept of Death in Midwestern Children and Youth. *American Journal of Diseases of Children*, 123, 527-532.
- McKAY,M., DAVIS,M. , FARNNING,P. (1985) *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martinez Roca.
- MENNINGER,K. (1972) *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Peninsula.(Primera edición:1938).
- MILLING,L. , CAMPBELL,N. , DAVENPORT,C. & CARPENTER,G . (1991) Suicidal behavior among psychiatric inpatient children: An estimate of prevalence. *Child Psychiatry and Human Development*, 22, 71-77.

- MILLING,L., GYURE,K., DAVENPORT,C. & BAIR,P. (1991) Suicidal behavior among psychiatric outpatient children: An estimate of prevalence. *Child Psychiatry and Human Development*, 21,283-289.
- MILLING,L. , CAMPBELL,N. , LAUGHLIN, A & BUSH, E. (1994) The prevalence of suicidal behavior among preadolescent children who are psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 225-229.
- MITCHELL,M.G. & ROSENTHAL,D.M. (1992) Suicidal Adolescents: Family Dynamics and the Effects of Lethality and Hopelessness. *Journal of Youth and Adolescence*, 21, 23-33.
- MONREAL,P (1988) *Estudio de la sintomatología depresiva infantil en la provincia de Gerona: Análisis de algunos factores individuales y psicosociales*. Tesis Doctoral. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- MOOS,R.H. & MOOS,B.S. (1981) *Family Environment Scale manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. Adaptación española realizada por Nicolás Seisdedos, María Victoria de la Cruz & Agustín Cordero, publicada por TEA Ediciones S.A. (Madrid, 1989).
- MORANDE,G. & CARRERA,M. (1985) Aportaciones de la epidemiología en la comprensión, prevención y abordaje terapéutico del suicidio infantil y juvenil. *Jano*, 29, 1848-1858.
- MORANO,C.D., CISLER,R.A. & LEMEROND,J. (1993) Risk factors for adolescent suicidal behavior: Loss, insufficient familial support, ad hopelessness. *Adolescence*, 28, 851-865.
- MYERS,K.M. , BURKE,P. & McCAULEY,E. (1985) Suicidal Behavior by hospitalized preadolescent children on a psychiatric unit. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 474-480.
- MYERS,K.M. , McCAULEY,E., CALDERON,R. , MITCHELL,J. et al. (1991) Risks for suicidality in major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 86-94.
- MYERS,K., McCAULEY,E., CALDERON,R. & TREDER,R. (1991) The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 804-810
- NAGY,M. (1948) The child's theories concerning death. *Journal of Genetic Psychology*, 73, 3-27.
- NEWMAN, B.M. & NEWMAN, P.R. (1979) *Development through life. A psychosocial approach*. Illinois: The Dorsey Press.
- NUNNALLY,J.C. (1987) *Teoría psicométrica* . México: Editorial Trillas.
- ORBACH, I. (1988)*Children who don't want to live*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- ORBACH,I., CARLSON,G., FESHBACH,S. , GLAUBMAN,H. & GROSS,Y. (1983). Attraction and Repulsion by Life and Death in Suicidal and in Normal Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 661-670.
- ORBACH,I. , CARLSON,G., FESHBACH,S. & ELLENBERG,L. (1984) Attitudes Toward Life and Death in Suicidal, Normal, and Chronically Ill Children: An Extended Replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1020-10287.
- ORBACH,I. & GLAUBMAN,H. (1978) Suicidal, Aggressive, and Normal Children's Perception of Personal and Impersonal Death. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 850-857.
- ORBACH,I. & GLAUBMAN,H. (1979) Children's Perception of Death as a Defensive Process. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 671-674.
- ORBACH,I., GROSS, Y., GLAUBMAN,H. & BERMAN ,D. (1985) Children's perception of death in humans and animals as a function of age, anxiety and cognitive ability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 453-463.
- ORBACH,I., ROSENHEIM,E. & HARY,E. (1987) Some Aspects of Cognitive Functioning in Suicidal Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 181-185.
- ORBACH,I. , TALMON,O., KEDEM,P. & HAR-EVEN,D. (1987) Sequential Patterns of Five Subconcepts of Human and Animal Death in Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 578-582.
- PATSIOKA,A. , CLUM,G. & LUSCOMB, R. (1979) Cognitive characteristics in suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47,478-484.
- PEARCE,C.M. & MARTIN,G. (1993) Locus of control as an indicator of risk for suicidal behaviour among adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88,409-414.
- PFEFFER,C.R. (1981) Suicidal Behavior of Children: A Review with Implications for Research and Practice. *American Journal of Psychiatry*, 138, 154-159.
- PFEFFER,C.R. (1981) The Family System of Suicidal Children. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 330-340.
- PFEFFER, C.R. (1986) *The Suicidal Child* .New York: The Guilford Press.
- PFEFFER,C.R. (1989) Studies of Suicidal Preadolescent and Adolescent Inpatients: A Critique of Research Methods. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19,58-77.
- PFEFFER,C.R. (1989) Family characteristics and support systems as risk factors for youth suicidal behavior. *Report of the Secretary's Task Force on Youth Suicide*, 2, 71-79.

- PFEFFER,C.R., CONTE,H.R., PLUTCHIK,R. & JERRET,I. (1979) Suicidal behavior in latency-age children: An empirical study. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 679-692.
- PFEFFER,C.R., CONTE,H.R., PLUTCHIK,R. & JERRET,I. (1980) Suicidal behavior in latency-age children: An outpatient population. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19, 703-710.
- PFEFFER,C.R., LIPKINS,R., PLUTCHIK,R. & MIZRUCHI,M. (1988) Normal Children at Risk for Suicidal Behavior: A Two-Year Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 34-41.
- PFEFFER,C.R., NORMANDIN,L., KAKUMA,T. (1994) Suicidal Children Grow Up-Suicidal Behavior and Psychiatric Disorders Among Relatives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1087-1097.
- PFEFFER,C.R. & PLUTCHIK,R. (1982) Psychopathology of Latency Age Children. Relation to Treatment Planning . *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 193-197.
- PFEFFER,C.R. , PLUTCHIK,R. & MIZRUCHI,M.S. (1983) Suicidal and Assaultive Behavior in Children: Classification, Measurement, and Interrelations. *American Journal of Psychiatry*, 140, 154-157.
- PFEFFER,C.R., PLUTCHIK,R., MIZRUCHI,M.S. & LIPKINS,R. (1986) Suicidal Behavior in child Psychiatric Inpatients and Outpatients and in Nonpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 733-738.
- PFEFFER,C.R., SOLOMON,G., PLUTCHIK,R. ,MIZRUCHI,M.S. & WEINER,A. (1982) Suicidal Behavior in latency-age psychiatric inpatients: A replication and cross validation. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21, 564-569.
- PFEFFER,C.R., ZUCKERMAN,S., PLUTCHIK,R., MIZRUCHI,M.S. (1984) Suicidal behavior in normal school children: A comparison with child psychiatric inpatients. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 416-423
- POLAINO, A. (1988) *Las depresiones infantiles*. Madrid: Morata.
- POLAINO, A. (1988) Contradicciones y aportaciones de la psicología de la atribución a la explicación de las depresiones infantiles. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 15, 269-281.
- POLAINO, A. & DOMÈNECH, E. (1988) *La depresion en los niños españoles de 4º de E.G.B.* . Barcelona: Geigy.
- PONNUDURAI,R., JEYAKAR,J. & SARASWATHY,M. (1986) Attempted suicide in Madras. *Indian Journal of Psychiatry*, 28, 59-62.
- PORTER,R.B. & CATTELL,R.B. (1988) *CPQ. Cuestionario de Personalidad para Niños . 8-12 años*. Madrid: Tea Ediciones S.A. Primera edición 1963.

- POZNANSKY, E.O., COCK, S.C. & CARROLL, B.J. (1979) A depression rating scale for children. *Pediatrics*, 64, 442-450.
- POZNANSKY, E.O. , GROSSMAN, J.A. , BUCHBAUM, Y. , BANEGAS, M., FREEMAN, L. & GIBBONS , R. (1984) Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 23, 191-197.
- RANGE, L.M. & GOGGIN, W.C. (1989) California Psychological Inventory differences between undergraduate suicide ideators and nonideators. *Personality and Individual Differences*, 10, 1193-1194.
- REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA (1970) *Diccionario de la Lengua Española* . Decimonovena edición. Madrid.
- REYNOLDS, W.M. (1987) *Suicidal Ideation Questionnaire*. Florida: Psychological Assesment Resources Inc.
- REYNOLDS, W.M. (1990) Development of a semistructured clinical interview for suicidal behaviors in adolescents. *Psychological-Assessment*, 2, 382-390
- RICHARDSON, J.T. (1980) People's Temple and Jonestown: A Corrective Comparison and Critique. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 19, 239-255.
- RODRIGUEZ-PULIDO, F. , SIERRA, A. , GRACIA, R. , DORESTE, J. , DELGADO, S. & GONZALEZ-RIVERA, J.L. (1991) Suicide in the Canary Islands, 1977-1983. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 520-523.
- ROPSTAD, I. (1988) Étude rétrospective de 31 enfants et adolescents hospitalisés d'urgence en pédopsychiatrie dans un département norvégien. *Annales Médico Psychologiques*, 146, 648-654.
- ROSENTHAL, P.A. & ROSENTHAL, S. (1984) Suicidal Behavior by Preschool Children. *American Journal of Psychiatry*, 141, 520-525
- RUMEAU-ROUQUETTE, C., BREART, G. & PADIEU, R. (1985) *Méthodes en Epidémiologie. Échantillonnage - Investigations - Analyse*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences.
- RUNESON, B. (1989) Mental disorder in youth suicide. DSM II-R Axes I and II. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 490-497.
- RYDELIUS, P.A. (1984) Deaths among child and adolescent psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 119-126.
- SAIZ, C.A. (1985) Las tentativas de suicidio del niño y del adolescente. (A partir de una investigación en un sector de Psiquiatría Infanto-Juvenil). *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 13, 77-82.
- SARRO, B. & DE LA CRUZ, C. (1991) *Los Suicidios*. Barcelona: Martinez Roca.
- SHAFFER, D. (1974) Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 15, 275-291.

- SHAFII, M., CARRIGAN, S., WHITTINGHILL, J.R. & DERRICK, A. (1985) Psychological Autopsy of Completed Suicide in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1061-1064.
- SHNEIDMAN, E.S. (1976) *Suicidology: contemporary developments*. Nueva York: Grune & Stratton.
- SINGH, S.B., NIGAM, A., GAHLAUT, D.S. & SINHA, G.C. (1987) Attempted suicide: A personality study. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 3, 117-121.8
- SPEECE, M.W. & BRENT, S.B. (1984) Children's Understanding of Death: A Review of Three Components of a Death Concept. *Child Development*, 55, 1671-1686.
- SPILBERGER & COLS. (1990) *STAI-C: Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños*. Madrid: TEA Ediciones S.A. (Primera edición 1973).
- SPIRITO, A., OVERHOLSER, J. & HART, K. (1991) Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 30, 604-608.
- STONE, N.M. (1993) Parental abuse as a precursor to childhood onset depression and suicidality. *Child Psychiatry and Human Development*, 24, 13-24.
- STREET, S. & KROMREY, J. D. (1994) Relationships between suicidal behavior and personality types. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 24, 282-292.
- TAYLOR, E.A. & STANSFELD, S.A. (1984) Children who Poison Themselves I. A Clinical Comparison with Psychiatric Controls. *British Journal of Psychiatry*, 145, 127-135.
- TEJEDOR, M.C., PERICAY, J.M. & CASTILLON, J.J. (1988) Epidemiología del suicidio: factores individuales y sociales. *Jano*, 9-14.
- THOMSEN, P. (1994) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A study of phenomenology and family functioning in 20 consecutive Danish cases. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 29-36.
- TOLLEFSON, G.D., FAWCETT, J., WINOKUR, G., BEASLEY, C.M. et al. (1993). Evaluation of suicidality during pharmacologic treatment of mood and nonmood disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 5, 209-224.
- TOOLAN, J.M. (1975) Suicide in Children and Adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 29, 339-344.
- TORO, J. (1988) El concepto de muerte en la infancia. *Jano*, 33-35.
- URRACA, S. (1985) Estudio evolutivo de la muerte. *Jano*, 43-52.
- VELEZ, C.N. & COHEN, P. (1987) Suicidal Behavior and Ideation in a Community Sample of Children: Maternal and Youth Reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 349-356.

- VIGOTSKY, L.S. (1934) *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade.
- VIÑAS POCH, F. (1990) *El Concepto de Muerte en el Niño de 6 a 8 años*. Trabajo de investigación no publicado.
- WECHSLER, D. (1949) *Wechsler Intelligence Scale for Children*. New York: The Psychological Corporation. Adaptación catalana realizada por BALAGUER, M., CASAS, J. & MARTINEZ, M.C. y editada en 1986 por TEA Ediciones S.A. (Madrid) con el nombre de *Escala d'Intel.ligencia Wechsler per a nens (WISC)*.
- WEISMAN, A. & WORDEN, W. (1972) Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry*, 26, 553-560.
- WELNER, Z., WELNER, A., McCLARK, D. & LEONARD, M.A. (1977) Psychopathology in children of inpatients with depression: a controlled study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 408-413.
- WELLER, E.B., WELLER, R.A., FRISTAD, M.A. & BOWER, J.N. (1990) Dexamethasone suppression test and depressive symptoms in bereaved children: A preliminary report. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2, 418-421.
- WHITE, E., ELSOM, B. & PRAVAT, R. (1978) Children's Conceptions of Death. *Child Development*, 49, 307-310.
- WOZENCRAFT, T., WAGNER, W., PELLEGRIN, A. (1991) Depression and suicidal ideation in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 15, 505-511.