

Ferran VINAS 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 Dra. Edelmira Domènech i Llaberia

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

**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

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta investigación no ha sido una tarea fácil y no hubiera sido posible sin la inestimable participación y colaboración de muchas personas, que con su interés y dedicación han hecho realidad los objetivos de este trabajo.

He de agradecer en primer lugar el interés con que fue acogida mi solicitud de autorización por parte de "Els Serveis Territorials d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya", así como su apoyo al proyecto.

A mis compañeros María Aymerich, Anna Bosch, Beatriu Caparros, Jaume Juan y Elisabeth Serrat por su participación en la traducción y adaptación de la Escala de Desesperanza.

A los equipos directivos de las escuelas así como a los profesores de cada una de las aulas de Tercero, Cuarto y Quinto de Enseñanza General Básica, que participaron en el estudio, que no solo nos dedicaron parte de su valioso tiempo sino que además colaboraron en el proceso de recogida de información. Mi gratitud a los colegios Montserrat de Sarria de Ter, Vilademany de Aiguaviva, Forn d'Anells de Fornells de la Selva, L'Aixart de Cervia de Ter, Vehinat, Mare de Deu del Roser y Vilagran Nogue de Salt y Cassià Costal, Font de la Polvora, Montfalgars y Professor Pericot de Girona. Y por supuesto a todos los niños que tuvieron la paciencia de contestar a todas nuestras preguntas y a sus padres por facilitar esta labor y participar en la investigación.

A Marta Grau que me acompañó y me ayudó durante el proceso de aplicación, evaluación y corrección de las pruebas.

A M^a Eugenia Gras por sus valiosos consejos, apoyo y constante ayuda en el análisis estadístico de los datos.

A mi directora de tesis, la Dra. Edelmira Domènech que me ha guiado y acompañado durante toda la investigación y que en su día despertó mi interés por el estudio de las conductas suicidas en la infancia. Es difícil expresar mi gratitud por su ayuda, apoyo y constante dedicación, sin la cual este trabajo no hubiera llegado a buen termino.

Y finalmente a mi esposa que con gran paciencia me ha ayudado en los momentos más difíciles, apoyándome y levantado los ánimos cuando decaían. Y por supuesto a mis dos hijos que han sufrido en todo momento el nerviosismo de su padre.

ÍNDICE

I. LA IDEACIÓN SUICIDA EN LA INFANCIA.

I.0. INTRODUCCIÓN	1
I.1. DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA	7
I.1.1. Clasificación de las conductas suicidas	8
I.1.2. Resumen	11
I.2. CONCEPTO DE MUERTE	13
I.2.1. La muerte: Definición y sub-conceptos	13
I.2.2. Desarrollo del concepto de muerte en el niño	16
I.2.3. El concepto de muerte en el niño suicida	26
I.2.4. Resumen	28
I.3. PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA.....	29
I.3.1. Prevalencia de la ideación suicida en poblaciones infantiles sometidas a tratamiento psiquiátrico.....	31
I.3.2. Prevalencia de la ideación suicida en población normal.....	33
I.3.3. Resumen.....	38
I.4. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.....	40
I.4.1. Evaluación de las conductas suicidas en la infancia.	40
I.4.1.1. Cuestionarios para valorar la conducta suicida en niños.....	41
I.4.2. Resumen	45
I.5. VARIABLES ASOCIADAS A LA CONDUCTA SUICIDA.....	46
I.5.1. Variables de personalidad: en busca del perfil psicológico del suicida.....	48
I.5.1.1. Descripción de la personalidad del niño suicida.....	49
I.5.1.1.1. Resumen.....	51

I.5.1.2. Características de personalidad del suicida que se fundamentan en el análisis factorial.....	51
I.5.1.2.1. Características de personalidad obtenidas a partir de instrumentos que miden los factores descritos por Catell.....	52
I.5.1.2.2. Características de personalidad obtenidas a partir de instrumentos que miden las dimensiones descritas por Eysenck.....	53
I.5.1.2.3. Rasgos de personalidad descritos mediante cuestionarios que se fundamentan en otros modelos factoriales de la personalidad.	54
I.5.1.2.4. Resumen.	55
I.5.1.3. Aspectos cognitivos del niño suicida.....	56
I.5.1.3.1. Desesperanza, autoestima y suicidio.....	56
I.5.1.3.1.1. Resumen	59
I.5.1.3.2. Inflexibilidad cognitiva.	60
I.5.1.3.2.1. Resumen.....	61
I.5.1.3.3. Ideación suicida y “locus of control”.....	62
I.5.1.3.4. Atracción y repulsión por la vida y la muerte. Breve aproximación al modelo de Orbach.....	63
I.5.1.3.5. Modelo de los factores de riesgo psicosociales y mediadores de la ideación suicida de Harter, Marold & Whitshell (1992)....	65
I.5.2. Psicopatología y suicidio.....	67
I.5.2.1. Depresión.....	68
I.5.2.1.1. Resumen	76
I.5.2.2. Otros trastornos mentales asociados con la conducta suicida.	77
I.5.2.2.1. Resumen	78
I.5.3. Variables socio-demográficas y del entorno	79
I.5.3.1. Variables demográficas.....	79
I.5.3.2. Entorno social y familiar del niño suicida.....	81

II.2.2.7. Constitución de la muestra de la segunda fase.....	119
II.2.2.8. Características de la muestra de la segunda fase.....	120
II.2.3. Instrumentos de medida.....	122
II.2.3.1. Children's Depression Inventory (C.D.I.).....	122
II.2.3.2. Escala de Desesperanza.....	123
II.2.3.3. Children's Depression Rating Scale-Revised (C.D.R.S.)..	124
II.2.3.4. Cuestionario de Autoevaluación de la ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAI-C).....	125
II.2.3.5. Culture-Free Self-esteem Inventory for Children.....	125
II.2.3.6. Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ).....	126
II.2.3.7. Escala de Clima Social en la Familia (F.E.S.).....	127
II.2.3.8. Entrevista Estructurada del Concepto de Muerte (E.C.M.).	128
II.2.3.9. Escala d'Intel·ligència de Wechsler per a Nens (WISC)...	128
II.2.3.10. Cuestionario de Datos Personales.....	129
II.2.3.11. Four Factor Index of Social Status.....	130
II.2.3.12. Spectrum of Suicidal Behavior.....	130
II.2.4. Propiedades psicométricas de la Escala de Desesperanza	131
II.2.4.1. Traducción y adaptación	131
II.2.4.2. Propiedades psicométricas de la versión original	136
II.2.4.3. Cálculo de las propiedades psicométricas de la nueva versión	137
II.2.4.3.1. Fiabilidad.....	139
II.2.4.3.1.1. Método test-retest.....	139
II.2.4.3.1.2. Análisis de consistencia interna.....	139
II.2.4.3.2. Validez.....	144
II.2.5. Procedimiento.....	145
II.2.5.1. Selección de los instrumentos de evaluación	145
II.2.5.2. Obtención de la muestra.....	146

II.2.5.3. Contacto con los colegios.....	146
II.2.5.4. Recogida de datos.....	147
II.2.5.5. Tiempo de aplicación de los instrumentos de evaluación.....	149
II.2.5.6. Definición operacional de Diagnóstico de Depresión	150
II.3.RESULTADOS.....	151
II.3.1. Resultados de la primera fase.....	152
II.3.1.1. Prevalencia de la ideación suicida.....	153
II.3.1.2. Ideación suicida y zona de ubicación de la escuela.....	154
II.3.1.3. Ideación suicida y tipo de escuela.....	154
II.3.1.4. Ideación suicida y sexo.....	154
II.3.1.5. Ideación suicida y curso.....	155
II.3.1.6. Ideación suicida y edad.....	156
II.3.2. Resultados de la segunda fase.....	157
II.3.2.1. Relación entre CDI y CDRS-R.....	158
II.3.2.2. Respuestas dadas en el ítem 13 de la C.D.R.S.....	160
II.3.2.3. Equivalencia de los grupos.....	161
II.3.2.4. Ideación suicida y concepto de muerte.....	164
II.3.2.4.1. Universalidad.....	165
II.3.2.4.2. Irreversibilidad.....	166
II.3.2.4.3. Cesación de los procesos corporales.....	169
II.3.2.4.4. Adquisición del concepto de muerte.....	170
II.3.2.4.5. Creencias relativas a la vida después de la muerte.....	173
II.3.2.4.6. Preocupación por la muerte.....	174
II.3.2.4.7. Experiencias personales.....	176
II.3.2.4.8. Conocimiento de la palabra suicidio.....	178

II.3.2.4.9. Causalidad.....	179
II.3.2.4.9.1. Causalidad: Muerte impersonal.....	180
II.3.2.4.9.2. Causalidad: Muerte personal.....	180
II.3.2.4.9.3. Causalidad: Muerte animal.....	181
II.3.2.5. Variables asociadas con la ideación suicida	182
II.3.2.5.1. Ideación suicida y depresión.....	182
II.3.2.5.2. Ideación suicida y autoestima.....	185
II.3.2.5.3. Ideación suicida y ansiedad.....	186
II.3.2.5.4. Ideación suicida y desesperanza.....	186
II.3.2.5.5. Ideación suicida y entorno familiar.....	187
II.3.2.5.6. Ideación suicida y personalidad.....	189
II.3.2.6. Matriz de correlaciones de las variables estudiadas.....	194
II.3.2.7. Predicción de la ideación suicida.....	197
II.3.2.8. Datos personales	201
II.4. Discusión de los resultados.....	210
II.5. Conclusiones.....	223
II.6. Referencias.....	229
ANEXOS.	
Anexo nº 1. Base del sondeo.....	244
Anexo nº 2. Contacto con las escuelas.....	250
Anexo nº 3. C.D.I: Children's Depression Inventory	252
Anexo nº 4. Escala de Desesperanza.....	257
Anexo nº 5. Entrevista Estructurada del Concepto de Muerte.....	261
Anexo nº 6. Escala de Autoestima	266
Anexo nº 7. C.D.R.S.: Children's Depression Rating Scale-Revised.	269
Anexo nº 8. Cuestionario de Datos Personales.....	292
Anexo nº 9. Spectrum of Suicidal Behavior.....	297

Anexo nº 10. Four Factor Index of Social Status	299
---	-----

I. LA IDEACIÓN SUICIDA EN LA INFANCIA.

I.0. INTRODUCCIÓN

No es habitual hablar de conductas suicidas en la infancia, sin embargo en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de publicaciones científicas que abordan este tema. El crecimiento de las tasas de suicidio consumado durante la adolescencia (Pfeffer, 1986) y un mayor número de consultas por intento de suicidio entre los jóvenes (Morandé & Carrera, 1985) han despertado interés y preocupación en la comunidad científica. Incluso, en algunos países, como Estados Unidos, el suicidio se ha convertido en una de las principales causas de muerte en los jóvenes de menos de 24 años (Pfeffer, 1986).

Por fortuna, los datos oficiales continúan confirmando que el suicidio consumado antes de los doce años es un fenómeno escaso. La frecuencia anual de suicidios consumados registrados en España, durante los años 1990 a 1994 (ver Tabla nº 1), en el grupo de edad igual o inferior a los doce años no supera los 7 casos, de los cuales ninguno se registró en Catalunya. En definitiva, el suicidio consumado antes de la adolescencia es infrecuente pero no inexistente. Sucede, sin embargo, que el suicidio infantil pasa desapercibido por el adulto porque lo desconoce o bien porque al no poderlo aceptar lo niega de manera involuntaria o inconsciente (Mazet, 1987).

Queda claro, por tanto, que el suicidio consumado y las tentativas de suicidio también ocurren antes de la pubertad. Es más, existen datos que revelan que un porcentaje bastante considerable de tentativas de suicidio las realizan niños cuya edad no supera los 12 años. En un estudio realizado por Gastaminza et al. (1984) en el que se examinaron 85 casos de niños y adolescentes (de 5 a 20 años), atendidos por intento de suicidio en centros hospitalarios de Barcelona, el 17,6% de las

tentativas correspondía a niños menores de 12 años, tres de los cuales tenían 5 años. Estos datos se aproximan a las cifras facilitadas por Marcelli (1978) que sitúan el porcentaje de tentativas de suicidio, en niños menores de 12 años, entre el 10 y 15% del total de los intentos realizados por niños y adolescentes.

Tabla nº 1: Suicidios registrados en España durante los años 1990 a 1994.

Grupo de edad inferior o igual a los doce años					
Sexo	1990	1991	1992	1993	1994
Niños	5	4	2	2	1
Niñas	2	0	1	0	0
Total	7	4	3	2	1

Respecto al suicidio consumado, parece ser que la edad más temprana con la que se registró oficialmente un suicidio en nuestro país correspondió a un niño de 6 años (Cobo, 1986). Contrariamente a lo que sucede en los demás grupos de edad, los índices de suicidio consumado antes de la pubertad permanecen estables. En España, la tasa anual de suicidio consumado se ha incrementado en los últimos años causando inquietud en la sociedad. Los datos aportados por Rodríguez-Pulido et al. (1991) relativos al suicidio en las Islas Canarias, informan de un importante aumento en el número de suicidios por cada 100.000 habitantes, pasando de los 6,81 del año 1977 a los 10,64 del 1983.

No obstante, nos preguntamos hasta qué punto estas cifras son un fiel reflejo de la realidad. Parece ser, que los datos de suicidio consumado facilitados por los institutos de estadística de cada país, comunidad autónoma, región o municipio no son fiables. Es más, según Toolan (1975) cerca del 50% de los casos de suicidio son

registrados como accidentes. Es bien sabido, que la mayor parte de las familias ocultan , si les es posible, los datos y echan tierra sobre tan enojoso asunto (Del Barrio, 1985). Por otro lado, existen factores distorsionadores de índole religioso y social que pueden variar las cifras. El suicidio es una conducta prohibida y castigada en muchas religiones y sociedades, lo que favorece su ocultación con la finalidad de evitar posibles represalias, la expulsión de la comunidad, la pérdida de prestigio o el rechazo social, tanto de los familiares de la víctima como del propio suicida.

Hawton & Osbron (1984) identifican cuatro posibles factores que pueden explicar la falta de comunicación o registro de los suicidios, como tales, en la infancia y en la adolescencia. En primer lugar, la relativa variedad o escasa frecuencia del evento en este grupo de edad puede provocar que se considere como poco probable que el fallecimiento de un niño sea consecuencia de un acto suicida. Ponen como ejemplo la importancia que pueden tener en una sociedad las creencias relacionadas con el suicidio, especialmente cuando consideran que los niños pocas veces cometen este tipo de actos. La existencia de estas ideas puede fomentar el registro de los actos suicidas como accidentales. Un segundo factor, sería la necesidad de proteger a las personas o instituciones de la ansiedad o el dolor que produce en ellas un veredicto de suicidio. En consecuencia, dichos acontecimientos podrían ser registrados como no suicidio, consciente o inconscientemente, con la finalidad de salvaguardar a esas personas. En muchas ocasiones, los padres no solamente sufren la pérdida de su hijo sino que además se sienten culpables del suicidio, por lo que el fallecimiento se registra como accidental o de causa no determinada con la finalidad de proteger sus sentimientos. Como tercer factor, estarían las creencias religiosas de un estado o sociedad. La Iglesia Católica, por ejemplo, ha considerado durante mucho tiempo el suicidio como un "pecado mortal" lo que puede haber favorecido un menor registro oficial de los suicidios en aquellos países en los que predomina esta religión. Y finalmente, señalan un cuarto factor que se referiría a la

considerable variación , que se detecta a nivel internacional, en la preparación o aptitud médica y/o legal de los oficiales o personas encargadas de realizar los registros y averiguar las causas de la muerte.

Como ejemplo de lo expuesto véase la tabla nº 2 que reproduce los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística de España, relativos a los suicidios consumados registrados durante los años 1990 a 1994. En la mayoría de los casos no consta la causa del suicidio.

Tabla nº 2.						
Grupo de edad igual o inferior a los 12 años.						
Causas que motivaron el suicidio.						
Sexo	Causas	1990	1991	1992	1993	1994
Niños	Estados psicopáticos	-	1	-	1	-
	Disgusto doméstico	-	-	-	-	-
	Otras Causas	2	1	-	-	-
	No consta	3	2	2	1	1
Niñas	Estados psicopáticos	-	-	-	-	-
	Disgusto doméstico	-	-	1	-	-
	Otras Causas	1	-	-	-	-
	No consta	1	-	-	-	-

Datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística

Por otro lado, los datos proporcionados por investigaciones recientes revelan que los pensamientos suicidas durante la infancia son más habituales de lo que sería de esperar, si bien ciertamente en menor frecuencia que en la adolescencia pero en una proporción que no deja de ser inquietante.

Parece ser que, contrariamente a lo que creen muchos adultos, el suicidio infantil no es normalmente un acto impulsivo, que aparece de repente, sino que, como demuestra la evidencia empírica, los niños pueden mantener durante largo tiempo sus ideas suicidas e incluso los planes para llevar a cabo el suicidio (Pfeffer, 1986). En un estudio de seguimiento realizado por Domènech, Canals & Fernández-Ballart (1992) se observó que después de 3 años el 27% de las niñas y el 18,4% de los niños persistían en sus pensamientos suicidas.

En definitiva, el suicidio consumado, las tentativas y la ideación suicida son una realidad en la infancia, que si bien es difícil de aceptar, requiere una atención especial por su transcendencia e importancia en edades más avanzadas, especialmente en la adolescencia cuando las tasas de suicidio se incrementan considerablemente. No obstante, se plantean diversas cuestiones con relación a las conductas suicidas durante la infancia. La primera de ellas es bastante obvia y hace referencia al grado de comprensión de ciertos conceptos que son necesarios para que la conducta de un individuo sea considerada como suicida. Me refiero al concepto de muerte, al conocimiento que tiene el niño de que la muerte es un acto que implica un cambio permanente e irreversible, y que supone, en definitiva, el fin de su existencia. Si por razones de diversa índole (intelectuales, evolutivas etc.) el niño no tiene todavía completamente adquirido este concepto es lógico pensar que su conducta no sea considerada como suicida a pesar de que sus actos constituyan un grave riesgo para su integridad física.

Todas estas cuestiones y otras más que irán apareciendo las iremos debatiendo a lo largo de las páginas siguientes, pasando revista a los datos aportados por las investigaciones más recientes. Asimismo, intentaremos abordar otros temas, algunos de ellos bastante complejos, como son la evaluación de la conducta suicida, los factores de riesgo y las diferentes variables que pueden explicar la aparición de la conducta suicida. Todo ello lo trataremos desde una perspectiva

abierta e integrativa dado que el abordaje del suicidio en la infancia requiere la consideración de diversos factores. La implicación de variables biológicas, sociales y psicológicas conlleva la necesidad de acometer el estudio del suicidio desde la interdisciplinariedad. De otra manera sería bastante difícil llegar a una comprensión real de la conducta suicida en la infancia.

1.1. DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.

Los primeros trabajos científicos sobre el suicidio infantil se inician en el siglo XIX con la aparición, en las revistas alemanas y francesas de la época, de las primeras descripciones psiquiátricas de la conducta suicida en la infancia (Pfeffer, 1986). Sin embargo, el término suicidio ya había sido utilizado dos siglos antes, en 1651 por Walter Charleton y en 1642 por Tomás Wroune (Polaino, 1988).

Años más tarde, Emile Durkheim publica en 1897 su obra "El Suicidio" y lo define como " todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado". Considerado como uno de los grandes referentes clásicos, Durkheim formula una definición bastante clara y acertada, pero todavía no lo suficientemente exhaustiva. Si bien resalta la intencionalidad y conciencia de quien realiza el acto no contempla otros posibles supuestos.

Otra aspecto importante de la obra de Durkheim es la identificación de tres categorías o tipos elementales de suicidio: el egoísta ("cuando los hombres no perciben ya la razón de estar en la vida"), el altruista ("de que esta razón les parece estar fuera de la misma vida") y el anónimo ("de que su actividad está desorganizada y de lo que por esta razón sufren"). De ellos a su vez se derivan tres tipos mixtos: suicidio ego-anómico (que se caracteriza por una mezcla "de agitación y apatía; de acción y de ensueño"), el anómico-altruista (descrito como "efervescencia exasperada") y el suicidio ego-altruista (definido como "melancolía atemperada por una cierta firmeza moral").

No obstante, existen otras cuestiones que van más allá del acto en sí y que es preciso tomar en consideración. Me refiero a las verbalizaciones, ideas, amenazas, pensamientos y deseos de morir o hacerse daño que si bien no producen o causan un perjuicio en la persona , implican una intencionalidad o un deseo de acabar con la

existencia de uno mismo, por tanto, es razonable plantear la necesidad de que también formen parte de lo que entendemos por suicidio.

I.1.1 Clasificación de las conductas suicidas.

Existe una gran diversidad de términos utilizados para referirse a las conductas suicidas: tentativa de suicidio, ideación suicida, parasuicidio, equivalentes suicidas etc. Esta variedad de vocablos puede crear confusión y obliga en cierta medida a buscar una única clasificación con la finalidad de poder contrastar y comparar los hallazgos obtenidos a través de la investigación. Con este objetivo, Pfeffer (1986) propone una definición del suicidio que parte de la idea de la existencia de un continuum o espectro de la conducta suicida que iría desde la ideación suicida hasta el acto consumado, incluyendo las amenazas y las tentativas. Este espectro, basado principalmente en la observación de la conducta, sugiere que existe un continuo de la severidad de la conducta suicida. En otras palabras, la persona que exhibe una conducta suicida grave también presenta niveles de menor gravedad en este espectro. O lo que es lo mismo, que un sujeto que realiza una tentativa suicida también tiene ideación suicida. Asimismo considera que la definición de la conducta suicida en los niños es similar a la del adulto, con la salvedad de que en el niño no es necesaria la comprensión de la finalidad de la muerte pero si la existencia de un concepto de muerte idiosincrásico. Así, Pfeffer (1986) define la conducta suicida como *toda conducta autodestructiva que supone un intento grave de producir un daño a uno mismo o causar la muerte.*

Reynolds (1987) ,en esta misma línea, describe también un continuum de cogniciones y conductas suicidas que van desde la ideación hasta la consumación o conclusión del acto suicida. En comparación con Pfeffer, Reynolds precisa todavía

más e incluye dentro de la ideación suicida las siguientes cogniciones: la ideación mórbida, los pensamientos de muerte, los deseos de no haber nacido, los deseos de estar muerto, el suicidio como una retribución o castigo para los otros y los pensamientos de matarse en general o los específicos, en los que el sujeto ya tiene establecidos o pensados unos planes o métodos que puede utilizar para acabar con su existencia.

Algunos centros como "The National Institute of Mental Health (NIMH) Center for Studies of Suicide Prevention", han desarrollado métodos o sistemas de clasificación con la finalidad de utilizar una terminología consensuada en la investigación del riesgo de suicidio. Este instituto propone un sistema de clasificación tripartita: ideación suicida, tentativa de suicidio y suicidio consumado (Beck et al. 1973), en la que la tentativa de suicidio, la letalidad médica, el método utilizado o el suicidio consumado son subdivisiones de estas tres categorías.

En lo que concierne al término de ideación suicida, Beck (1986) la define como la existencia de pensamientos y deseos de suicidio, pero en ausencia de planes o actos para causar daño a uno mismo. Considera además que la ideación suicida incluye amenazas de suicidio, preocupación suicida, expresión directa del deseo de morir e indicadores indirectos de planificación del suicidio. Otros autores como Domènech et al. (1995), la definen como el deseo de muerte y el pensamiento de querer matarse. La definición de algunos términos, y en nuestro caso el de la ideación suicida, generalmente viene determinado por la definición operativa utilizada en una investigación o estudio, que a su vez se deriva del instrumento de medida utilizado. Con el uso de entrevistas o escalas de depresión para identificar la ideación suicida, en muchas ocasiones, como en Velez & Cohen (1988) por citar un ejemplo, no existe un criterio claro y la ideación se define en función del tipo de respuesta dada en una o varias preguntas. No es infrecuente, por tanto, encontrar una definición de la ideación suicida que venga determinada por el instrumento con que

se ha evaluado, generalmente autoinformes de sintomatología depresiva. Un claro ejemplo de ello, es el considerar las respuestas dadas en el ítem 9 del "Children's Depression Inventory" (Kovacs, 1983), como indicadoras de la presencia o ausencia de ideación suicida, por lo que se diferencia la intencionalidad o no de tales ideas en función de la respuesta seleccionada, y se considera la presencia de ideación suicida cuando el sujeto selecciona una de las dos respuestas que puntúan en este ítem.

Aparte de los actos que acabamos de describir, existen también ciertas actitudes o conductas que implican un alto riesgo para el individuo pero en los que no se observa intencionalidad o consciencia de peligro. El consumo de alcohol y tabaco en exceso, la conducción temeraria, la realización de prácticas sexuales consideradas como de alto riesgo cuando no se toman precauciones para evitar el contagio del SIDA, la práctica de deportes o actividades de alto riesgo, pueden ser consideradas, en cierto modo y especialmente las tres primeras, como conductas suicidas. En este sentido, algunos accidentes registrados como tales quizás en el fondo están encubriendo un acto suicida. Marcelli & Braconnier (1986) se refieren a estas conductas y las designan con el nombre de "equivalentes suicidas", (concepto que por otra parte ya ha sido planteado por Menninger (1938) y utilizado por otros autores), definiéndolas como " un conjunto de conductas en el curso de las cuales la vida del individuo está en peligro desde el punto de vista de un observador externo, pero en las que el adolescente niega el riesgo que corre". Hace poco la prensa local de Girona (Punt Diari , día 10-01-96; página 28) se hacía eco de la muerte de un niño de 13 años que había sido arrollado por un tren. Las investigaciones de la policía y las informaciones facilitadas por algunos testimonios que presenciaron el suceso desvelaron las circunstancias del accidente. Según los testimonios, la víctima junto con un compañero participaban en un arriesgado juego consistente en comprobar quien era el más valiente y aguantaba más tiempo de espaldas al tren y en el centro

de la vía mientras éste se aproximaba, todo ello delante de tres jóvenes espectadoras que presenciaron el fatal desenlace. Este arriesgado juego, llamado "ir a la vía" era frecuente, según parece, entre los jóvenes y se repetía periódicamente con diferentes modalidades (levantados delante del tren, de espaldas, sentados, estirados en la vía etc.). A este tipo de fenómenos también se refería Shneidman (1976) con el término muerte subintencionada, diferenciándola de la muerte no intencionada o natural y de la intencionada o suicidio.

Finalmente, otro término utilizado con bastante frecuencia es el de "parasuicidio". La palabra "parasuicidio" se suele emplear para referirse a las tentativas de suicidio y diferenciarlas básicamente del suicidio consumado. Como muy bien señalan Sarró & de la Cruz (1991) en el concepto de parasuicidio se elimina el criterio de la intencionalidad de morir y su funcionalidad no es otra que la de conseguir cambios deseados en la conciencia y/o en las condiciones sociales. En definitiva se suele utilizar el termino parasuicidio cuando se considera que el individuo lo que en realidad pretende es llamar la atención.

1.1.2 Resumen.

Se considera que existe un espectro de la conducta suicida que incluye la ideación suicida, las amenazas, las tentativas y el suicidio consumado. Dicho espectro, idéntico en los niños, adolescentes y adultos, implica que toda verbalización y/o pensamientos de deseos de morir así como la realización de cualquier acto que pueda causar en el niño una lesión grave o producir la muerte, sea entendida como una conducta suicida. Sin embargo, el concepto que tiene el niño de la muerte puede diferir del adulto, al no tener todavía el mismo nivel de comprensión. Lo cual, a su vez

no impide que podamos valorar tales actos como suicidio en los niños, siempre y cuando exista una idea propia de la muerte.

Asimismo, en función de la intencionalidad se pueden considerar las tentativas como tales, cuando el sujeto desea realmente quitarse la vida, o como "parasuicidio" cuando lo que intenta es llamar la atención de los demás. De igual manera, según el nivel de conciencia del acto se puede hablar de "suicidio consumado", cuando la víctima deseaba conscientemente la muerte, y de "equivalente suicida" o "muerte subintencionada", por utilizar los términos anteriormente mencionados, en aquellos casos en los que se realizan acciones o conductas en las cuales el sujeto pone en peligro su vida o ha fallecido como consecuencia de ellas, sin que existan evidencias claras de intencionalidad o conciencia de ello.

I.2. CONCEPTO DE MUERTE .

La idea que tiene el niño de la muerte es un factor que adquiere un papel relevante en el estudio de la conducta suicida en la infancia y la adolescencia. Como muy bien afirma el profesor Polaino (1988) "si este concepto es incorrecto o insuficiente, resulta arriesgado juzgar como suicidio un acto que acaso no lo sea, por no existir la voluntad expresa de quitarse la vida". Así pues, de acuerdo con Ajurriaguerra (1980) "es difícil abordar la patogenia del suicida sin tener en cuenta lo que a esa edad representa la vida y la muerte en relación consigo mismo y con los demás". En definitiva, y utilizando las palabras de Toro (1988) "para que un niño desee alcanzar una muerte real es imprescindible que conozca qué es morir realmente".

I.2.1 La muerte: Definición y sub-conceptos.

El concepto de muerte es multidimensional (Orbach et al. 1987) y presupone la comprensión de tres conceptos fundamentales: universalidad, irrevocabilidad y cesación de los procesos corporales (Polaino, 1988). Si bien estos tres conceptos han sido los más estudiados (Speece & Brent, 1984) algunos autores como Kane (1979) llegan a distinguir hasta 10 componentes del concepto de muerte.

La palabra muerte deriva del latín (mors, mortis) y significa, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (1970) "la cesación o término de la vida; la separación del cuerpo y del alma". Asimismo, diferencia tres clases de muerte: la muerte natural ("la que viene dada por enfermedad y no por lesión traumática"), la senil ("que se produce en la vejez o decrepitud sin accidente ni

enfermedad, por lo menos en apariencia"), y la violenta (" la que se ejecuta privando de la vida a una persona con veneno u otros instrumentos").

Kane (1979) ha sido quizás uno de los autores que más sub-conceptos de muerte ha identificado y definido; concretamente los diez que transcribimos a continuación:

- a) **Realización o comprensión:** conciencia de la muerte como algo que puede suceder a alguien.
- b) **Separación:** lugar donde se hallan los muertos; incluye todas las ideas o creencias relacionadas con la localización del difunto (ej. : en los árboles, debajo del suelo etc.)
- c) **Inmovilidad:** noción de falta de movimiento o inactividad. El niño puede pensar que una persona que ha fallecido permanece inactiva o activa.
- d) **Irrevocabilidad:** idea del estado permanente o irreversible de la muerte. La muerte puede ser entendida como un proceso irreversible, o bien como una condición temporal o reversible.
- e) **Causalidad:** creencias relacionadas con las causas que producen el fallecimiento de un ser vivo. Pueden ser *internas* (un ataque al corazón, una enfermedad etc.) o *externas* (asesinato, accidente etc.), o bien una combinación de ambas.
- f) **Disfuncionalidad:** cesación de las funciones corporales y sensoriales del difunto. Se puede creer que la actividad del organismo de una persona que ha fallecido permanece total o parcialmente activa.
- g) **Universalidad:** la muerte es un fenómeno universal. El niño puede pensar que la muerte no afecta a todos los seres vivos o que hay excepciones.
- h) **Insensibilidad:** Repertorio de creencias relacionadas con las funciones mentales y sensoriales del difunto , tales como el soñar, sentir, pensar y oír. El niño puede creer que una persona que ha fallecido mantiene total o parcialmente activas las funciones mentales y/o sensoriales.

- i) **Apariencia o aspecto:** es la visión del estado o aspecto que presenta un difunto. Se puede pensar que alguien que ha muerto conserva un aspecto diferente del que tenía antes, cuando estaba vivo. O bien todo lo contrario, es decir, que mantiene la misma apariencia.
- j) **Personificación:** imagen simbólica que tiene el niño de la muerte. Persona, cosa u objeto que representa la muerte.

De acuerdo con Kane (1979), para lograr una correcta valoración del grado de comprensión que tiene el niño de la muerte, es imprescindible la evaluación de estos diez componentes. Sin embargo, Speece & Brent (1984), después de realizar una exhaustiva y detallada revisión bibliográfica de 36 estudios sobre el concepto de muerte en el niño, llegaron a la conclusión de que los sub-conceptos estudiados con más frecuencia eran universalidad, cesación de los procesos corporales e irrevocabilidad, y los definieron de la siguiente manera:

- **Irreversibilidad:** noción de la imposibilidad de volver a la vida después de la muerte.(Otros términos utilizados para referirse a esta idea son la muerte como final, la muerte como irrevocable y la muerte como permanente) .
- **No funcionalidad:** conocimiento del cese de las funciones vitales del organismo después de la muerte. Existen otros términos alternativos como disfuncionalidad y cesación.
- Universalidad:** conciencia de que todo ser vivo debe morir. Otros términos utilizados son, la muerte como una posibilidad inmediata, la muerte como un acontecimiento personal e inevitable.

Si bien ciertamente estos tres sub-conceptos son los más estudiados en la literatura especializada , quizás sería conveniente contemplar un cuarto componente del concepto de la muerte. Me refiero a la causalidad o a la idea que tiene el niño de las causas que provocan la muerte de un ser vivo. Definida en los mismos términos

utilizados por Kane (1979) puede ser de gran interés y utilidad en el estudio del suicidio infantil.

1.2.2 Desarrollo del concepto de muerte en el niño.

La literatura que se inscribe dentro del marco de la psicología evolutiva proporciona suficiente información sobre la formación en el niño de una percepción real de la muerte. Parece ser que hasta los doce años el niño no logra tener una idea lo suficientemente clara de lo que significa en realidad la muerte. No obstante, existen datos que confirman que el concepto de muerte se puede adquirir antes de dicha edad. Otra cuestión diferente serían las actitudes ante la muerte, que como muy bien afirman Newman & Newman (1979) suponen un proceso continuo que se inicia en la infancia y no está totalmente resuelto hasta la edad adulta. En este apartado no hablaremos de actitudes sino que nos limitaremos a describir las diferentes fases o etapas del desarrollo del concepto de muerte en el niño.

Se pueden diferenciar dos grandes líneas de investigación en el estudio del proceso de adquisición del concepto de muerte en el niño. En primer lugar, la formada por aquellos autores que han intentado describir este desarrollo a través de etapas o estadios, como hicieron Kane (1979), Cousinet (1939), etc., y una segunda compuesta por aquellos investigadores como Gesell (1963), Lewis (1984) entre otros, que dentro de una trayectoria puramente descriptiva han establecido el grado de comprensión para cada edad. Por otro lado, también es cierto que resulta relativamente fácil hallar manuales que no contemplen el estudio y/o descripción de este proceso.

Arnold Gesell (1963), es quizás uno de los autores que describe con mayor detalle el desarrollo del concepto de la muerte en el niño. Después de observar y anotar, durante varios años, la noción que tiene el niño de la muerte a cada edad, consigue narrar este proceso tal como transcribimos a continuación:

Desarrollo del Concepto de Muerte en el Niño según A. Gesell

A los cinco años el niño parece reconocer vagamente el carácter último de la muerte y quizás hable de ella como "el fin". A esta edad la persona muerta carece de atributos vivientes y relaciona la vejez con la muerte, si bien no concibe aún su propia muerte.

A los seis años, la muerte le preocupa. Teme que su madre muera y comienza a tener conciencia de las muertes que puedan producirse entre sus parientes o entre la gente de su círculo más inmediato. De este modo, trata de penetrar en las causas de estas muertes. Además de morir de vejez, considera otras posibles causas de mortalidad, como por ejemplo el asesinato. También establece una ligera relación entre enfermedad, medicamentos, hospitales y muerte.

El niño de seis años podrá pensar que existe un proceso reversible en la muerte y por tanto que se puede volver a la vida después de la muerte.

A los siete años el niño tiene un concepto de muerte análogo al de seis años, pero más pormenorizado, más realista y más reflexivo. Todavía no es capaz de aceptar la muerte como un proceso biológico. Se preocupa menos por la muerte de la madre y comienza a comprender que él también morirá algún día, aunque generalmente niega que esto pueda suceder.

A esta edad, aumentan continuamente la comprensión de las diversas causas posibles de la muerte. Ya no se culpa de ella enteramente a los actos de violencia o de agresión. Enfermedades, vejez, excesos en las comidas, se consideran como otras tantas causas posibles.

El niño de ocho años acepta la muerte en gran medida como cosa natural a menos que, como es lógico, se produzca la muerte de alguna persona muy cercana a él. La mayor parte de los niños de esta edad han aceptado, fríamente el hecho de que todo el mundo aun ellos mismo, morirán algún día.

A la edad de nueve años la muerte se concibe por lo general más estrechamente ligada al proceso de morir. Quieren saber como "se deja de respirar" y como desaparece el pulso y en qué consiste el hecho de que una persona ya no viva.

Finalmente, el niño de 10 años acepta el hecho de que toda la gente muera y, tal como comprueba por la observación y la experiencia, que la muerte sobreviene mucho después de pasada su edad. Sabe ya que después de la muerte el cuerpo se desintegra con el tiempo o se "momifica", pero no le dedica mucha atención.

Esquemáticamente podríamos representar el proceso de adquisición del concepto de muerte según Gesell (1963), de la siguiente manera:

EDAD	CONCEPTO DE LA MUERTE
1 a 3 años	Comprensión escasa o nula de la idea de muerte.
4 años	Concepto muy limitado de la muerte. Usa la palabra con una noción muy vaga de su significado. No la relaciona con una emoción determinada.
5 años	El concepto se hace más pormenorizado, correcto y realista. Existe cierto reconocimiento del carácter final de la muerte, "el fin". Aunque quizás piense que se trata de un proceso reversible (5 ½ años.). Reconoce la inmovilidad de la muerte. La muerte esta relacionada con la edad.
6 años	Nueva percepción de la muerte. Comienzo de respuesta emocional a la idea de la muerte. Le preocupa la posibilidad de que la madre muera y le abandone. Relaciona con la muerte el acto de matar, la enfermedad y los hospitales, así como la vejez. No cree que él llegue a morir.
7 años	Tiene una mejor comprensión y una visión más realista y pormenorizada. Tiene un interés más acentuado por las causas de la muerte. Piensa aún en la muerte en términos de experiencia humana específica. Nuevas relaciones de la vejez con la muerte: los más viejos mueren antes. Sospecha que también habrá de morir.

EDAD	CONCEPTO DE LA MUERTE
8 años	Generalmente, refiere la muerte sólo a la humanidad, aunque antes incluía a otras especies. Siente que comprende mejor el concepto de muerte. Quizás acepte el hecho de que todo el mundo muere, incluido él.
9 años	Hace referencia a fundamentos lógicos o biológicos: "falta de vida", "cuando uno no tiene pulso ni temperatura y ya no puede respirar". Acepta en forma realista el hecho de que morirá algún día, cuando sea mayor. En la mayoría de los niños de esta edad, no hay un interés marcado por la muerte.
10 años	Acepta el hecho de que toda la gente muere. La muerte es algo que sobreviene mucho después de pasada su edad. Sabe ya que después de la muerte el cuerpo se desintegra con el tiempo o se "momifica". Algunos especulan sobre la posibilidad de otros cambios, una vez ocurrida la muerte,

Kane (1979) en una línea diferente a la de Gesell , intenta identificar las etapas del desarrollo cognitivo del concepto de muerte en el niño. Estas etapas o estadios las vincula con las etapas del desarrollo cognitivo descritas por Piaget.

Kane (1979) identifica tres estadios:

- **Estadio uno:** El niño piensa acerca de la muerte en términos de estructura. La mayoría de los niños ya tienen adquiridos tres componentes: realización, separación e inmovilidad. Estos componentes se manifiestan al mismo tiempo pero con independencia.

El niño de este estadio es egocéntrico y se caracteriza por su pensamiento mágico.

- **Estadio dos:** El niño tiene una visión específica y concreta de la muerte. La muerte provoca el cese de la actividad corporal.

El pensamiento del estadio dos se caracteriza por la realidad y el comienzo del pensamiento lógico. Se observa un mayor desarrollo de la realización, separación e inmovilidad, así como la aparición y desarrollo de los seis componentes restantes:

irrevocabilidad, causalidad, disfuncionalidad, universalidad, insensibilidad y apariencia.

Al inicio del estadio dos, el niño cree que la muerte tiene una causa externa y posteriormente incorpora la causalidad interna. Empezado el estadio dos, el niño solamente se da cuenta de las disfunciones más obvias (" los muertos no pueden comer o hablar"). Posteriormente comprende las disfunciones menos evidentes (" los muertos no pueden ver u oír ").Y más tarde reconoce las disfunciones más sutiles ("los muertos no pueden tener frío ni oler las flores"... " los muertos no pueden soñar o saber que están muertos").

Cuando el niño empieza a interrelacionar los componentes o sub-conceptos de la muerte se inicia el estadio tres.

- **Estadio tres.** En esta etapa el niño ya es capaz de pensar en la muerte en términos abstractos. Aunque su pensamiento es lógico y reconoce la realidad, puede especular sobre cuestiones existenciales de la vida y la muerte.

Para el niño de este estadio, la muerte es un estado de disfuncionalidad cuyas causas son de origen interno. La inactividad, disfuncionalidad y la insensibilidad son condiciones de la muerte.

Estos tres estadios, según Kane (1979), emergen por igual en todos los niños, siguiendo la misma secuencia y desarrollándose, en un proceso de evolución lento, a partir del estadio anterior. Cada una de estas tres etapas se corresponden con los estadios descritos por Piaget: el primero con el estadio preoperacional (el niño piensa en términos de estructura), el segundo con el estadio de las operaciones concretas (el niño piensa en términos de función) y el tercero con el estadio de las operaciones formales (el niño piensa en términos de abstracción).

Cousinet (1939) , distingue cuatro etapas diferentes en el desarrollo del concepto de muerte en el niño. En la primera, el niño es incapaz de comprender el problema de la muerte. Durante la segunda etapa el niño percibe la muerte como una ausencia, una larga enfermedad o una desaparición formal. Paulatinamente, en la tercera etapa, la muerte se integra en la imagen que tiene del mundo a través de los elementos sociales concretos con los que se manifiesta ante el niño (lutos, funerales, ceremonias etc.). Finalmente, en la cuarta etapa (antes de la adolescencia) se consolida la idea de su irremediable destrucción.

Sin embargo las ideas de Cousinet han sido debatidas por otros autores, como muy bien recoge Ajuriaguerra (1980), que consideran que el proceso de adquisición del concepto de la muerte en el niño es a la inversa de como lo describe este autor. Es decir, que se pasa de lo concreto a lo abstracto y no al revés. Algunos investigadores como Koocher (1974) consideran que la percepción de la muerte es un ejemplo específico del desarrollo cognitivo descrito por Piaget. No obstante, no existe un total acuerdo con esta afirmación ya que en opinión de Speece & Brent (1984) es improbable, en principio, proporcionar un esquema completo de la comprensión de la muerte en el niño, desde la teoría Piagetiana, dado que es necesario un modelo que contemple simultáneamente el aumento en el conocimiento de una materia y el desarrollo de habilidades de razonamiento independientes del contexto. Un ejemplo de la no entera vinculación entre el desarrollo cognitivo descrito por Piaget y la comprensión de la muerte en el niño son los resultados obtenidos por White, Elsom & Prawat (1978) en los que se observó que la comprensión del concepto de universalidad era atribuible al desarrollo cognitivo mientras que los de irrevocabilidad y cesación de los procesos corporales no estaban relacionados con dicho desarrollo. Según estos autores existía una relación entre el pensamiento operacional-concreto del niño y la comprensión de la

universalidad de la muerte, pero no entre los demás sub-conceptos y los estadios evolutivos.

Otro punto de vista, sería el defendido por los seguidores de Vigotsky (1962) que afirman que ciertos conceptos se desarrollan espontáneamente a través del propio esfuerzo mental del niño, mientras otros son adquiridos a través del aprendizaje. De este modo el aprendizaje del concepto de universalidad estaría más vinculado al conocimiento espontáneo, que se funda en la experiencia, mientras que otros podrían tener su génesis y formación específicamente en el aprendizaje.

Finalmente, Orbach et al. (1985) consideran el desarrollo del concepto de muerte desde dos enfoques distintos. El primero estaría representado por Mitchell, y se basaría en la comprensión de la muerte a través de las oportunidades que tiene el niño de contemplar la muerte de los animales. La observación de la muerte en la naturaleza se generalizaría y se transferiría a su conocimiento de la muerte humana y personal. La segunda estaría representada por Anthony, y partiría de la idea de que la comprensión de la muerte en el niño es el fruto de sus experiencias relacionadas con la muerte, como por ejemplo el fallecimiento de su padre, un amigo o un familiar. Entonces el niño generalizaría y relacionaría sus experiencias con la muerte de cualquier ser vivo. Por otra parte, según Orbach et al. (1985), la comprensión del complejo y abstracto concepto de muerte requiere la habilidad para distinguir entre lo animado y lo inanimado, tener adquirido el sentido de la constancia del objeto, diferenciar correctamente los objetos propios de los impropios y contemplar el tiempo en un único sentido o dirección (del pasado al futuro, pasando por el presente).

Cuando se trata de precisar una edad a partir de la cual podamos considerar con toda seguridad que el niño ya entiende el significado de la muerte, la mayoría de autores se inclinan por señalar entre los 10 y los 12 años. Sin embargo no todos los puntos de vista son coincidentes y varían en función del marco teórico de referencia así como de los criterios utilizados para establecer la edad de corte. Nagy (1948), por

ejemplo, después de estudiar una muestra de 378 niños de 3 a 10 años concluyó que solamente a la edad de nueve años el niño comprende que la muerte supone la cesación de la vida corpórea y que es un proceso que se distingue por ser universal, si bien a la edad de 4 años cerca de un 50% entiende que la muerte es irreversible. Childers & Wimmer (1971) entrevistaron 75 niños de 4 a 10 años sobre la universalidad e irrevocabilidad de la muerte. Las respuestas de los sujetos indicaron que la comprensión de la muerte como universal se establece después de los 9 años, no pudiendo fijar sin embargo, el punto cognitivo para la irrevocabilidad. Asimismo, los resultados indicaron que la percepción de la muerte como un acontecimiento universal depende de la edad.

McIntire, Angle & Strumpler (1972) estudiaron el concepto de muerte en una muestra de 548 niños de 5 a 16 años, hallando que los niños a los que se les había muerto un animal de compañía comprendían la irreversibilidad entre los 7-9 años. Además, observaron que los niños de escuelas católicas y protestantes aceptaban mayoritariamente a los 7 años que la muerte era un proceso que implica la cesación de toda actividad corporal. Sin embargo a los 8 años esta idea estaba menos admitida al aumentar, como consecuencia de la formación religiosa recibida, las creencias de la inmortalidad espiritual.

Koocher (1974) estudió el concepto de muerte en una muestra de 75 niños de 6 a 15 años y concluyó que las ideas acerca de la muerte son diferentes según el nivel de edad.

Kane (1979) en una muestra de 122 niños de 3 a 12 años observó que a partir de los 8 años el niño es capaz de mostrar las mismas ideas acerca de la muerte que el adulto y que, después de los 6 años, las experiencias del niño con la muerte pueden acelerar el desarrollo de estos conceptos.

Orbach et al. (1985) a partir de una muestra de 137 escolares distribuidos en tres grupos de edad (6 a 7 años, 8 a 9 y 10 a 11 años), concluyeron que la

adquisición del concepto de muerte requiere una cierta maduración cognitiva, pero cuando se alcanza esta maduración, la comprensión de la muerte puede estar interferida por altos niveles de ansiedad. Asimismo, algunas distorsiones del concepto de muerte pueden reflejar una carencia de conocimiento mientras que en otros casos pueden ser debidas a un proceso defensivo.

Urraca (1985) analizó los conceptos y actitudes de los niños, jóvenes, personas de mediana y tercera edad sobre el morir y la muerte. Los resultados indicaron que a partir de los 7/8 años los niños aceptan la realidad de su muerte y empiezan a pensar mayoritariamente en la universalidad de la muerte. Concluyó que a esta edad ven la muerte como algo definitivo.

Lazar & Tomey-Purta (1991) entrevistaron 99 niños de 6 a 7 años pertenecientes a escuelas parroquiales, con la intención de valorar el grado de adquisición de los conceptos de universalidad, irreversibilidad, cesación y causalidad. Los resultados indicaron que los cuatro subconceptos no se desarrollan por igual, y en consecuencia, según Lazar & Tomey-Purta (1991), deben ser estudiados por separado. También observaron que el niño primero comprende los subconceptos de irreversibilidad e inevitabilidad, y que ambos se desarrollan independientemente. Sin embargo, es necesario que el niño comprenda uno de estos dos subconceptos para que pueda entender los de cesación y/o causalidad. Este patrón de desarrollo varia en función del objeto referente, humano o animal, de tal manera que tres de los cuatro subconceptos se comprenden mejor cuando se relacionan con la muerte humana. Cesación fue el único subconcepto que se comprendía mejor cuando el objeto referente era animal.

Finalmente en mi trabajo de investigación, dirigido por la Dr^a. E. Domènech y como parte del curso de doctorado " Depresión y Epidemiología" (Viñas, 1990) entrevistamos a 123 niños de 5 a 10 años de la población escolar de Palafrugell (Girona) y observamos que el 54,5% de los niños de edad inferior a los 7 años creía

que la muerte era un hecho universal que afectaba a todos los seres vivos. A partir de los 8 años el 81,4% de los niños evaluados tenía la misma percepción de la muerte. El análisis de los datos reveló que la comprensión de la universalidad de la muerte estaba relacionado con la edad. Asimismo, el 75,8% de los niños de menos de 7 años pensaba que la muerte era un proceso irreversible, mientras que el 34,9% de los niños de más de 8 años todavía creían en la reversibilidad de la muerte. Curiosamente, las niñas fueron las que pensaron más en la posibilidad de volver a la vida después de la muerte en otra forma. La interpretación que dimos de estos resultados fue similar a la de McIntire, Angle & Strumpler (1972) en el sentido de que estas ideas pueden venir explicadas por la educación espiritual recibida. Se daba la circunstancia que la mayoría de los niños que se manifestaron en estos términos pertenecían a una escuela religiosa. Por lo que se refiere al concepto de cesación de los procesos corporales, hallamos que solo el 42,4% de los niños de menos de 7 años entendían la muerte como un proceso que implica la cesación de toda actividad corporal, frente al 70,2% y 67,4% de los niños de 7 a 8 años y más de ocho años respectivamente. En cuanto al concepto de causalidad observamos que conforme aumentaba la edad se incrementaba el número de respuestas dadas de muerte natural en cada uno de los tres supuestos presentados: muerte personal, impersonal y animal. Es decir, que los niños de mayor edad atribuían con más frecuencia la muerte a causas naturales (enfermedad, vejez etc.) versus los más pequeños que la atribuían preferentemente a causas violentas (asesinato, accidente etc.). Finalmente, constatamos que de los 37 niños de 3º E.G.B. entrevistados, solo 8 no supieron dar una definición correcta de la palabra suicidio.

1.2.3 El concepto de muerte en el niño suicida.

Algunos estudios se han centrado en la valoración de la comprensión de la muerte en aquellos niños que han realizado conductas suicidas. La comparación de estos niños con grupos controles no suicidas han aportado datos de gran interés que revelan la existencia de distorsiones del concepto de muerte en el niño suicida. En el estudio anteriormente comentado de McIntire, Angle, & Strumpler (1972), los investigadores incluyeron en la entrevista una pregunta que hacía referencia a la existencia del deseo de morir. Observaron que el 40% de los encuestados afirmó haber deseado estar muerto ocasionalmente y un 3% frecuentemente, siendo la edad de estos últimos superior a los 10 años. El concepto de muerte en el grupo de niños con deseos frecuentes de morir era más bien poco real, en comparación con el resto de sus compañeros, manifestando más fantasías (particularmente de reencarnación) y creencias de reversibilidad y "conciencia" después de la muerte. Evidentemente cabe preguntarse si esta negación de la muerte como un proceso que implica un final definitivo se debe a una inmadurez cognitiva o más bien a otros posibles factores que pudiesen explicar la existencia de tales fantasías. La respuesta quizás nos la pueden proporcionar Orbach et al. (1978, 1979, 1984) y Carlson et al. (1987).

En un primer estudio Orbach & Glaubman (1978), verificaron la hipótesis de que los niños que muestran una conducta suicida presentan una visión particular de la muerte. Para ello compararon tres grupos de niños, de 10 a 12 años: agresivos, suicidas y normales. Los resultados indicaron que los tres grupos diferían con relación al concepto de muerte. Los niños suicidas daban más respuestas de suicidio cuando se les preguntaba por las causas de la muerte y hablaban, con más frecuencia que los otros grupos, de vida después de la muerte y de la resurrección. Por otro lado, los niños normales y agresivos enfatizaron la finalidad e irreversibilidad de la muerte, atribuyendo la muerte a procesos naturales, en el caso de los normales,

y a la violencia en los agresivos. En un segundo estudio, Orbach & Glaubman (1979) con una muestra de 27 niños distribuidos de la misma manera que el estudio anterior, observaron que los niños suicidas mostraban con más frecuencia que los otros sujetos distorsiones en el concepto de muerte, entendida como atribución de vida al estado de muerte. Según Orbach & Glaubman (1979) estos resultados apoyaban la idea de que las distorsiones del concepto de muerte podían ser atribuidas a un proceso defensivo, en el que la distorsión actuaría como una nueva fuerza motivadora para el suicidio.

Años más tarde, Orbach et al. (1984) investigaron en un grupo de 137 escolares de 6 a 11 años, el impacto que podía tener la edad, el nivel cognitivo y la ansiedad en el concepto de muerte del niño con relación a la muerte humana y animal. Los resultados indicaron que existe un efecto importante de las tres variables y que las interacciones entre estas variables señalan que los altos niveles de ansiedad tienen un efecto importante en los grupos con niveles intelectuales altos (medidos a través de los sub-tests de Semejanzas e información del WISC-R y entendidos como indicadores del pensamiento abstracto e información adquirida). Asimismo, el concepto de muerte humana era mejor comprendido que el concepto de muerte animal. Finalmente concluyeron que en algunos niños las distorsiones del concepto de muerte reflejan desconocimiento mientras que en otros evidencian un proceso defensivo.

Finalmente, Carlson, Asarnow & Orbach (1987) estudiaron la comprensión del concepto de muerte y el conocimiento del suicidio en una muestra de 85 niños y adolescentes hospitalizados en un centro psiquiátrico (de edades mentales comprendidas entre los 8 y los 14 años) y en un grupo de 26 niños escolares no hospitalizados. Los resultados indicaron que los niños más inmaduros estaban menos convencidos de la finalidad de la muerte y menos seguros en cuanto al método y la motivación para el suicidio. Sorprendentemente los niños pertenecientes al grupo de

escolares eran por lo general conocedores del tema. Los investigadores observaron una clara diferencia entre los niños y los adolescentes en sus fantasías y en el método utilizado en el intento de suicidio, en aquellos que habían realizado tentativas. Además en los niños, y en función del grupo de edad, había poca relación entre conocimiento, fantasía, y método. Mientras que en los adolescentes, sin embargo, e incluso entre aquellos que presentaban una capacidad intelectual limitada, se observó una correspondencia del 100% entre lo que ellos pensaban que ocasionaría la muerte, lo que pensaban hacer al respecto y lo que finalmente hicieron. Concluyeron que las razones para explicar la pérdida de continuidad en los niños no están muy claras y los autores sugieren que la inmadurez puede tener más bien una función defensiva.

I.2.4 Resumen.

Como compendio de todo lo expuesto sobre el desarrollo del concepto de la muerte en el niño, destacan tres cuestiones:

1. El grado de adquisición que tiene el niño del concepto de la muerte, así como su particular visión de la misma, son imprescindibles para una correcta valoración de la conducta suicida en la infancia.
2. El concepto de muerte en el niño no se debe evaluar globalmente, sino en relación con los diversos sub-conceptos que se desarrollan y adquieren de diferente manera.
3. Es preciso tener en cuenta que las posibles distorsiones del concepto de muerte observadas en los niños suicidas pueden responder a mecanismos defensivos del individuo más que a una inmadurez cognitiva de los mismos.

I.3. PREVALENCIA DE LA IDEACIÓN SUICIDA.

Los datos epidemiológicos relativos a la ideación suicida en la población infantil, provienen principalmente de estudios en los que se ha utilizado muestras de niños ingresados o asistidos en centros hospitalarios. Sin embargo, existen investigaciones recientes en las que se han empleado muestras de niños no hospitalizados o "normales", generalmente escolares. Podemos diferenciar, por tanto, dos fuentes básicas de información según el tipo de población estudiada: psiquiátrica y normal. Dentro del primer grupo debemos distinguir las observaciones de niños ingresados en centros hospitalarios, principalmente unidades de psiquiatría infantil, de las realizadas con niños atendidos en régimen ambulatorio. Algunos estudios como el de Pfeffer & Plutchik (1982) revelan que ambas poblaciones, con relación a las conductas suicidas, no son similares. En dicha investigación se compararon dos grupos de pacientes, ingresados vs. no ingresados, de 6 a 12 años de edad. Los resultados indicaron que ambos grupos se diferenciaban significativamente, presentando los niños ingresados mayor severidad en las conductas suicidas y en los métodos empleados en las tentativas de suicidio. Además, el grado de psicopatología, depresión y las conductas suicidas y agresivas observadas en los padres eran factores que discriminaban ambos grupos. Concretamente, en los niños ingresados se observó un mayor nivel de conductas suicidas y presencia de depresión mayor en los padres así como mayor frecuencia de depresión, hospitalización psiquiátrica y conductas agresivas en las madres.

Por otro lado, es preciso valorar los datos obtenidos en muestras de niños normales con independencia de los hallados en muestras psiquiátricas. En primer lugar, porque en los estudios realizados con niños normales generalmente se utilizan muestras representativas de un determinado municipio, comunidad, región o país, mientras que en los estudios de niños vinculados a centros hospitalarios casi siempre

se examinan grupos reducidos o sesgados a partir de los cuales no podemos realizar inferencias estadísticas de la población general. En segundo lugar, los datos provenientes de poblaciones normales se deben diferenciar de los que se obtienen a partir de poblaciones psiquiátricas al no existir semejanza entre ambas y diferir en los resultados. Un ejemplo sería el estudio realizado por Cotton & Range (1993) con una muestra de 60 niños normales pertenecientes a una escuela pública. Los autores detectaron que algunas variables que habitualmente se hallan vinculadas con las conductas suicidas en población psiquiátrica no estaban asociadas estadísticamente en el grupo estudiado, lo que sugería este hecho diferencial.

Es decir, que las conductas suicidas (desde la ideación hasta las tentativas) pueden diferir en los tres grupos, niños normales, asistidos en centros hospitalarios y/o psiquiátricos, y niños ingresados en las mismas instituciones. La posibilidad de que existan estas divergencias obliga a contemplar los datos provenientes de dichos estudios por separado, sin perder de vista sus posibles conexiones.

Otra cuestión importante, antes de abordar los datos epidemiológicos proporcionados por las diferentes investigaciones revisadas, son los problemas que se presentan con frecuencia en la obtención y valoración de la información. Al respecto Tejedor, Pericay & Castillon (1988) comentan que las dificultades metodológicas que existen para el conocimiento de la incidencia del intento de suicidio son todavía mayores a las del suicidio consumado, puesto que la mayoría de intentos no son declarados. Lo que a su vez se puede aplicar a la ideación, no en tanto en la detección en si, sino más bien en los impedimentos que pueden presentar los padres al no facilitar o autorizar la evaluación de su hijo. La obtención de muestras sesgadas, como consecuencia de una alta mortalidad experimental, y la valoración de la ideación suicida mediante cuestionarios o entrevistas cumplimentadas por los padres, pueden aportar una percepción deformada de la realidad.

I.3.1 Prevalencia de la ideación suicida en poblaciones infantiles sometidas a tratamiento psiquiátrico.

Los datos obtenidos en estos estudios provienen, básicamente, de centros de salud mental o unidades de psiquiatría de centros hospitalarios. Podemos diferenciar, como ya hemos comentado anteriormente, dos grandes grupos que se definen por el tipo de régimen asistencial que se les aplica : niños ingresados y niños tratados ambulatoriamente. Siguiendo el orden cronológico de publicación, comentaremos a continuación algunos de los estudios revisados.

Kashani & Cantwell (1983) estudiaron 100 niños de 7 a 12 años atendidos en un centro de salud mental. De los 100 niños evaluados 24 (24%) presentaban conductas suicidas, de los cuales 17 estaban ingresados y 7 permanecían en régimen ambulatorio.

Pfeffer et al. (1986) compararon los datos obtenidos en tres grupos de niños: escolares, pacientes psiquiátricos ingresados y atendidos en régimen ambulatorio. El porcentaje de ideación suicida era del 25,5% en los ingresados, 15,9% en los que recibían tratamiento ambulatorio y el 8,9% en población normal. El 19,8% del grupo de ingresados presentaba amenazas de suicidio, frente al 7,9% y el 2% del grupo ambulatorio y normal respectivamente. Solo hubo un caso de tentativa de suicidio en el grupo normal (1%), frente al 27,4% (leves) y 6,6% (graves) del grupo ingresado. En el grupo ambulatorio solo se detectó un caso de tentativa grave (1%).

Carlson, Asarnow & Orbach (1987) estudiaron la comprensión del concepto de muerte y el conocimiento del suicidio en 85 niños y adolescentes hospitalizados en un centro psiquiátrico, de edades mentales comprendidas entre los 8 y los 14 años, y en un grupo de 26 niños escolares no hospitalizados. La prevalencia de la ideación suicida en el grupo de niños no hospitalizados, pertenecientes a una escuela privada,

fue del 15,3%, mientras que en el grupo de niños hospitalizados osciló entre el 28.6% y el 60% según el grupo de edad. La ideación suicida aumentaba según la edad, observándose mayores porcentajes en el grupo de adolescentes. Asimismo, la tasa de tentativas en el grupo de hospitalizados (ya que no se hallaron en el grupo de escolares) oscilaba entre el 15,8% y el 48%, correspondiendo el límite inferior al grupo de menor edad y el superior a los adolescentes.

Asarnow & Guthrie (1989) examinaron 55 niños de 6 a 13 años ingresados consecutivamente en un instituto de neuropsiquiatría. El 58% presentaba ideación suicida y el 40% tentativas de suicidio, de los cuales un 36% había realizado otros intentos con anterioridad. Las múltiples tentativas eran más frecuentes en el grupo de niños de mayor edad (11 a 13 años) que en los niños más pequeños (de 8 a 10 años).

Milling et al. (1991) evaluaron la conducta suicida en 40 niños de 3 a 12 años asistidos ambulatoriamente en un servicio de psiquiatría. De acuerdo con the "Pfeffer Spectrum of Suicidal Behavior Scale", el 15% de la muestra había realizado recientemente alguna conducta suicida y casi el 3% una tentativa de suicidio.

Kovacs, Goldston & Gatsonis (1993) determinaron las tasas de ideación suicida y tentativas de suicidio en 134 pacientes atendidos en régimen ambulatorio por trastorno depresivo y 49 por otros trastornos psiquiátricos, cuyas edades oscilaban entre los 8 y 13 años. Cerca del 66% tenía ideación suicida y el 9% había intentado quitarse la vida. Asimismo, las tasas de ideación e intento de suicidio eran más altas en las chicas.

Milling et al. (1994) en una muestra de 61 niños de 5 a 13 años ingresados en una unidad de psiquiatría infantil de un hospital de Ohio, observaron que el 63 % de los niños describía alguna conducta suicida durante los 6 meses antes de su hospitalización. En conjunto, el 35% manifestó ideas suicidas y no se observaron

diferencias significativas entre la información recibida a través de los padres y la obtenida directamente de los niños.

Tabla nº 3: Prevalencia de la ideación suicida en población psiquiátrica.

Autor/es	Muestra	Edad	Prevalencia
Kashani & Cantwell (1983)	100 niños hospitalizados y atendidos en régimen ambulatorio	7 a 12 años	24 % (manifestaban conductas suicidas)
Pfeffer et al. (1986)	Compararon 101 niños ingresados, 106 régimen ambulatorio y 101 escolares.	6 a 12 años	Normal: 8,9% Ambulatorio: 15,9% Ingresados: 25,5%
Carlson et al. (1987)	Compararon 85 niños ingresados con 26 escolares.	8 a 14 años	Normal: 15,3% Ingresados: oscilaba entre el 28,6% y el 60%.
Asarnow & Guthrie (1989)	55 niños hospitalizados	6 a 13 años	58%
Milling et al. (1991)	40 niños en régimen ambulatorio	3 a 12 años	15% manifestaba alguna forma de conducta suicida. El 3% eran tentativas.
Kovacs et al. (1993)	183 niños en régimen ambulatorio	8 a 13 años	66%
Milling et al. (1994)	61 niños ingresados	5 a 13 años	35%

1.3.2. Prevalencia de la ideación suicida en población normal.

Los estudios sobre la ideación suicida en la población normal son relativamente recientes. Parece ser que el primer estudio publicado fue el realizado por Pfeffer, Zuckerman, Plutchik & Mizruchi (1984) que evaluaron la ideación suicida en una muestra de 101 niños escolares de 6 a 12 años. Los resultados indicaron que el 8,9% de los niños examinados manifestaban ideas suicidas y el 3% amenazas o

tentativas leves de suicidio. Los autores se propusieron realizar un seguimiento de la muestra y volver a valorar los niños después de dos años. En esta segunda valoración (Pfeffer et al. 1988) solo participaron 75 de los 101 niños inicialmente evaluados (71 niños y 30 niñas), es decir el 74,3% del total de la muestra inicial. Al cabo de dos años el 17,9% de los niños mostraba ideas suicidas y el 1,5% amenazas, no observándose diferencias entre niños y niñas. Otro dato de interés fue la presencia de diagnóstico psiquiátrico (el 57,3% cumplió los criterios de algún diagnóstico en comparación con el 55,5% del grupo inicial) así como la no asociación entre ideación suicida en el niño y presencia de ideación suicida en los padres (el 10,1% expresó ideas y/o actos suicidas). En cuanto a la estabilidad o persistencia de la ideación, *el 50% de los niños que inicialmente manifestaron tendencias suicidas las mantenían después de dos años.* Asimismo, un 15,3% de los niños estudiados presentaba tendencias suicidas en la segunda evaluación pero no en la primera.

Evidentemente los datos aportados por la investigación de Pfeffer et. al. (1984,1988) son de gran interés; sin embargo existen otras contribuciones que merecen nuestra atención y que comentaremos a continuación, respetando como siempre el orden cronológico de publicación. Comenzaremos por un estudio anterior al de Pfeffer et al. (1984) que si bien no tenía como objetivo la valoración de la ideación suicida aporta información al respecto. Me refiero al ya comentado de McIntire, Angle & Struempfer (1972), en el que se entrevistaron 598 niños de 6 a 16 años con la intención de estudiar el concepto de muerte. De los 598 evaluados, 277 pertenecían a una escuela elemental católica, 163 a una escuela protestante y 108 a una escuela judía. Los 50 niños restantes eran pacientes ingresados en un hospital de Nebraska. Una de las preguntas de la entrevista hacía referencia al deseo de morir. Un 40% de los encuestados afirmó haber deseado estar muerto

ocasionalmente y un 3% frecuentemente. La edad de los 18 niños que admitieron tener frecuentes deseos de morir era superior a los 10 años.

Choquet & Menke (1989) estudiaron una muestra aleatoria de 1601 escolares adolescentes de 13 a 16 años de Hauts de Seine (Francia). Mediante un cuestionario de 150 preguntas evaluaron diferentes variables. Los pensamientos suicidas fueron valorados mediante la pregunta siguiente: " Durante el último año, has tenido pensamientos de suicidio". Había cuatro posibles respuestas: "nunca, pocas veces, bastante a menudo y muy a menudo ". Los resultados indicaron que el 14% de los chicos y 23 % de las chicas tenían pensamientos suicidas, y el 5% y 10% ,respectivamente , con frecuencia.

Dubow et al. (1989) estudiaron una muestra aleatoria de 1384 adolescentes escolares. El 36% decían haber tenido pensamientos suicidas durante el último año, siendo las chicas las que presentaron un mayor porcentaje de ideación (45%) en comparación con los chicos (28%).

Bolger et al. (1989) basándose en los datos biográficos de 364 estudiantes, observaron que los pensamientos suicidas en la infancia son frecuentes y que a partir de los 9 años existe el riesgo de que tales pensamientos se incrementen.

Velez & Cohen (1988) estudiaron una muestra aleatoria de 752 niños de 9 a 18 años y sus correspondientes madres. Exploraron la concordancia entre madres e hijos y hallaron que la ideación suicida era más baja cuando se basaban en la información recibida de las madres que cuando la recibían directamente de los niños. Por norma general, las madres desconocían o ignoraban las tentativas de suicidio manifestadas por sus hijos. En cuanto a la prevalencia, la ideación suicida oscilaba entre el 2 % y el 26% según se tomara un criterio u otro, basándose, en cualquier caso, en las respuestas dadas durante la entrevista con la DISC y DISC-P. Por lo que se refiere a las tentativas de suicidio, de los 25 niños que informaron de tales conductas, solo dos madres eran conocedoras de su existencia. De las 40 tentativas

de suicidio informadas por los 25 jóvenes solo 4 eran conocidas por sus madres. Las tasas de tentativa de suicidio aumentaban considerablemente con la edad, siendo la pubertad (13 a 14 años) la edad de mayor riesgo.

Kashani, Goddard & Reid (1989) estudiaron los correlatos de la ideación suicida en una muestra de 210 niños y adolescentes de 8, 12 y 17 años. Hallaron que el 14% de los niños tenían ideas suicidas, no siendo sus padres, generalmente ,conscientes de la ideación suicida de sus hijos.

Domènech & Polaino (1990), en el primer estudio de la depresión infantil en España, estudiaron la respuesta al ítem 9 del CDI (que valora la ideación suicida) en una muestra de 6432 niños escolares de 4º curso de Enseñanza General Básica. Dicho ítem valora la ideación suicida y permite tres respuestas alternativas que se corresponden con la ausencia de ideación, la presencia de ideación y la existencia de intencionalidad suicida. La prevalencia de la ideación suicida hallada (sumando las respuestas de ideación e intencionalidad) varió según la ciudad o la zona rural considerada. De tal manera que en Barcelona, por ejemplo (1.121 alumnos), la prevalencia fue del 28% mientras que en Girona (907 escolares) fue del 15,2%.

Domènech, Canals & Fernández-Ballart (1992) estudiaron durante tres años una muestra de escolares (11 a 14 años) de la población de Reus . Los resultados obtenidos a través de la valoración del ítem 9 del CDI indicaron que cerca del 20% de la población estudiada presentaba ideación suicida. Concretamente, el 17,9% de las niñas y el 21% de los niños tenían ideación suicida a la edad de 11 y 12 años respectivamente. Después de tres años de seguimiento, la ideación suicida persistía en el 27% de las niñas y el 18,4% de los niños.

Pearce & Martin (1993) estudiaron una muestra de 200 varones y 205 mujeres de edades comprendidas entre los 13 y los 19 años, pertenecientes al Estado de South Australia. Los resultados indicaron que un 24 % de la muestra manifestaba ideas suicidas, un 11 % había llegado a realizar planes de suicidio, un

9% se había hecho daño, un 6 % había realizado tentativas de suicidio y un 2 % intentos graves. Estos datos, en opinión de los autores, parecen confirmar la idea de que las estimaciones de las tasas de conductas suicidas en adolescentes que se basan en pacientes que han recibido atención médica, no proporcionan un porcentaje significativo de los adolescentes que realizan tentativas de suicidio, ya que muchos de los sujetos evaluados no recibieron ayuda médica después de la tentativa.

Domènech et al. (1995) estudiaron la prevalencia de la ideación suicida en la población escolar de 8º de Enseñanza General Básica de Barcelona. A partir de una muestra aleatoria de 1525 alumnos, hallaron una prevalencia, obtenida a partir del ítem 9 de CDI, del 21,8% (21,1 % contestaron positivamente en la respuesta de ideación suicida y el 0,7% de intención suicida). Observaron además, una diferencia significativa entre sexos, siendo la prevalencia de la ideación suicida superior en las niñas y la intencionalidad en los niños. De los 320 adolescentes que presentaban ideación suicida se pudieron entrevistar 125 al cabo de un año y medio. Con referencia a los quince días anteriores a la entrevista, el 24,8% pensaba mucho en la muerte y en el hecho de morirse, el 11,3% había pensado en matarse y el 7,2% había pensado la manera de hacerlo. Asimismo, de los 125 alumnos entrevistados sobre la ideación suicida a lo largo de su vida, el 17,6% afirmaron haber planificado la consumación del suicidio y el 9,6% haber realizado algún intento. Finalmente observaron que la prevalencia variaba en función de la ubicación del centro escolar, siendo la más alta del 32,7% y la más baja del 11,7%.

Tabla nº 4: Prevalencia de la ideación suicida en población normal.

Autor/es	Muestra	Edad	Prevalencia
McIntire et al. (1972)	n=598	6 a 16 años	40% ocasionalmente había tenido alguna vez deseos de morir.
Pfeffer et al. (1984)	n=101	6 a 12 años	8,9%
Pfeffer et al. (1988)	n=75	8 a 14 años	17,9%
Choquet & Menke (1989)	n=1601	13 a 16 años	Chicos: 14% Chicas: 23%
Dubow et al. (1989)	n=1384	adolescentes	Chicos: 28% Chicas: 45%
Velez & Cohen (1988)	n=752	9 a 18 años	Oscilaba entre el 2% y el 26%
Kashani et al. (1989)	n=210	8,12 y 17 años	14%
Domenech & Polaino (1990)	n=6432	8 a 12 años	Girona: 15,2% Barcelona: 28%
Domenech, Canals & Fernández-Ballart (1992)	n= 507.		Niñas: 17,9% a la edad de 11 años. Niños: 21% a los 12 años.
Pearce & Martin (1993)	n= 405	13 a 19 años	24%
Domenech et al. (1995)	n= 1525	8º E.G.B.	Oscilaba entre el 11,7% y 31 32,7% según distrito.

I.3.3. Resumen.

Los resultados obtenidos en las investigaciones revisadas revelan que la prevalencia de la ideación suicida varía en función de las características de la población estudiada:

1. En la mayoría de los estudios revisados, la prevalencia de la ideación suicida es más elevada en las niñas.
2. La ideación suicida se incrementa con la edad, detectándose mayores proporciones de ideación, en comparación con la infancia, durante la adolescencia.

3. La prevalencia de la ideación suicida varia en función de la severidad de la patología psiquiátrica. Cuando se estudian pacientes tratados ambulatoriamente la prevalencia oscila entre 15,9% y el 66%. Mientras que en pacientes ingresados en centros hospitalarios la prevalencia es algo superior, entre el 25,5% y el 60%.
4. La prevalencia de la ideación suicida en población normal es inferior a la de la población psiquiátrica, oscilando entre el 8,9% y el 32,7%.
5. Algunas investigaciones señalan que la prevalencia de la ideación suicida puede variar en función de la situación geográfica o incluso, dentro de un mismo municipio, del distrito estudiado.
6. Finalmente la ideación suicida no es un fenómeno aislado y casual, sino que, como demuestra la evidencia empírica, persiste en el tiempo en un considerable número de sujetos.

I.4. EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA.

I.4.1. Evaluación de las conductas suicidas en la infancia.

La evaluación de la conducta suicida es compleja y requiere la apreciación de multitud de factores que de una manera u otra inciden en lo que conocemos por espectro de las conductas suicidas. El proceso de evaluación puede ser todavía más complicado cuando debemos valorar estos comportamientos, actitudes o pensamientos en niños, ya que se encuentran a una edad que por razones de su desarrollo cognitivo precisan de una atención o valoración especial. De acuerdo con Jacobsen et al. (1994) la entrevista con niños prepúberes acerca de la ideación y conducta suicidas se debe realizar teniendo siempre presente la diversidad de su desarrollo cognitivo y en particular el grado de desarrollo de sus habilidades verbales y conceptuales, especialmente en lo que se refiere al nivel de comprensión de tres conceptos que son fundamentales en la valoración de la conducta suicida : el tiempo, la causalidad y la muerte. Si no tomamos en consideración todos estos aspectos, la información que obtengamos a través de la entrevista carecerá, con toda seguridad, de validez.

Por tanto, para que una evaluación sea fiable no debe centrarse solamente en la valoración de la conducta suicida en si, sino que además es preciso que contemple otras cuestiones, como son el grado de adquisición del concepto de muerte y el nivel de comprensión de otros conceptos vinculados con la gravedad e intencionalidad de su conducta. Se trata en definitiva de realizar la valoración sin perder de vista, desde un punto de vista evolutivo, el marco en que se desenvuelve el niño.

Una segunda cuestión a tener en cuenta, sería la valoración de otros factores que pueden mitigar o aumentar el nivel de riesgo de la conducta suicida. En este sentido, toda evaluación de la conducta suicida debería ir acompañada de una

valoración de aquellos factores de riesgo que la literatura y la investigación al respecto nos proporcionan. Garrison et al. (1993) , por ejemplo, sugieren que los antecedentes de conductas auto-lesivas no consideradas como tentativas de suicidio deben ser incluidas en la valoración , tanto del riesgo como de la conducta suicida, ya que existe una relación entre ellas. Todo ello genera evidentemente un aumento del período de tiempo dedicado a la valoración de la conducta suicida. En el niño, la capacidad para mantener la atención es más limitada que la del adulto, y en consecuencia la entrevista o la sesión de evaluación debe ser de corta duración. Si se aumenta su contenido, la evaluación deberá realizarse por etapas o en diferentes periodos de tiempo.

Por otro lado, una revisión detallada y exhaustiva de las investigaciones realizadas hasta el momento denota la tendencia a utilizar mayoritariamente instrumentos de medida cuya finalidad principal no es la de valorar la conducta suicida sino más bien otros aspectos más globales de la conducta. Me refiero concretamente a la predisposición existente entre los investigadores por la utilización, en la valoración de la presencia de las conductas suicidas en el niño, de cuestionarios o escalas que miden la sintomatología depresiva. La inclusión en estos instrumentos de ítems o sub-escalas que valoran las conductas suicidas, como un síntoma más de la depresión, favorece su uso en dichas investigaciones.

I.4.1.1. Cuestionarios para valorar la conducta suicida en niños.

No obstante, existen cuestionarios y escalas que valoran específicamente la conducta suicida en niños, o que si bien originalmente fueron concebidos para ser utilizados en adultos, se han modificado posteriormente para adaptarlos a la

población infantil. A continuación describimos brevemente algunos de estos instrumentos:

THE RISK RESCUE RATING SCALE (RR) (Weisman & Worden, 1972): Se trata de un instrumento utilizado para valorar la letalidad médica de las tentativas de suicidio. La escala se compone de dos partes: "Riesgo", que mide el grado de peligrosidad de la tentativa, y "Rescate", que examina las circunstancias en las que se realizó la tentativa, centrando la atención en el grado en que el sujeto facilitó o impidió el rescate o salvamento. Brent (1987) ha utilizado esta escala para valorar los correlatos del intento suicida en niños y adolescentes.

SUICIDAL IDEATION QUESTIONNAIRE - SIQ Junior - (Reynolds, 1987) . Este cuestionario , tipo autoinforme , tiene como objetivo principal y único la valoración de la ideación suicida. Construido a partir de la jerarquización de la ideación suicida, permite obtener una buena valoración de este constructo. La S.I.Q. fue concebida originalmente para ser utilizada en el estudio de la ideación suicida en adolescentes, sin embargo dado el interés que tiene la ideación en la población preadolescente, se realizó una adaptación de la misma para poder ser aplicada en estos niños, la **S.I.Q. Junior**. La escala tiene una consistencia interna elevada (Coeficiente Alpha =.92) y correlaciona significativamente con medidas de depresión ($r = .47$) e ideación suicida ($r = .62$ y $r = .68$) (Reynolds, 1990).

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA - SSI- (Beck, Kovacs & Weissman, 1979). Es un instrumento utilizado en la investigación clínica que se compone de 19 ítems pensados para cuantificar y evaluar la ideación suicida. La escala tiene una alta consistencia interna (Coeficiente Alpha ,KR-20, = .89) y correlaciones altamente

moderadas con valores clínicos de riesgo suicida y medidas auto-administradas de auto-lesión. Al mismo tiempo, es sensible a los niveles de desesperanza y depresión.

El análisis factorial de la escala, proporciona tres factores: deseos activos de suicidio, planes específicos de suicidio y deseos de suicidio pasivo.

ESCALA DE INTENTO SUICIDA - SIS- (Beck, Schuyler & Herman, 1974). Es una entrevista estructurada que consta de 15 ítems con una valoración máxima de 3 puntos en cada uno de ellos. Los ítems hacen referencia a determinados aspectos acaecidos antes, durante y después del acto suicida (creencias, pensamientos, actitudes etc.). En comparación con la escala anterior SSI, la SIS esta pensada para ser utilizada en el estudio y valoración de las tentativas de suicidio.

CHILD SUICIDE POTENTIAL SCALES (Pfeffer et al., 1979,1980,1982,1984): En realidad es una batería formada por diferentes escalas que ha sido desarrollada y utilizada por Pfeffer y cols. en la investigación de la conducta suicida en niños. Se compone de las siguientes escalas:

- A) Espectro de la conducta suicida.
- B) Escala de la conducta agresiva.
- C) Escala de acontecimientos precipitantes.
- D) Escala de Psicopatología General , actual y anterior.
- E) Escala del concepto de muerte.
- F) Escala del entorno familiar.
- G) Escala del funcionamiento del "yo" y mecanismos de defensa del "yo".
- H) Cuestionario de historia neurológica y médica.

TEST DE TENDENCIAS SUICIDAS (Orbach et al. 1983). Consiste en cuatro historietas o cuentos que reflejan las cuatro actitudes observadas por Orbach a través de sus investigaciones y que se corresponden con el modelo explicativo de la conducta suicida desarrollado por este autor. Estas actitudes son cuatro : AL (Atracción hacia la vida); AD (Atracción hacia la muerte); RL (Repulsión por la vida) y RD (Repulsión por la muerte).

Finalmente, Pfeffer (1989) llevó a cabo una revisión exhaustiva de los estudios realizados con pacientes suicidas preadolescentes y adolescentes. Después de analizar la metodología utilizada en cada uno de ellos, llegó a la conclusión de que existían importantes limitaciones en estos estudios debido a la falta de definición y medida de la severidad de la conducta suicida, a la no evaluación de los sujetos con instrumentos de investigación estandarizados y a la no utilización de grupos controles apropiados (pacientes no suicidas y sujetos normales). Pfeffer (1989), proporcionó una lista de los instrumentos más utilizados para medir y definir la conducta suicida en estas investigaciones, la cual reproducimos a continuación:

1. **SPECTRUM OF SUICIDAL BEHAVIOR SCALE** (Pfeffer et al., 1979, 1980, 1982, 1984).
2. **SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA FOR SCHOOL-AGE CHILDREN (K-SADS)** (Chambers et al., 1985).
3. **DIAGNOSTIC INTERVIEW SCHEDULE FOR CHILDREN (DISC)** (Costello et al., 1985).
4. **SCHEDULE FOR AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA (SADS)** (Endicott & Spitzer, 1978).
5. **CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI)** (Kovacs, 1980).
6. **SCALE FOR SUICIDE IDEATION** (Beck, Kovacs & Weissman, 1979).

7. SUICIDE INTENT SCALE (Beck, Beck & Kovacs, 1975; Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1976).

1.4.2. Resumen.

La evaluación de la conducta suicida en niños requiere la apreciación y valoración de sus habilidades verbales y de su capacidad de comprensión de los conceptos de muerte, causalidad y temporalidad. Asimismo, deben contemplarse otros aspectos que pueden incidir de uno u otro modo en la conducta suicida del niño, como por ejemplo los antecedentes de conductas auto-lesivas.

Finalmente, se observa una cierta predisposición por la evaluación de las conductas suicidas mediante autoinformes y entrevistas que valoran la sintomatología depresiva, dentro de un amplio abanico de alteraciones psicopatológicas. Sin embargo, existen instrumentos de medida específicos de la conducta suicida creados y desarrollados para ser utilizados con niños.

1.5. VARIABLES ASOCIADAS A LA CONDUCTA SUICIDA.

Los estudios realizados hasta el momento ponen de manifiesto la existencia de una multiplicidad de factores que pueden explicar la aparición de la conducta suicida tanto en el niño como en el adulto. Integrar todas estas variables en un solo modelo no es tarea fácil y nuestras pretensiones tampoco son tan ambiciosas. Sin embargo, es necesario constatar que el estudio de la conducta suicida requiere un abordaje interdisciplinario al intervenir en este proceso variables de distinta naturaleza. La participación, por tanto, de diferentes campos del saber obliga en cierta medida a incluir en este capítulo estudios que pertenecen a otras áreas de conocimiento y que, en definitiva, no son propios del área de estudio de la psicología.

La mayoría de los datos sobre el suicidio infantil provienen de estudios epidemiológicos. Como es sabido, uno de los principales objetivos de la epidemiología es la detección de los indicadores de riesgo, entendidos como " aquel factor (personal o ambiental) que asociado a una determinada enfermedad, hace que la presencia de la enfermedad sea más frecuente en aquellas personas que poseen ese factor, que en las que no lo poseen, siempre que la presencialidad de ese factor anteceda a la aparición de la enfermedad" (Domènech & Polaino, 1990). Estos indicadores, en cualquier caso, no deben ser contemplados como los responsables de la conducta suicida, sino más bien como condicionantes, factores vinculados o mediatizadores. Hoy por hoy, a pesar de la existencia de una gran diversidad de investigaciones, no se ha alcanzado todavía un completo conocimiento de la etiología de las conductas suicidas. Quizás por su complejidad, por la escasez de medios o de una metodología apropiada, no es posible establecer una clara relación causal entre suicidio y esos factores, si bien algunas variables parecen estar claramente relacionadas con este tipo de conductas.

Nos ha parecido apropiado agrupar las variables estudiadas en cuatro grandes grupos: variables de personalidad, variables psicopatológicas, variables socio-demográficas y variables biológicas.

Las variables de personalidad no se presentan conjuntamente con la psicopatología, como suele ser habitual, con la intención de exponer aquellos datos que nos aproximen al perfil psicológico normal del suicida, entendido como la conducta y las cogniciones del sujeto que no implican la presencia de patología. Es decir, como piensa, actúa, se comporta el niño suicida, sin que tales conductas impliquen o puedan ser consideradas como un síntoma de la presencia de un trastorno psicopatológico. Este abordaje se ha realizado desde una perspectiva ecléctica, revisando toda la información proveniente de dos grandes corrientes del estudio de la personalidad: las que se fundamentan en el análisis factorial y las que parten de la combinación del enfoque cognitivo y de la teoría del aprendizaje.

El primer gran grupo, por tanto, se centra en los rasgos de personalidad del niño suicida, mientras que el segundo se ocupa de aquellas variables que definen estados del individuo considerados como psicopatológicos, como son la depresión, el trastorno de personalidad *borderline*, la ansiedad etc.,

El grupo de variables socio-demográficas y del entorno se ha fragmentado en dos sub-apartados. El primero, relacionado con el entorno del sujeto, se divide, a su vez, en dos grandes áreas: ambiente familiar y vida escolar. El segundo abarca el resto de variables sociodemográficas: sexo, raza, nivel o estado socioeconómico, etc.

Finalmente el cuarto grupo, reúne las variables biológicas que a través de la experimentación u observación parecen estar asociadas con la conducta suicida.

De acuerdo con la idea de que existe un espectro de la conducta suicida, que implica un continuum, no se ha considerado conveniente diferenciar los estudios en función del tipo o severidad de la conducta auto-destructiva. En primer lugar porque estos comportamientos están claramente vinculados, si bien es cierto que, como

veremos más adelante, los resultados pueden diferir según los niveles o gravedad de la conducta suicida. En segundo lugar, muchos investigadores analizan los datos sin distinguir la severidad, por lo que obliga a presentar conjuntamente los resultados, sin poder realizar diferenciación alguna. Tampoco se presentan las investigaciones en función de la población estudiada, ya que si bien existen claras diferencias entre población normal y psiquiátrica, e incluso entre aquellos sujetos que son atendidos en régimen hospitalario y ambulatorio, tal vez sea más enriquecedor valorar conjuntamente todos estos hallazgos.

1.5.1 Variables de personalidad: en busca del perfil psicológico del suicida.

Desde hace tiempo, se ha intentado hallar la personalidad suicida sin haber conseguido, hasta la fecha, resultados concluyentes que permitan describir su perfil. A pesar de ello, disponemos de un número considerable de trabajos que pueden favorecer la obtención de una posible tipología del individuo suicida. La información aportada por estos estudios se puede agrupar en tres grandes bloques, que se definen por la metodología utilizada y/o el marco teórico de referencia : los que se fundamentan en el análisis factorial de la personalidad, los que parten de un enfoque cognitivo y/o de la teoría del aprendizaje y finalmente los que utilizan la autopsia psicológica como instrumento de recogida de datos.

El primer grupo, por tanto, hace referencia a las investigaciones que describen la personalidad del individuo mediante instrumentos que miden dimensiones obtenidas a partir del análisis factorial. El segundo grupo, referido al paradigma cognitivista, incluye aquellos estudios en los que se pretenden evaluar estilos o procesos cognitivos. Estos procesos incluyen pensamientos, creencias, imágenes, expectativas etc. que pueden mediatizar o intervenir en la conducta del individuo.

Finalmente, he creído interesante incluir en esta exposición los resultados obtenidos en algunos estudios mediante la autopsia psicológica. Me refiero a las informaciones procedentes de registros y entrevistas con familiares, maestros, amigos, compañeros etc. sobre las personas que en su día consumaron el acto suicida. Si bien estas descripciones no son fruto de la utilización de instrumentos de medida estandarizados, con una validez y fiabilidad probadas, pienso que tienen su interés e incluso pueden ser de gran utilidad en la consolidación de una posible descripción de la personalidad del niño suicida.

1.5.2.1 Descripción de la personalidad del niño suicida.

Como acabamos de comentar, algunos investigadores han recogido la descripción de la personalidad del suicida a partir de la información facilitada por familiares, maestros, amigos etc. en un intento de conocer su perfil psicológico. A pesar de la escasa fiabilidad y validez de estos datos, al no sustentarse en una prueba o instrumento de medida considerado como apto para medir dichos constructos, he considerado interesante recogerlos y presentarlos en este apartado. Se trata de investigaciones que utilizan básicamente la autopsia psíquica o psicológica, entendida como la recopilación de datos psicológicos de una persona que ha fallecido a partir de la información aportada por terceras personas, escritos, cartas, diarios personales etc.

Un clásico referente, dentro de esta línea, es el estudio de Shafer (1974). Este autor, realizó un estudio retrospectivo de 31 casos de suicidio acaecidos entre 1962 y 1968 en Inglaterra y Gales. A partir de la información recogida a través notas, registros psiquiátricos y de las respuestas dadas por sus maestros, cuando se les

preguntaba como era el niño como persona, se obtuvieron cuatro características de personalidad:

- 1) **impulsivos** (sin autocontrol, volátiles)
- 2) **irritables e hipersensibles a la crítica**
- 3) **callados o poco comunicativos y**
- 4) **perfeccionistas** (auto-crítico, metódico).

Estos niños eran descritos, en muchas ocasiones, como físicamente maduros y, según los testigos, habían tenido con frecuencia problemas en la escuela.

Shafii et al. (1985) llevaron a cabo una autopsia psicológica de 20 niños y adolescentes de 12 a 19 años que habían cometido suicidio. Tras analizar diversos factores, hallaron que el 65% de los sujetos tenían lo que los autores describieron como una personalidad inhibida. Como tal, entendían no compartir los problemas, ser muy callados, solitarios, introvertidos, carecer de amigos íntimos, y muy sensibles.

Hoberman & Garfinkel (1988) después de estudiar los registros y notas médicas de 229 niños y adolescentes que murieron por suicidio entre 1975 y 1985, identificaron las siguientes características de personalidad: 18% eran reservados, 10% solitarios, 9% muy sensibles, 7% coléricos, 5% impulsivos, y 3 % raros.

Pfeffer, Plutchik & Mizruchi (1983) estudiaron las características de 102 preadolescentes que presentaban conductas suicidas o agresivas. Los resultados indicaron que había dos tipos de niños con conductas suicidas: a) *Solamente suicidas*, que se caracterizaban por un funcionamiento del yo relativamente estable, con una buena visión de la realidad y abiertamente depresivos bajo la influencia de elevados niveles de estrés ambiental; b) *Suicidas-Agresivos* que se distinguían por déficits del yo y tendencia a identificarse con las conductas suicidas de sus padres.

Estos niños exhibían episodios de rabia y conductas agresivas. Según Pfeffer, Plutchik & Mizruchi (1983), los dos subgrupos de niños suicidas se ajustaban a los perfiles descritos por Shaffer (1974) como aislados y solitarios por un lado e impetuosos y violentos por otro. Asimismo, observaron que los padres de los niños suicidas-agresivos se caracterizaban por exhibir conductas agresivas y suicidas.

1.5.1.1.1. Resumen.

La información proporcionada por las investigaciones revisadas parece indicar que existirían dos tipos de sujetos suicidas: los que se manifiestan con violencia y agresividad y los que por el contrario son más bien solitarios y sensibles.

Los términos utilizados con más frecuencia para describir su personalidad son: "solitarios", "reservados", "muy sensibles", "coléricos" e "impulsivos".

1.5.1.2 Características de personalidad del suicida que se fundamentan en el análisis factorial.

Dentro de las teorías de la personalidad que se fundamentan en el análisis factorial, podemos distinguir diferentes aportaciones, que si bien parten de un mismo método, difieren en los procedimientos de cálculo y en los resultados. Un claro ejemplo de ello, son las diferentes dimensiones descritas por dos grandes teóricos de la personalidad: Catell y Eysenck. Mientras el primero halla 16 factores o dimensiones de la personalidad, Eysenck solo describe tres dimensiones básicas de la personalidad: estabilidad emocional versus neuroticismo, extraversión versus introversión y realismo versus psicoticismo. Esta diversidad plantea la necesidad de contemplar los resultados de las investigaciones revisadas en función del marco

teórico que las sustentan y, en definitiva, a partir de los cuestionarios utilizados para medir los factores de personalidad.

1.5.1.2.1. Características de personalidad obtenidas a partir de instrumentos que miden los factores descritos por Catell.

La bibliografía revisada sobre los factores de personalidad descritos por Catell aporta algunos datos interesantes con relación al comportamiento suicida. Karson & O'Dell (1976,1983), por ejemplo, consideran que un sujeto con una puntuación baja en el Factor E y en el A está "negando con gran fuerza la hostilidad inevitablemente sentida, y hay que intentar averiguar por qué". Y añaden, " Si se observa también que esta persona humilde y sumisa es muy baja en F (Impulsividad) y Q1 (Rebeldía) y alta en O (Tendencia a la culpabilidad) y Q4 (Ansiedad flotante) es posible que puedan aparecer en dicho individuo tendencias suicidas, puesto que la hostilidad aparecería casi totalmente volcada hacia sí mismo". No obstante, los resultados obtenidos en los estudios revisados son contradictorios y no coinciden con los planteamientos anteriores. Singh et al. (1987), por ejemplo, estudiaron el perfil de personalidad de 16 casos de tentativa de suicidio (de 11 a 60 años) ingresados en un centro hospitalario y los compararon con un grupo de 16 personas normales de la misma edad y nivel socioeconómico. Mediante el 16 PF ("Sixteen Personality Factor Questionnaire") hallaron diferencias significativas ,en comparación con el grupo control, en los factores B,H,N,O, Q3 y Q4 .Observaron que el factor ansiedad, de segundo orden, era significativamente más alto en el grupo de sujetos con intentos de suicidio y que el 50% de los varones habían realizado la tentativa de suicidio después de una circunstancia social adversa.

Martínez Sánchez et al. (1992), con una muestra similar a la del estudio anterior, examinaron 25 sujetos que habían realizado intentos autolíticos durante el

servicio militar. Hallaron un predominio, estadísticamente significativo, del factor C del cuestionario de personalidad de Catell (16 PF), lo que sugería que los sujetos pertenecientes al grupo de intento de suicidio, en comparación con otros dos grupos (sin patología psiquiátrica y los ingresados en el servicio de psiquiatría por causas varias) eran personas más bien afectadas por los sentimientos, mas inestables emocionalmente y con escasa tolerancia a la frustración. El perfil obtenido en los sujetos con intentos autolíticos los describía como personalidades ansiosas, introvertidas y selectivamente dependientes, y con una clara tendencia al aislamiento. Estos resultados concuerdan, en cierta modo, con la personalidad pasivo-dependiente hallada por otros autores, como Bertagne & Campoli (1990), que informaron de 39 casos de mujeres pasivo-dependientes. Estas mujeres, según Bertagne & Campoli (1990), "no verbalizaban su agresión y utilizaban la conducta suicida como un sistema de funcionamiento ".

I.5.1.2.2. Características de personalidad obtenidas a partir de instrumentos que miden las dimensiones descritas por Eysenck.

Los datos obtenidos también son contradictorios cuando se intentan medir las dimensiones de personalidad descritas por Eysenck en personas que presentan algún tipo de conducta suicida. Igual que en el apartado anterior tenemos dos claros ejemplos. El primero corresponde al estudio de Lolas, Gomez, & Suarez (1991) en el que se aplicó el "Eysenck Personality Questionnaire" (EPQ Revisado) a 63 mujeres de 18 a 65 años que habían llevado a cabo tentativas de suicidio. Los resultados indicaron que psicoticismo era la dimensión que estaba más relacionada con desesperanza, ideación suicida y número de tentativas. Asimismo, extraversión correlacionó negativamente con otras medidas asociadas con la tentativa (depresión, desesperanza, ideación suicida, intención suicida y número de tentativas).

Ponnudurai, Jeyakar & Saraswathy (1986), obtuvieron resultados completamente distintos a los anteriores. Después de estudiar 48 hombres y 38 mujeres que habían realizado tentativas de suicidio, hallaron que las puntuaciones obtenidas en el "Eysenk Personality Questionnaire", por estos sujetos, generalmente eran altas en extraversión y bajas en la escala P.

1.5.1.2.3. Rasgos de personalidad descritos mediante cuestionarios que se fundamentan en otros modelos factoriales de la personalidad.

Existen varios estudios en los que se ha intentado describir la personalidad del sujeto suicida utilizando instrumentos de medida que valoran otras dimensiones o factores de personalidad. Como en los apartados anteriores, los resultados no son muy clarificadores y la utilización de dimensiones no equivalentes, complica todavía más la búsqueda de un consenso y de unos resultados contrastables que puedan despejar nuestras dudas. Veamos también dos ejemplos. En primer lugar tenemos el estudio de Range & Goggin (1989) en el que se utilizó el "California Psychological Inventory". Los autores compararon las puntuaciones obtenidas en 15 adultos con ideas suicidas con un grupo control. Los resultados indicaron que las personas que presentaban ideación suicida eran, según los autores, "menos sanos" que el otro grupo en términos de dominancia, presencia social, responsabilidad, eficacia intelectual y "psychological mindedness". Esta "personalidad débil", siguiendo a Range & Goggin (1989), puede llevar a la desesperanza, la cual a su vez esta asociada con la ideación suicida.

Otro estudio reciente es el de Street & Kromre (1994) en el que analizaron los datos obtenidos después de aplicar el "Myers-Briggs Type Indicator" (MBTI) en 330 estudiantes universitarios. Los investigadores hallaron 4 modelos de conducta suicida: introvertida-perceptora (IP en chicas), introvertido-percibidor-sensible (ISF;

chicos), introvertido-intuitivo-perceptor (INP, chicos) y extrovertida-intuitiva-juzgadora (ENJ, chicas). Siete de las 8 dimensiones de personalidad medidas mediante el MBTI fueron identificadas en estos 4 modelos interactivos, sugiriendo, según los autores, que estas siete dimensiones de personalidad pueden interactuar originando en el individuo un estado que puede propiciar la conducta suicida.

I.5.1.2.4. Resumen.

Hasta el momento los datos obtenidos a través de la investigación son contradictorios y confusos. Sin embargo la idea de que exista una personalidad suicida, o con una mayor predisposición por el suicidio ante situaciones conflictivas, no ha perdido su interés y continúa focalizando la atención de muchos investigadores. Quizás la diversidad de enfoques y la complejidad de la conducta suicida dificultan la obtención definitiva del perfil psicológico del suicida. En todo caso queda por valorar las aportaciones de otros paradigmas del estudio de la personalidad que sí parecen aportar datos coincidentes.

Sin embargo, no sería justo terminar este apartado sin intentar llegar a una conclusión con respecto a los modelos factoriales de la personalidad. De acuerdo con los resultados de los estudios revisados, parece ser que la dependencia, la pasividad, el aislamiento, la ansiedad, la agresividad y la sensibilidad serían factores que podrían estar vinculados con las conductas suicidas, lo que en cierta medida coincidiría con las informaciones obtenidas mediante las autopsias psicológicas.

1.5.1.3 Aspectos cognitivos del niño suicida.

En una línea mucho más pragmática y rigurosa, desde un punto de vista metodológico, los teóricos del enfoque conductual-cognitivo han evaluado la conducta suicida con el objetivo de hallar los mecanismos que expliquen su aparición y mantenimiento. Se trata, en definitiva, de hallar aquellas condiciones o variables que controlan la conducta objeto de estudio. Podríamos destacar, entre otras, tres líneas fundamentales de investigación: las que parten de la teoría de la depresión de Beck intentando hallar en la autoestima y la desesperanza dos variables moduladoras de la conducta suicida, las que centran su atención en el estudio de las estrategias que utiliza el sujeto para afrontar una situación conflictiva o estresante y las que intentan valorar el estilo atribucional del suicida.

1.5.1.3.1. Desesperanza, autoestima y suicidio.

La teoría cognitiva de Beck (1976) sobre la depresión defiende la idea de que el sujeto deprimido tiene una percepción negativa de sí mismo, del entorno y del futuro (tríada negativa). Algunos autores han intentado hallar en estas expectativas, y más concretamente en la desesperanza y la autoestima, dos moduladores de la depresión y la conducta suicida. Los resultados obtenidos, en las investigaciones realizadas hasta la fecha, parecen señalar la existencia de una posible relación entre ambas variables y el acto suicida, siendo la desesperanza, uno de los mejores indicadores del riesgo de suicidio. A continuación se describen, siguiendo el orden cronológico de su publicación, algunos de estos estudios.

Kazdin et al. (1983) evaluaron las variables desesperanza, depresión e intento suicidio en un grupo de 66 niños de 8 a 13 años ingresados en un centro hospitalario. Los niños con ideación o tentativas de suicidio manifestaban mayor desesperanza

que el resto de niños y el intento de suicidio correlacionaba con más consistencia con la variable desesperanza que con la depresión.

Asarnow, Carlson & Guthrie (1987) evaluaron los factores asociados con la depresión y la conducta suicida en una muestra de 18 niños y 12 niñas, de 8 a 13 años, ingresados en un centro psiquiátrico. Obtuvieron una correlación significativa entre las puntuaciones de suicidio y desesperanza. Sin embargo, la correlación parcial entre desesperanza y conducta suicida, controlada por las puntuaciones de la DSRS (utilizada en este estudio para valorar la depresión) no era significativa. Estos resultados contrastan con los hallados con anterioridad por Kazdin et al. (1983). Una posible explicación, según Asarnow, Carlson & Guthrie (1987) de esta discrepancia entre ambos estudios sería la diferente magnitud de las correlaciones obtenidas entre desesperanza y depresión ($r=0.74$ vs. $r=0.20$ en Kazdin et al., 1983).

Kashani, Reid & Rosenberg (1989) estudiaron la desesperanza en una muestra de 210 niños y adolescentes alumnos de escuelas públicas. Los sujetos fueron divididos en tres grupos de edad, 70 en cada grupo, (8, 12 y 17 años). Los resultados indicaron que los niños con puntuaciones elevadas en desesperanza tenían mayor riesgo, no sólo de suicidio o depresión, sino también de psicopatología en general.

Asarnow & Guthrie (1989) examinaron 55 niños de 6 a 13 años ingresados consecutivamente en un instituto de neuropsiquiatría y distribuidos en tres grupos según la severidad de la conducta suicida (ausencia, ideación y tentativa). Los investigadores observaron una asociación estadísticamente significativa de las tentativas de suicidio con diagnóstico de depresión y desesperanza. Sin embargo, la ideación suicida estaba significativamente asociada con la desesperanza pero no con la depresión. Depresión y desesperanza estaban altamente correlacionadas, no obstante, cuando se controlaba la desesperanza no se detectaba asociación entre depresión y nivel de conducta suicida, así como tampoco entre desesperanza y

conducta suicida cuando se controlaba la depresión. Finalmente, se realizaron dos análisis discriminantes. En el primero de ellos la variable desesperanza fue la que mejor discriminó el grupo de ideación suicida del grupo control, sin embargo cerca del 40% de los casos fueron clasificados incorrectamente. En el segundo, las variables desesperanza y depresión entraron conjuntamente en la ecuación de la función discriminante consiguiendo clasificar correctamente el 60% de los casos (tentativas de suicidio vs. no suicidas). Los autores concluyeron que la severidad de las tendencias suicidas estaba significativamente asociada con los autoinformes de desesperanza.

Morano, Cisler & Lemerond (1993) compararon un grupo de 20 adolescentes (13 a 18 años) con tentativas de suicidio con otro grupo de características similares pero con ausencia de tentativas de suicidio. Los resultados indicaron, entre otras cosas, que los adolescentes con intentos de suicidio manifestaban mayor desesperanza que el grupo control.

De Man, Leduc & Labrèche-Gauthier (1993) estudiaron una muestra de 272 chicos adolescentes canadienses (francófonos) y 286 chicas de 11 a 18 años. Los resultados indicaron que la ideación suicida estaba positivamente relacionada con depresión, estrés, abuso de drogas y alcohol, y negativamente con autoestima, satisfacción con el apoyo social y absentismo escolar.

Cotton & Range (1993) estudiaron una muestra de 33 niños y 27 niñas escolares de 6 a 13 años y hallaron que la desesperanza no estaba relacionada con las conductas suicidas. En este estudio, la variabilidad de la escala de desesperanza era muy baja y la escala que media la conducta suicida perdió su consistencia interna. Según Cotton & Range (1993), parece ser que la desesperanza en la población normal es una variable imprecisa en claro contraste con los altos índices de fiabilidad observados en poblaciones con patología psiquiátrica.

Marciano & Kazdin (1994) evaluaron la depresión, la desesperanza y la autoestima en tres grupos de niños (n=123) de 6 a 13 años, (con ideación suicida, con tentativas de suicidio y grupo control no suicida), ingresados en un centro hospitalario. Los niños que habían realizado conductas suicidas manifestaron significativamente mayor desesperanza, sintomatología depresiva y baja autoestima que los no suicidas. La depresión, medida a través del CDI fue el mejor predictor de la ideación y la tentativa suicida, mientras que la desesperanza y la autoestima no mejoraron la discriminación entre ambos grupos cuando se utilizaba la puntuación del CDI. Por otra parte, cuando la desesperanza era la única variable que entraba en la ecuación discriminante conseguía clasificar solamente el 60,5% del grupo control y el 52,5% del grupo suicida, mientras que cuando entraba conjuntamente con la puntuación del CDI, la función conseguía clasificar correctamente el 71,1% del grupo control y el 63,9% del grupo de niños suicidas. Asimismo, cuando la puntuación del CDI fue substituida por el diagnóstico de depresión, la puntuación de la SEI (autoestima) fue la única medida que entró en la ecuación de la función discriminante. Además, las niñas fueron clasificadas con mayor precisión que los niños y la contribución de las variables depresión y autoestima en la discriminación de los grupos (suicidas vs. no suicidas) varió en función de la edad de los niños.

I.5.1.3.1.1. Resumen.

Los resultados obtenidos en las investigaciones revisadas parecen indicar que existe una relación entre las variables depresión, desesperanza y autoestima, y las conductas suicidas. Sin embargo, se detectan diferencias en función del sexo y del tipo de población estudiada. En algunos estudios con población normal estas variables no se encuentran vinculadas con las conductas suicidas. Por otro lado, la asociación estadística entre desesperanza y conductas suicidas puede variar según

la magnitud de la relación observada entre depresión y desesperanza en la muestra estudiada. Cuando el coeficiente de correlación entre desesperanza y depresión es elevado, y se controla la variable depresión, la desesperanza no parece estar relacionada con la conducta suicida. Sin embargo, cuando la correlación es baja, ocurre todo lo contrario.

1.5.1.3.2. Inflexibilidad cognitiva.

Una de las principales características del adulto suicida según Patsioka et al. (1979) es la inflexibilidad cognitiva. Este término se define como una escasez de divergencia del pensamiento, en la que el individuo no es capaz de ver, ante una situación determinada, nuevas perspectivas o hallar nuevas soluciones a un problema cuando las anteriores han fracasado (Orbach, 1988). Se trata por tanto, de una distorsión del pensamiento que se caracteriza por la insistencia en las elecciones dicotómicas: se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios (McKay, Davis & Farming 1985). Este pensamiento dicotómico crea un mundo en blanco y negro que invalida al sujeto para que desarrolle soluciones alternativas y adaptativas delante de una situación estresante. De tal manera que el suicidio se presenta como la única solución posible para resolver el problema. Orbach, Rosenheim & Hary (1987), partiendo de este supuesto, observaron tres grupos de niños de 6 a 12 años (normales, suicidas y con alguna enfermedad crónica) centrando, por tanto, su atención en la posible relación entre algunos aspectos de la inflexibilidad cognitiva y la conducta suicida. Los resultados indicaron que el niño suicida, en comparación con los otros dos grupos, tiende a ser incapaz de generar actitudes alternativas relacionadas con la vida y la muerte. Esta similitud entre niños y adultos suicidas revela que el niño suicida, al igual que el adulto, cuando se enfrenta a una situación estresante específica, se produce en él una

interacción entre su inhabilidad para generar respuestas alternativas y la ideación suicida, prevaleciendo la conducta suicida como única solución aceptable o vía de salida para resolver el conflicto.

En esta misma línea, Asarnow, Carlson & Guthrie (1987) evaluaron un conjunto de factores asociados a la depresión y la conducta suicida en niños, de 8 a 13 años, con patología psiquiátrica. Entre estos factores se hallaban las estrategias de "coping", definidas por Avia (1986) como el repertorio de habilidades y destrezas que utiliza un individuo para hacer frente activamente a situaciones productoras de estrés. Si bien no hallaron diferencias entre los niños suicidas y no suicidas, observaron que estos últimos generaban más estrategias de "coping" activas, lo que sugería según Asarnow, Carlson & Guthrie (1987) que el niño suicida puede fallar en la generación espontánea de estrategias mediacionales cognitivas para regular sus respuestas conductuales y afectivas cuando se encuentra ante acontecimientos vitales estresantes. Por otro lado, cuatro de los niños estudiados pensaron espontáneamente en el suicidio como estrategia de enfrentamiento ante una situación estresante, de los cuales solo dos (50%) tenían ideación suicida y ninguno de ellos antecedentes de tentativa de suicidio.

1.5.1.3.2.1. Resumen.

Parece ser que los niños con comportamientos suicidas tienen una menor capacidad de generar soluciones alternativas, en comparación con los niños no suicidas, cuando se enfrentan a una situación difícil o estresante. Sin embargo, se requieren más datos y se precisa de una mayor investigación, sobre tan importante aspecto, para poder sacar conclusiones definitivas.

1.5.1.3.3 Ideación suicida y "locus of control".

Finalmente, no sería razonable terminar este apartado de variables cognitivas sin hablar del estilo atribucional, y más concretamente del tipo de atribuciones que manifiesta la persona con deseos de quitarse la vida. Abramson et al. (1978), explican la depresión a partir del modelo reformulado de la "indefensión aprendida" en el que la falta de contingencia entre las respuestas del individuo y los estímulos que recibe de su entorno, produciría la aparición de los síntomas depresivos. Las creencias de incontrolabilidad o indefensión se describen mediante un sistema tridimensional de atribuciones causales: Externo-interno, Global-Específico y Crónico-Inestable (Abramson et al. ,1978). Con independencia de la desesperanza y la autoestima, a las que nos hemos referido anteriormente, existen datos que revelan una asociación entre "locus of control" y conducta suicida. Parece ser que los adolescentes que realizan algún tipo de conductas suicidas tendrían un "locus of control" externo (Pearce & Martin, 1993), y atribuirían preferentemente, los buenos acontecimientos a causas globales; según se demuestra en un estudio realizado por Spirito, Overholser & Hart (1991).

La probabilidad de que exista un perfil atribucional que caracterice a los niños que realizan conductas suicidas merece atención, dadas las posibilidades de prevención e intervención existentes en este campo, así como una mayor investigación que permita llegar a conclusiones definitivas sobre las posibles relaciones entre "locus of control" y conducta suicida.

1.5.1.3.4. Atracción y repulsión por la vida y la muerte. Breve aproximación al modelo de Orbach.

Orbach (1988) ha propuesto un modelo teórico de la conducta suicida en los niños, que se basa en sus actitudes hacia la vida y la muerte. La premisa central de este modelo es que la conducta autodestructiva es un proceso compuesto de fuerzas de oposición (conceptualizaciones cognitivas) que operan simultáneamente. Si bien estas fuerzas están presentes en todos los individuos, en las personas que presentan algún tipo de conducta suicida forman una constelación especial de relaciones y fuerzas internas que conducen al suicidio. De este modo, el suicidio en el niño, como en adulto, no es simplemente una reacción ante un problema específico, sino una respuesta que requiere un estado particular de la organización de la mente y la personalidad.

Cada una de estas fuerzas puede ser descrita como una actitud formada por conceptualizaciones cognitivas, estados emocionales y tendencias motivacionales sobre la vida y la muerte. Orbach (1988) las define como ideas, percepciones, creencias y motivaciones que, combinadas, crean una cualidad experiencial o un estado único de la mente.

Orbach identifica cuatro actitudes o dimensiones energéticas:

Atracción por la vida (A.L.): grado en que la vida es atractiva y agradable para el sujeto, estando determinada por su nivel de satisfacción o realización. Esta actitud puede actuar como fuerza motivacional positiva para seguir viviendo.

Repulsión a la vida (R.L.): se refiere a las experiencias de sufrimiento psicológico y físico, tales como rechazo de los padres, maestros y compañeros; demandas para resolver problemas irresolubles etc. Estas experiencias pueden combinarse formando una fuerza motivacional contraria a la vida.

Atracción por la muerte (A.D.): se refiere a las creencias religiosas y culturales acerca de la muerte. En el niño, la atracción por la muerte puede manifestarse en forma de percepciones defensivas y distorsionadas de la muerte. Un ejemplo de ello, sería el creer que después de la muerte existe otra vida mejor que la anterior, o que se trata de una continuación de la vida actual en la que se puede reunir con una persona querida etc. Estas ideas pueden generar en el individuo una buena motivación para la realización de la conducta suicida tanto en los niños como en los adultos.

Repulsión a la muerte (R.D.): Se refiere al grado con que la muerte despierta temor y ansiedad. Estas reacciones emocionales reflejan en parte una percepción de la muerte como un hecho que implica un final irreversible. Estas creencias actúan como una barrera que impide la muerte voluntaria por suicidio.

La idea central del modelo de Orbach es que el niño normal y el suicida difieren en intensidad en cada una de estas cuatro actitudes, entendidas como dimensiones independientes.

Orbach defiende su modelo basándose en la evidencia empírica. Los resultados de sus investigaciones avalan la existencia de estas cuatro actitudes. En un estudio realizado por Orbach et al. (1983) en el que se evaluaron estas actitudes en un grupo de niños suicidas y en otro de niños normales, de 6 a 12 años, se observó que tales actitudes permitían discriminar los niños suicidas de los que no lo eran. De tal manera que las respuestas halladas en el niño suicida en las cuatro actitudes eran significativamente diferentes de las del niño normal. El niño suicida mostraba un alto grado de atracción por la muerte y menor repulsión a la muerte que el niño normal. Además, presentaba mayor repulsión a la vida y menor atracción por ésta. Posteriormente en un segundo estudio Orbach et al. (1984) compararon tres grupos de niños de 6 a 12 años: niños suicidas, niños normales y niños que padecían

algún tipo de enfermedad crónica. Los perfiles de los niños suicidas y normales fueron idénticos a los del estudio anterior con una excepción: no había diferencias con respecto a la atracción por la vida. Por otro lado, los niños enfermos, que diferían de los otros dos grupos, presentaban un alto grado de repulsión a la vida y una atracción por la muerte superior a la de los niños normales. Asimismo, su puntuación en repulsión a la muerte fue más alta que la de los niños suicidas pero más baja que la de los niños normales. Según Orbach et al. (1984) estos niños sentían un considerable grado de atracción por la vida, pero al mismo tiempo manifestaban repulsión, debido al sufrimiento psíquico y físico inmediato e innegable que experimentaban en el curso de su enfermedad y tratamiento.

Recientemente, Cotton & Range (1993) han intentado replicar el modelo de Orbach utilizando una muestra de 60 niños escolares de 6 a 13 años. Los resultados del estudio revelaron que las dimensiones atracción y repulsión por la vida y la muerte no estaban relacionadas con las conductas suicidas. Según Cotton & Range (1993) los niños evaluados eran poco ambivalentes con relación a la vida y la muerte, en clara contraposición con los suicidas. Consecuentemente, estas actitudes quizás no sean tan intensas en los niños normales.

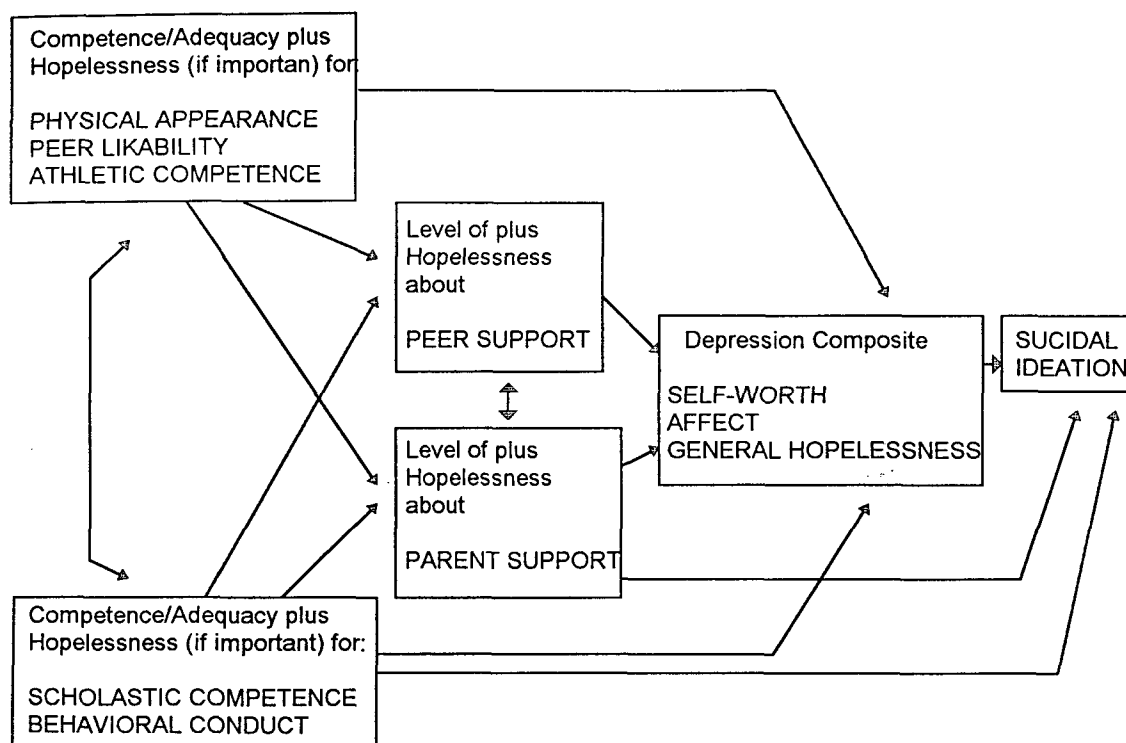
1.5.1.3.5. Modelo de los factores de riesgo psicosociales y mediadores de la ideación suicida de Harter, Marold & Whitshell (1992).

Harter, Marold & Whitshell (1992) han desarrollado un interesante modelo de factores de riesgo psicosociales y mediadores de la ideación suicida. Estos autores defienden la idea de que tanto en la depresión como en las conductas suicidas están implicados diversos factores, que se pueden agrupar en tres grandes bloques:

biológicos, epidemiológicos y psicosociales. Harter, Marold & Whitshell (1992), sin embargo han centrado su estudio en el último grupo de factores de riesgo.

En el modelo propuesto por Harter, Marold & Whitshell (1992) el autoconcepto y el apoyo social tienen un impacto en los componentes de la depresión (la autoestima, la afectividad y la desesperanza general). Estos componentes de la depresión a su vez mediatizan la ideación suicida en los jóvenes. Desde esta perspectiva, la ideación suicida es conceptualizada como una reacción ante el estado depresivo, como un esfuerzo para afrontar, o escapar de las cogniciones y sentimientos dolorosos que afectan al individuo. En un estudio reciente, con 346 escolares de 12 a 15 años, Harter, Marold & Whitshell (1992) han constatado que tanto el autoconcepto (capacidad, suficiencia) como el apoyo familiar y social son los mejores predictores de los componentes depresivos, los cuales a su vez predicen la ideación suicida. También observaron que la autoestima, el afecto deprimido y la desesperanza eran los mejores predictores de la ideación suicida, mientras que las percepciones de éxito o aptitud escolar y de la conducta, asociadas con los niveles de apoyo familiar o de los padres, tenían un impacto independiente en la ideación suicida. Este modelo, según sus autores, sugiere la existencia de una serie de vías que representan una secuencia de acontecimientos que pueden culminar con la consideración, por parte del sujeto, de la posibilidad de contemplar el suicidio.

Otro aspecto interesante de esta investigación es la obtención de dos cluster de autoconcepto. El primer factor estaría formado por "el aspecto, competencia atlética y compañerismo" que caracterizaría a un tipo de componente depresivo, y el segundo estaría formado por "competencia, capacidad escolar y conducta". Este segundo factor, según los autores, tiene un gran impacto en la percepción del apoyo familiar, probablemente porque los adolescentes creen que estas áreas son las más valoradas por sus padres.



Harter, Marold & Whitshell (1992)

1.5.2. Psicopatología y suicidio.

Existen suficientes datos que avalan la idea de que las personas que realizan conductas suicidas generalmente padecen alguna patología psiquiátrica. Sin embargo, también es cierto que muchas de ellas nunca han sido diagnosticadas de trastorno mental. Entre las enfermedades mentales frecuentemente vinculadas con el suicidio figuran la depresión, el trastorno de personalidad *border-line* y los trastornos psicóticos, entre otros, siendo los trastornos afectivos los más relevantes.

I.5.2.1. Depresión.

La depresión ha sido quizás una de las variables más estudiadas con relación al suicidio. Considerada la conducta suicida como un síntoma de la depresión, multitud de estudios señalan la existencia de una importante relación entre ambas. No obstante, no todos los individuos que padecen depresión desarrollan conductas suicidas, ni todos los suicidas están deprimidos. Es más, algunos investigadores como Carlson & Cantwell (1982), han podido discriminar claramente tres grupos: niños deprimidos sin conductas suicidas, niños deprimidos y que presentan conductas suicidas, y niños no deprimidos que realizan conductas suicidas.

La presencia, por tanto, de trastornos afectivos es un hecho habitual en aquellas personas que presentan conductas de suicidas. Sin embargo, como demuestra la evidencia empírica, existen otras patologías psiquiátricas que también las pueden acompañar. Garfinkel, Froese & Hood (1982) realizaron un interesante estudio retrospectivo de 505 niños y adolescentes ingresados en un centro hospitalario por tentativa de suicidio. Los resultados indicaron que los síntomas más frecuentes en el momento del ingreso eran los estados disfóricos (55,3%), si bien el 41,3% de los pacientes mostraba agresividad y/o hostilidad y el 33,6% reacciones de crisis. Con menor frecuencia, durante los siete años que se revisaron las historias clínicas de los pacientes, el 11,9% de los niños atendidos presentaba drogadicción, el 11,07% síntomas neuróticos, el 11% síntomas histriónicos y el 5,8% síntomas esquizoides.

Taylor & Stansfeld (1984) también estudiaron 50 niños de 8 a 17 años que habían ingresado en un centro hospitalario por tentativa de suicidio, utilizando el método de autoenvenenamiento, y los compararon con 50 niños que recibían tratamiento psiquiátrico ambulatorio. Los resultados indicaron que los niños

ingresados por autoenvenenamiento mostraban más síntomas psiquiátricos y alteraciones en sus relaciones familiares que los niños del grupo control. Los niños que habían atentado contra su vida frecuentemente cumplían con los criterios diagnósticos de trastorno depresivo.

Rosenthal & Rosenthal (1984) examinaron un grupo de 16 niños con conductas suicidas de entre 2.5 y 5 años, pacientes psiquiátricos, y los compararon con 16 niños que presentaban problemas de conducta. Los niños con conductas suicidas mostraban significativamente mayor agresión autodirigida, pérdida de interés, ideas mórbidas, depresión, impulsividad e hiperactividad, así como conductas de huida. Los autores definieron cuatro subgrupos según la motivación que tenían los niños para cometer el acto suicida: reunión con una figura importante para el niño, autocastigo, huida y modificación de una situación vital insoportable.

Myers, Burke & McCauley (1985) identificaron, durante cuatro años, todos los niños suicidas ingresados en una unidad psiquiátrica de un hospital pediátrico con la finalidad de examinar el diagnóstico y las variables psicosociales que los diferenciaban de los otros niños. Los resultados indicaron que los niños suicidas presentaban mayor historia familiar de conductas suicidas, acontecimientos estresantes agudos, abusos y un alto coeficiente intelectual. La depresión en estos niños correlacionaba alta y significativamente con la conducta suicida pero no con la gravedad del intento.

Marriage et al. (1986) evaluaron la depresión en 60 niños, de los cuales 11 cumplieron a la vez con los criterios diagnósticos del DSM-II de trastorno de conducta y trastorno afectivo. Los síntomas de impulsividad, depresión, fatiga e ideación suicida, que caracterizaba a estos 11 sujetos sugería, en opinión de los autores, que tenían un riesgo más elevado de conducta suicida que los niños incluidos en otros grupos diagnósticos.

Brent et al. (1986) evaluaron 231 niños de 6 a 18 años que recibían tratamiento psiquiátrico. Observaron que tanto la sintomatología depresiva como el diagnóstico de depresión correlacionaban con la severidad de la conducta suicida.

Pfeffer et al. (1986) compararon 101 niños pacientes psiquiátricos, que recibían atención ambulatoria, con un grupo de pacientes ingresados y otro grupo de niños sin patología psiquiátrica. Hallaron que las variables psicopatología general reciente, preocupación por la muerte y depresión (tanto actual como anterior a la valoración) estaban significativamente asociadas con la conducta suicida en los tres grupos.

Chung, Luk & Mak (1987) después de estudiar 67 niños, de edad inferior a los 16 años, ingresados en un hospital psiquiátrico de Hong Kong por tentativa de suicidio, concluyeron que la mayoría de ellos presentaban síntomas depresivos.

Asarnow, Carlson & Guthrie (1987) evaluaron los factores asociados con la depresión y la conducta suicida en una muestra de 30 niños de 8 a 13 años (18 niños y 12 niñas) ingresados en un centro psiquiátrico. Observaron índices elevados de ideación y tentativa de suicidio en los niños que padecían depresión.

Brent (1987) revisó 131 casos de tentativas de suicidio correspondientes a 126 pacientes de un Hospital Infantil de Pittsburgh, con la finalidad de analizar los correlatos de la letalidad médica de las tentativas de suicidio realizadas por niños y adolescentes. Observó que la capacidad del agente letal era el mayor determinante de la gravedad de las tentativas impulsivas, así como la tentativa de suicidio y la severidad del estado psicopatológico del individuo eran factores que podían aumentar la letalidad en aquellos sujetos que estaban desesperanzados o que presentaban estados disfóricos. También halló que en el sexo masculino, los antecedentes de tentativa de suicidio, la depresión y la historia de trastorno afectivo familiar eran correlatos de la letalidad médica de la conducta suicida. Según Brent, estos datos apoyan la idea de que las características de los que cometen tentativas

de suicidio, con un alto grado de letalidad, son similares a las características de los que consuman el acto suicida.

Ropstad (1988) realizó un estudio retrospectivo de los niños y adolescentes asistidos en el servicio de urgencias de una policlínica paidopsiquiátrica de Noruega. De los 71 casos hospitalizados (16 de los cuales eran re-ingresos) 21 habían realizado tentativas de suicidio, siendo ésta la causa principal de su ingreso. El 85,71% de los niños y adolescentes ingresados por tentativa de suicidio fueron diagnosticados de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo (DSM III , 309.00).

Hoberman & Garfinkel (1988) estudiaron los registros y notas médicas de 229 niños y adolescentes que murieron por suicidio entre 1975 y 1985. El 28% de estos sujetos había sido diagnosticado de trastorno depresivo, el 10% eran alcohólicos, el 12 % drogadictos, el 7% presentaban trastornos de conducta, el 2 % esquizofrenia y el 2% trastorno bipolar.

Velez & Cohen (1988) examinaron una muestra aleatoria de 752 niños de 9 a 18 años y sus correspondientes madres. Hallaron que los niños que habían cometido tentativas de suicidio cumplían con frecuencia los criterios diagnósticos de depresión mayor, presentaban síntomas depresivos y elevado sufrimiento como consecuencia de su estado depresivo. El 19% de los niños con tentativas de suicidio cumplió con los criterios diagnósticos de depresión mayor del DSM-III frente al 1,1% del grupo control.

Runeson (1989) realizó un estudio retrospectivo de los suicidios realizados por jóvenes (15 a 29 años) y registrados durante tres años en la ciudad de Gothenburg (Suecia). Los resultados indicaron que la mayoría padecía depresión mayor. En un considerable número de casos, se detectó la presencia de trastorno de personalidad *borderline* y esquizofrenia.

Asarnow & Guthrie (1989) distribuyeron 55 niños, de 6 a 13 años, ingresados en un instituto de neuropsiquiatría, en tres grupos, según la severidad de la conducta suicida, (ausencia, ideación y tentativa). El 41% de los niños del grupo de tentativas de suicidio fue diagnosticado de depresión mayor mientras que solo el 23% del grupo de niños no suicidas recibió el mismo diagnóstico. Curiosamente el porcentaje de depresión mayor en el grupo de ideación suicida fue del 0%. Los porcentajes de distimia o ciclotimia fueron del 30% en el grupo no suicida y con ideación, y del 23% en el de tentativas, mientras que el diagnóstico de depresión con comorbilidad fue del 26%, 20% y 32 % respectivamente. El 75% de los niños con antecedentes repetitivos de tentativa de suicidio (6 de 8) cumplieron los criterios diagnósticos de depresión mayor, distimia o ciclotimia. De los dos restantes, uno cumplió con los criterios de esquizofrenia con diagnóstico secundario de depresión atípica y el segundo mostraba signos de trastorno de estrés postraumático. Otro dato interesante de este estudio fue la asociación que se encontró entre tentativas de suicidio con diagnóstico de depresión y desesperanza. Sin embargo, observaron que la ideación suicida estaba significativamente asociada con la desesperanza pero no con la depresión. Depresión y desesperanza estaban altamente correlacionadas, sin embargo cuando se controlaba desesperanza no existía asociación entre depresión y nivel de conducta suicida, de igual manera que tampoco se observaba asociación entre desesperanza y conducta suicida cuando se controlaba depresión. Finalmente se realizaron dos análisis discriminantes. En el primero de ellos la variable desesperanza fue la que mejor discriminó el grupo de ideación suicida del grupo control, sin embargo cerca del 40% de los casos fueron clasificados incorrectamente. En un segundo análisis, las variables desesperanza conjuntamente con diagnóstico de depresión consiguieron clasificar correctamente cerca del 60% de los casos con tentativa de suicidio.

Kosky, Silburn & Zubrick (1990) compararon los síntomas clínicos y los factores sociales en 340 jóvenes australianos, atendidos en régimen ambulatorio. De los 340 jóvenes estudiados, cuya media de edad era de 12,9 años, 258 presentaban ideación suicida y 82 habían realizado tentativas de suicidio. Los sujetos con ideación suicida no se diferenciaban de los sujetos con tentativas de suicidio con relación a los síntomas clínicos. Ambos grupos tenían niveles altos de sintomatología depresiva, ansiedad, trastorno del sueño e irritabilidad. Los trastornos de conducta eran poco frecuentes en ambos grupos, pero el 22% de los sujetos que habían intentado suicidarse eran drogadictos o alcohólicos.

Myers et al. (1991) siguieron el curso de las conductas y pensamientos suicidas en 76 jóvenes de 7 a 17 años que recientemente habían sufrido un episodio de depresión mayor. El 72% de los sujetos evaluados presentó algún tipo de conducta suicida durante el estudio. Según Myers et al. (1991), tres variables predijeron la conducta suicida: severidad inicial de la conducta suicida, cólera y edad. En opinión de estos autores la conducta suicida y la cólera pueden indicar la existencia de un tipo de depresión "predominantemente irritable".

Myers et al. (1991) desarrollaron un modelo jerárquico de regresión múltiple con la finalidad de evaluar los factores de riesgo potenciales de la conducta suicida en 138 jóvenes de edades comprendidas entre los 7 y los 17 años. Las variables se evaluaron en tres áreas: autopercepciones, demografía y diagnóstico, y entorno/hogar. El trastorno de depresión mayor fue controlado con la finalidad de evaluar los riesgos potenciales en una muestra diagnósticamente heterogénea, y posteriormente evaluar estos riesgos en una submuestra con trastorno depresivo mayor. Los predictores que emergieron, como los más importantes en ambas muestras, fueron los problemas de conducta y los sentimientos depresivos. Desesperanza, estrés vital, y presencia de psicopatología en la madre predijeron la conducta suicida en el total de la muestra.

Domènech, Canals & Fernandez-Ballart (1992), en un estudio de seguimiento de la población escolar de Reus, observaron la existencia de una clara relación entre la ideación suicida y la sintomatología depresiva tanto en los niños como en las niñas. Sin embargo, las niñas con ideación suicida tenían puntuaciones más elevadas en el CDI.

Asarnow (1992) examinó la asociación entre tendencias suicidas, depresión y percepción del entorno familiar en una muestra de 55 niños, ingresados en un instituto neuropsiquiátrico, cuyas edades oscilaban entre los 6 años 9 meses y los 13 años 5 meses. Los resultados del estudio revelaron que los niños que presentaban ideación o tentativas de suicidio tenían puntuaciones más elevadas en una escala de sintomatología depresiva, en comparación con los niños que no presentaban tales conductas.

Kovacs, Goldston & Gatsonis (1993) determinaron las tasas de ideación suicida y tentativas de suicidio en 134 pacientes (8 a 13 años), asistidos en régimen ambulatorio por trastorno depresivo, y 49 jóvenes, por otros trastornos psiquiátricos. Observaron que la presencia de trastorno depresivo mayor y trastorno distímico estaba asociado con altos índices de conducta suicida.

De Man, Leduc & Labrèche-Gauthier (1993) estudiaron una muestra de 272 chicos adolescentes canadienses (francófonos) y 286 chicas de 11 a 18 años. Los resultados indicaron que la ideación suicida estaba positivamente correlacionada con la depresión, estrés, drogadicción y alcoholismo, y negativamente con autoestima, satisfacción con el apoyo social y absentismo escolar.

Marciano & Kazdin (1994) evaluaron la depresión, la desesperanza y la autoestima en 123 niños, de 6 a 13 años, ingresados en un centro hospitalario. Los sujetos se distribuyeron en tres grupos en función de la severidad de la conducta suicida: con ideación suicida, con tentativas de suicidio y grupo control no suicida. Los resultados indicaron que los niños con conductas suicidas manifestaban

significativamente mayor desesperanza, sintomatología depresiva y baja autoestima que los no suicidas. La depresión, medida a través del CDI fue el mejor predictor, tanto de la ideación como de la tentativa suicida, mientras que la desesperanza y la autoestima no mejoraron la discriminación entre ambos grupos cuando se utilizaba la puntuación del CDI. Usando solamente la medida del CDI, los autores consiguieron clasificar correctamente el 71,8% del grupo de niños no suicidas y el 59,4% del grupo suicida (63,9% del total de los casos correctamente clasificados). Cuando la puntuación del CDI fue substituida en el análisis discriminante por el diagnóstico de depresión, la puntuación de la SEI (autoestima) fue la única medida que entró en la ecuación de la función discriminante. Finalmente las dos medidas de depresión (CDI y diagnóstico de depresión) consiguieron clasificar correctamente el 71,8% de los sujetos del grupo control y el 65,2% del grupo suicida (67,6% del total de sujetos).

Harrington et al. (1994) realizaron un estudio de seguimiento de 60 niños pacientes psiquiátricos con trastorno depresivo y 67 niños pacientes psiquiátricos sin depresión (grupo control) hasta alcanzar la edad adulta. Los resultados indicaron que el mejor predictor de la tentativa de suicidio al llegar la edad adulta era la existencia de depresión durante la infancia. Según estos investigadores, el poder predictivo no reside en la asociación entre depresión en la infancia y otros factores de riesgo tales como trastornos de conducta o conductas suicidas, sino más bien en los vínculos entre depresión en la infancia y depresión mayor en la vida adulta.

Domènech et al. (1995) en un estudio de la población escolar de 8º de E.G.B. de Barcelona, observaron que la depresión y la ideación suicida estaban relacionadas. La prevalencia de la ideación suicida, en el grupo de adolescentes que habían alcanzado una puntuación superior a 17 en el CDI era del 55,5%, mientras que en el grupo que no presentaba sintomatología depresiva (puntuación en el CDI inferior a 17) la prevalencia era del 11,5%.

Finalmente, algunos autores sugieren la existencia de un síndrome pre-suicida, cuyos síntomas son interpretados como equivalentes depresivos. Sarró & De la Cruz (1991) citan en su obra "Los suicidios" a Ringel que durante el año 1949 estudió 745 tentativas de suicidio de la población vienesa y a partir de sus observaciones describió este síndrome a partir de la presencia de tres síntomas. Cito literalmente " *El primero se caracterizaba por una constricción y reducción de la vida psíquica con un pérdida de las fuerzas dirigidas al exterior y un aislamiento progresivo. Luego aparecía una inhibición de los impulsos agresivos, que al no descargarse hacia fuera se dirigían a uno mismo, y, por último, había una huida hacia la irrealidad, apareciendo las fantasías de suicidio.*"

Lochel (1984), basándose en los resultados de 2 años de estudios de las ideas suicidas, describe también un síndrome presuicida en niños y adolescentes, a partir de la existencia de tres factores: exacto conocimiento de como cometer el suicidio, presencia de estados disfóricos y presencia de síntomas psicósomáticos. Los resultados de esta investigación indican que el 80% de los 40 pacientes de 9 a 18 años que fueron entrevistados después de realizar la tentativa de suicidio mostraban este síndrome. Los síntomas del síndrome, según Lochel (1984) son considerados como equivalentes depresivos.

1.5.2.1.1. Resumen

Los resultados obtenidos en los estudios revisados revelan la existencia de una clara relación entre depresión y conductas suicidas. No obstante, existen otros trastornos psicopatológicos que pueden acompañar a las conductas suicidas, como los trastornos de personalidad *borderline*, la esquizofrenia, las conductas adictivas, (alcoholismo y drogadicción), ansiedad , etc..

1.5.2.2. Otros trastornos mentales asociados con la conducta suicida.

Las investigaciones expuestas en el apartado anterior demuestran que algunos trastornos como agresividad, trastornos postraumáticos, impulsividad, hiperactividad, conductas de huida, alcoholismo, abuso de sustancias ilegales o drogadicción, trastorno de conducta, esquizofrenia, trastornos de personalidad *borderline*, ansiedad, trastornos del sueño o la irritabilidad, se hallan con frecuencia presentes en los sujetos que manifiestan conductas suicidas, siendo sin embargo, el diagnóstico de depresión el más común. Todo parece indicar que las personas con algún trastorno psiquiátrico tienen un riesgo más elevado de desarrollar conductas suicidas. Es más, a menudo se sugiere la necesidad de valorar el riesgo de suicidio en estos pacientes.

Aparte de los estudios descritos en el apartado anterior me gustaría presentar otras investigaciones que apoyan esta idea.

Lewis et al. (1983) estudiaron un total de 55 niños de 5 a 12 años ingresados en un servicio de psiquiatría infantil, de los cuales 21 eran agresivos homicidas. Estos últimos, en comparación con los demás niños, tenían más probabilidad de realizar tentativas de suicidio.

Rydelius (1984) estudió los casos de muerte acaecidos durante los años 1970-1980 entre los 1206 pacientes tratados en un departamento de psiquiatría infantil de una importante ciudad de Suecia. Veinticuatro de los niños tratados murieron antes de 1981, de los cuales 15 fallecieron por suicidio (8 niños y 7 niñas). Los motivos por los cuales fueron tratados antes de su suicidio fueron: 3 por tentativa de suicidio, 4 por psicosis acompañada de abuso de sustancias tóxicas (cannabis), 4 por psicosis sin abuso de sustancias, 2 por abuso de sustancias tóxicas, 1 por alcoholismo y trastorno de evitación, y 1 por agresión.

Kashani, Goddard & Reid (1989) estudiaron los correlatos de la ideación suicida en una muestra de 210 niños y adolescentes de 8, 12 y 17 años. Los niños que tenían ideas suicidas presentaban mayor psicopatología que los niños sin ideación suicida. Asimismo, los padres de los niños con ideación suicida experimentaban un nivel elevado de angustia.

Livingston & Bracha (1992) estudiaron la asociación entre síntomas psicóticos y conducta suicida en 90 niños hospitalizados de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años. Las amenazas y las tentativas de suicidio eran mas frecuentes en los sujetos con trastorno psicótico, detectándose una asociación más elevada entre alucinaciones visuales y conducta suicida que entre ideación psicótica o alucinaciones auditivas.

Johnson (1993) estudió los registros de 100 niños obsesivos tratados en el Maudsley Hospital durante los años 1968-1983. La ideación suicida era infrecuente en estos niños.

Thomse (1994) en una muestra de 20 niños y adolescentes de 8 a 18 años, encontró que la depresión y los pensamientos suicidas eran frecuentes en los niños con trastorno obsesivo-compulsivo.

I.5.2.2.1. Resumen.

La evidencia empírica revela que los sujetos que presentan algún trastorno psiquiátrico o psicopatológico tienen más probabilidad de manifestar conductas suicidas. Estos resultados son coherentes con los datos epidemiológicos que indican un mayor porcentaje de conductas suicidas entre aquellos sujetos que reciben algún tratamiento psiquiátrico, ya sea en régimen ambulatorio o ingresados en centros asistenciales.

I.5.3. Variables socio-demográficas y del entorno.

Bajo este título abrimos un nuevo apartado que aglutina un conjunto de variables, tanto o más importantes que las anteriores, que por su trascendencia y relevancia deben ser consideradas como posibles factores de riesgo de la conducta suicida. Es más, algunos de estas variables, como el entorno familiar, pueden llegar a convertirse, como veremos más adelante, en uno de los principales predictores del suicidio.

I.5.3.1. Variables demográficas.

De entre todas las variables demográficas estudiadas el sexo es quizás la única variable a destacar. Las otras variables, tales como la raza, la nacionalidad etc. no constituyen un hecho diferenciador y la evidencia empírica así lo constata. Sin embargo, la religión o las creencias espirituales del individuo pueden estar implicadas favoreciendo la prevención del suicidio (Galanter, 1982), o por lo contrario, la generación de conductas autodestructivas, especialmente en los movimientos religiosos carismáticos, como el suicidio colectivo de Jonestown (Richardson, 1980).

Los resultados obtenidos a través de la investigación señalan la existencia de claras diferencias, con relación a las conductas suicidas, en función del sexo. Estos hechos diferenciales, algunos de los cuales ya han sido comentados anteriormente, se concentran en tres áreas. En primer lugar, una mayor tasa de mortalidad por suicidio consumado en los varones. Kotila & Lönnqvist (1989), por ejemplo, en un estudio en el que se analizaron 362 casos de tentativas de suicidio en adolescentes de 15 a 19 años, observaron que la mortalidad anual por suicidio era

significativamente mayor en los chicos que en las chicas, especialmente entre aquellos chicos que presentaban estados psicóticos.

No obstante, estos resultados no son similares en todos los países, como lo demuestra el estudio de Barraclough (1987) en el que se examinaron las tasas de suicidio publicadas en el "World Health Statistics Annual" durante los años 1973-1985 relativas a la población infantil (de 5 a 14 años). En cuarenta de los estados revisados, las tasas de suicidio en las niñas eran mayores o iguales que las de los niños. Estos estados se podían agrupar en tres grandes regiones: América Latina, Asia y Portugal. Por contra, en U.S.A. y en Hungría se produjeron de 3 a 4 veces más suicidios en niños que en niñas. En España, en contraste con América Latina y Portugal, por cada suicidio de una niña se registraron 6 casos de niños.

Mientras que las tasas de suicidio consumado corresponden en mayor proporción a los chicos, en las tentativas de suicidio sucede todo lo contrario. Multitud de estudios avalan este hecho diferencial. Velez & Cohen (1988), por ejemplo, después de estudiar 752 niños, de 9 a 18 años, hallaron que las niñas habían realizado más tentativas de suicidio que los niños.

Es por tanto un hecho constatado que la inmensa mayoría de los suicidios consumados realizados durante la infancia corresponden a niños, mientras que las niñas son las que llevan a cabo más tentativas de suicidio. Cobo (1985), en su estudio sobre el suicidio en España durante los años 1974-1982 detectó 449 casos de suicidios consumados realizados por niños y jóvenes cuya edad era inferior a los 19 años. El 74,4 % de los casos correspondían a varones, mientras que el 84,74% de las 118 tentativas de suicidio registradas fueron realizadas por niñas. Estas cifras también coinciden con las del estudio retrospectivo de Ropstad (1988) en el que se halló que el 71,43% de los casos de tentativas de suicidio, atendidas en una policlínica paidopsiquiátrica de Noruega, eran niñas.

Otra área, en la cual se observan diferencias según el sexo, es la concerniente a las variables de personalidad y demás variables psicológicas cuando se relacionan con las conductas suicidas. Como ya hemos visto anteriormente, parece ser que las chicas son clasificadas con mayor precisión que los chicos. Lester & Schaeffler (1993) han constatado recientemente este hecho diferencial en dos muestras de estudiantes al observar que las medidas de personalidad derrotista contribuían, junto con la depresión, especialmente en las chicas, a la predicción de la ideación suicida,.

Probablemente estos resultados están confirmando que el sexo puede ser un elemento diferenciador de la conducta suicida. En este sentido, González, López Delgado, de Mena & Arroyo (1982) apuntan la idea de que las diferencias en la personalidad del niño y la niña podrían influir en la existencia de un mayor número de intentos en las niñas y un mayor número de suicidios consumados en los niños. En el niño predominaría un comportamiento depresivo más profundo, lo que unido a su mayor agresividad y a la mayor eficacia de los métodos empleados, arrojaría estas cifras más elevadas de suicidio consumado.

1.5.3.2 Entorno social y familiar del niño suicida.

El entorno familiar y social del individuo, especialmente en los niños, son dos factores que con frecuencia están implicados en la aparición de la conducta suicida. Como hemos visto anteriormente, en el modelo de los factores de riesgo psicosociales de Harter, Marold & Whitshell (1992), la percepción del apoyo familiar y social son variables que intervienen en la ideación suicida. A estas edades el niño reparte su tiempo entre la escuela y la familia, siendo por tanto el entorno escolar otra variable importante a tomar en consideración. El objetivo de este apartado, por tanto,

no es otro que el de abordar dos temas trascendentales para el niño: la familia y la escuela.

1.5.3.2.1 Percepción del entorno familiar.

Existen suficientes datos que avalan la idea de que los factores sociales, y principalmente los familiares, pueden estar implicados en la aparición de la conducta suicida en el niño. En este sentido, se ha observado que uno de los principales factores de riesgo de la conducta suicida en el niño son las tensiones que pueden aparecer en un contexto de desintegración familiar (Martínez, Saltijeral & Terroba 1985). No obstante, debemos considerar otros aspectos de la vida familiar que pueden favorecer la aparición en el niño de pensamientos y/o actos suicidas. Pfeffer (1989) distingue tres tipos de factores familiares que han sido consistentemente asociados, a través de la investigación, con la conducta suicida:

- a) tensión familiar** (cambios en la composición de la familia por pérdida, muerte o divorcio/separación de los padres).
- b) violencia familiar** (especialmente abuso físico y sexual).
- c) y síntomas de depresión y/o conducta suicida** en los miembros de la familia.

Con relación al primer aspecto, es decir, la existencia de problemas o tensiones familiares, multitud de estudios avalan su vinculación con la aparición de conductas suicidas tanto en niños como adolescentes. Lo cual, como muy bien destaca el profesor Polaino (1988), no permite llegar a la conclusión de que el comportamiento suicida dependa exclusivamente de estos factores familiares, ya que responde a una etiología multifactorial. Kienhorst et al. (1987) en una encuesta realizada a 203 pediatras e instituciones de asistencia mental o médica infantil, observaron que de los 46 suicidios y tentativas de suicidio informados en niños de 5 a

14 años, el 45 % dieron como principal motivo de su tentativa la existencia de problemas familiares.

Cohen et al. (1982) clasificaron 76 niños de 5 a 14 años, ingresados en una unidad de psiquiatría, en tres grupos: depresivos, suicidas y grupo control, constituido por niños que padecían otros trastornos psiquiátricos. A través de la revisión de los informes médicos, los investigadores hallaron que los niños suicidas presentaban mayor cantidad e incremento de estrés, que se atribuía a la existencia de entornos familiares considerados como caóticos y perjudiciales para el niño.

Chung, Luk & Mak (1987) estudiaron 67 casos de tentativa de suicidio en pacientes ingresados en un hospital psiquiátrico de Hong Kong cuya edad era inferior a los 16 años. El primer factor identificado como desencadenante de la tentativa fue la existencia de problemas con los padres seguido de problemas en la escuela; sin embargo en estos casos, también se detectaron malas relaciones padres-hijos.

Morano, Cisler, & Lemerond (1993) compararon un grupo de 20 adolescentes (13 a 18 años) con tentativas de suicidio con otro grupo de características similares, pero con ausencia de tentativas de suicidio. Los resultados indicaron que la pérdida o el bajo apoyo familiar eran los mejores predictores de la tentativa de suicidio.

Además de las malas relaciones entre padres e hijos y de la pérdida del apoyo familiar, las consecuencias y, en definitiva, el clima familiar que se genera en una situación de divorcio o pérdida de uno de los padres por fallecimiento u otra causa, parece tener un impacto transcendental en la vida del niño. Los datos facilitados por varios estudios confirman que este tipo de acontecimientos a menudo aparecen vinculados con la conducta suicida. Bolger et al. (1989) basándose en los datos biográficos de 364 estudiantes observaron que los pensamientos suicidas en la infancia son frecuentes y que la ausencia de uno o ambos padres durante esta etapa de la vida tiene un gran impacto durante la preadolescencia.

Goldney (1981) realizó un estudio con 110 mujeres de 18 a 30 años que habían realizado tentativas de suicidio. Los resultados sugerían que las experiencias de estas mujeres durante su infancia eran factores que podían contribuir en la realización de tentativas de suicidio en la edad adulta. Se observó que la separación o divorcio de los padres era más frecuente en el grupo de mujeres suicidas que en el control.

Kerfoot (1988) estudio 101 niños, de 7 a 15 años, ingresados en un hospital, después de un episodio de autoenvenenamiento, y los comparó con 50 pacientes psiquiátricos con ausencia de conductas suicidas. Entre los niños que se habían envenenado, había más delincuencia, más problemas escolares, más antecedentes de autoenvenenamiento y más huidas del hogar. Sus familias, en comparación con los del grupo control, se caracterizaban por una mayor presencia de fracaso matrimonial, antecedentes de trastorno psiquiátrico, autoenvenenamiento y delincuencia.

Calvo, De la Rosa & Villar (1989) estudiaron los factores predisponentes de la conducta suicida en dos grupos de personas con tentativas de suicidio (15 a 24 años y 25 a 34 años). Observaron un mayor número de eventos vitales vividos durante la infancia, predominando, lo que ellos llamaban, "hogar roto". El mayor número de eventos vitales predisponentes correspondió a situaciones relacionadas con el divorcio, ruptura de la pareja y muerte de los padres.

Saiz (1985) estudió un grupo 25 niños y adolescentes de 11 a 16 años que habían intentado suicidarse y encontró que la separación de los padres era un hecho frecuente en estos jóvenes, además de una deficiente imagen del padre.

Krarup et al. (1991) compararon un grupo de adultos que habían realizado su primera tentativa de suicidio con otro grupo formado por sujetos que presentaban repetidas tentativas de suicidios. Observaron que el grupo de tentativas repetitivas describía su infancia como generalmente infeliz, en comparación con el otro grupo.

Los resultados indicaban que el clima psicológico durante la niñez, al igual que la desestructuración familiar, podían ser factores predictivos de la tentativa de suicidio.

Kosky (1983) comparó un grupo de niños con tentativas de suicidio, ingresados en un hospital, cuyas edades estaban comprendidas entre 5 y 14 años, con una muestra de niños enfermos psiquiátricos sin conductas suicidas. Una de las diferencias más importante halladas en este estudio fue el grado de violencia que presentaban las familias de los niños suicidas. Dos terceras partes de los niños del grupo suicida habían padecido malos tratos físicos por parte de uno de sus padres. La incidencia de la desintegración matrimonial en los padres de los niños del grupo suicida era alta: la mitad estaban separados o divorciados en el momento en que el niño realizó la tentativa de suicidio. Asimismo, la conducta suicida estaba también asociada con pérdidas significativas y fracaso escolar.

Lester (1989) estudió las biografías y autobiografías de 30 personas que se habían suicidado. Algo más de la mitad ($n=16$) habían sufrido una pérdida importante durante su infancia (2 a 14 años). De los 16 casos, en nueve murió el padre (3 de ellas fue por suicidio), en dos la madre, en dos el hermano o hermana, en una la abuela, en uno el tío y finalmente hubo un caso de re-adopción.

Gastaminza et al. (1984) examinaron 85 casos de niños y adolescentes, de 5 a 20 años, que habían sido atendidos en centros hospitalarios de Barcelona después de realizar una tentativa de suicidio. Observaron que el 78,4% de los casos convivían habitualmente con sus dos padres quienes a menudo (89,1%) mantenían unas relaciones matrimoniales alteradas o inexistentes, siendo el ambiente familiar conflictivo en un 91,83% de los casos. La fratria de dos hermanos era la más frecuente, siendo las tentativas en la adolescencia ligeramente más numerosas en los primogénitos (40,7%) y en los benjamines (35,1%), mientras que en la infancia primaban los hijos menores (58,8%). También observaron más casos en el nivel socio-económico "obrero". En los niños el desencadenante más habitual de la

tentativa de suicidio fue un conflicto agudo con las figuras parentales, seguido de las dificultades escolares. Mientras que en la adolescencia, el desencadenante más frecuente (2/3) era la pérdida (padres o pareja), ocupando en tercer lugar las dificultades escolares.

Algunos investigadores han intentado valorar el clima familiar de una manera más precisa y rigurosa. A partir de la utilización de instrumentos de medida estandarizados es posible determinar, de una manera pormenorizada, cual es la percepción que tiene el sujeto de su entorno familiar. Uno de los instrumentos más utilizados es la escala de percepción del clima familiar de Moos & Moos (1981). Asarnow, Carlson & Guthrie (1987), utilizando esta escala, evaluaron los factores familiares asociados con la depresión y la conducta suicida en una muestra de 18 niños y 12 niñas (8 a 13 años) ingresados en un centro psiquiátrico. Hallaron que los niños con tentativas de suicidio percibían su entorno familiar como insoportable y estresante, con poco control (grado en que se atienden a las reglas y procedimientos establecidos) alto en conflictividad, y con poca cohesión y expresividad. Los niños con ideación suicida solo diferían del grupo no suicida en su percepción del entorno familiar como bajo en control. Los resultados de esta investigación revelaron que el mejor predictor de la conducta suicida era la percepción que tenía el niño de su entorno familiar. Posteriormente, Campbell et al. (1993) replicaron estos resultados aplicando la FES a una muestra de 43 niños preadolescentes (7 a 11 años), ingresados en una unidad de psiquiatría, así como a sus respectivos padres. Los resultados indicaron que el suicidio estaba asociado con una percepción de su entorno familiar, tanto por parte de los padres como de los niños, como conflictivo, desorganizado y carente de actuación (grado en que las actividades , tales como la escuela o el trabajo, se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición). Los niños con conductas suicidas de mayor gravedad caracterizaron su familia como poco cohesiva y expresiva.

Años más tarde, Asarnow (1992) volvió a examinar la relación entre tendencias suicidas, depresión y percepción del entorno familiar en una muestra de 55 niños ingresados en un instituto neuropsiquiátrico cuyas edades estaban comprendidas entre los 6 años 9 meses y los 13 años 5 meses. Los resultados revelaron que los niños con ideación y tentativas de suicidio (conjuntamente), en comparación con los niños no suicidas, percibían sus familias como poco cohesivas, poco expresivas y altas en conflictividad. En comparación con otro estudio anterior (Asarnow, Carlson & Guthrie 1987) no se observaron bajas puntuaciones en control, y por contra, en éste último, se detectó la percepción del entorno familiar como poco expresivo. Un aspecto a destacar de esta investigación es la distribución de los sujetos en seis grupos 2×3 (niveles de conducta suicida x nivel de depresión). De tal manera que se podían diferenciar claramente, dentro de cada nivel de conducta suicida (no suicida, ideación y tentativa), los deprimidos de los no deprimidos. El análisis de la variancia indicó claras diferencias entre tentativas de suicidio y no suicidio en cohesión, expresividad y conflictividad, pero no con ideación suicida. Sin embargo, si se observaron claras diferencias entre los deprimidos y no deprimidos, dentro del grupo de ideación suicida, en cuanto a la variable expresividad, siendo relativamente menor en el primer grupo.

Mitchell & Rosenthal (1992) compararon un grupo de niños y adolescentes suicidas con otro grupo de características similares pero con ausencia de conductas suicidas. Tras evaluar su entorno familiar mediante "The Structural Family Interaction Scale" (S.F.I.S.) observaron que las familias de adolescentes suicidas y no suicidas presentaban niveles similares de sobreprotección y cohesión. Sin embargo, las familias con adolescentes suicidas presentaban patrones rígidos de interacción, inflexibilidad y escasa habilidad para resolver problemas. Asimismo, detectaron mayor conflictividad matrimonial en las familias de los adolescentes suicidas.

De Man, Labrèche-Gauthier & Leduc (1993) estudiaron una muestra de 272 chicos y 286 chicas de 11 a 18 años con la finalidad de analizar las posibles relaciones entre ideación suicida y variables familiares. Los resultados indicaron que la ideación suicida en los chicos y chicas adolescentes estaba relacionada con el tipo de relación que mantenían con sus padres. Esta relación se caracterizaba por control y carencia del apoyo social necesario, tanto del padre como de la madre.

Otro aspecto interesante es la relación hallada entre la existencia de conductas suicidas en el niño o el adolescente y la presencia de depresión, suicidio o trastorno psiquiátrico en alguno de los miembros de la familia, especialmente los padres y hermanos.

Shafer (1974) estudió, durante siete años, los suicidios ocurridos en Inglaterra y Gales. De los casos de suicidio analizados (niños de 13 a 14 años) se observó una alta incidencia de depresión y conductas suicidas en sus padres y hermanos, siendo el desencadenante principal del suicidio una crisis disciplinaria, y a menudo después de un periodo de ausencia en la escuela.

Welner et al. (1977) compararon 75 niños de 29 padres ingresados en un centro hospitalario por depresión con un grupo control. Los resultados indicaron que el deseo de muerte era significativamente más frecuente en los hijos de padres con depresión que en el otro grupo.

Myers, Burke & McCauley (1985) identificaron, durante cuatro años, todos los niños suicidas ingresados en una unidad psiquiátrica de un hospital pediátrico con la finalidad de examinar el diagnóstico y las variables psicosociales que diferenciaban a los niños suicidas de los no suicidas. Los niños suicidas diferían del grupo control, entre otros aspectos, por presentar historia familiar de conductas suicidas.

Brent et al. (1993) examinaron 25 hermanos de 20 adolescentes que habían muerto por suicidio. Los sujetos fueron evaluados 6 meses después del suicidio y comparados con 25 sujetos demográficamente equiparados. Los hermanos de los

suicidas a menudo presentaban depresión mayor subsecuente a la exposición del suicidio de su hermano. La depresión también estuvo asociada con trastorno psiquiátrico anterior, historia familiar de trastorno psiquiátrico e historia familiar de depresión mayor. Finalmente las madres de los adolescentes suicidas, en comparación con las del grupo control, solían estar deprimidas en el momento de la evaluación (6 meses después del suicidio de su hijo).

King et al. (1993) identificaron las características familiares y paternas asociadas con la conducta suicida en 32 adolescentes suicidas ingresados en un centro hospitalario con trastorno afectivo, 32 con el mismo trastorno pero sin conductas suicidas y 38 chicos normales, de 12 a 18 años. Los padres de los niños suicidas presentaban mayor depresión y problemas familiares que los padres de los pacientes no suicidas y del grupo control. Además, los pacientes suicidas tenían relaciones poco activas y comunicativas con sus padres.

Garfinkel, Froese & Hood (1982) realizaron un estudio retrospectivo de los 505 niños y adolescentes ingresados en un centro hospitalario por tentativa de suicidio. En comparación con un grupo control, las familias de los niños con tentativas de suicidio presentaban con frecuencia estrés por motivos económicos, tasas altas de problemas médicos, enfermedades psiquiátricas y suicidio.

Livingston (1993) investigó la psicopatología, la conducta suicida, abusos, somatización y la utilización de los servicios médicos en 34 niños (de 14,6 años de media) que tenían un padre que padecía trastorno por somatización y los comparó con dos grupos : 41 niños con un padre con somatización (con pocos síntomas y por tanto no cumplía los criterios diagnósticos de trastorno por somatización) y 30 niños controles con alguna enfermedad pediátrica. Los niños cuyos padres padecían un trastorno por somatización tenían significativamente más trastornos psiquiátricos y tentativas suicidas que los controles o los del grupo de padres con somatización.

Asimismo, los niños de padres con trastorno por somatización solían recibir malos tratos.

Pfeffer, Normandin & Kakuma (1994) evaluaron los síntomas psiquiátricos, los trastornos y los problemas médicos de 488 familiares de primer grado y 1062 de segundo grado de los niños, en edad prepuberal, que habían intentado o completado el suicidio. Veinticinco de los niños incluidos en el estudio, estaban ingresados en un centro psiquiátrico y habían realizado tentativas de suicidio, 28 en la misma situación habían completado el suicidio, 16 no mostraban conductas suicidas (si bien también estaban ingresados por otros motivos) y, finalmente, 54 niños normales que constituían el grupo control. La conducta suicida en los niños estaba asociada con la conducta suicida en sus familias, aunque los familiares de primer grado no hubieran cometido suicidio. Los familiares de primer grado de los niños suicidas, en comparación con los familiares de primer grado de los niños normales, presentaban más trastornos de personalidad, conducta agresiva y drogadicción. Los resultados sugirieron la importancia que tiene la evaluación de la psicopatología familiar en el proceso de evaluación de la conducta suicida en los niños.

Lewinsohn, Rohde & Seeley (1994) realizaron un seguimiento de una muestra de 1508 adolescentes escolares (de 14 a 18 años) y hallaron que las variables que podían contribuir a la predicción de las tentativas de suicidio futuras eran la existencia de tentativas anteriores, tentativa o suicidio reciente de un amigo, ideación suicida, depresión, baja autoestima y tener una madre joven.

Finalmente parece ser que los niños que han recibido malos tratos o han padecido abusos por parte de sus padres pueden generar, con mayor facilidad que otros niños, conductas autodestructivas.

Rosenthal & Rosenthal (1984) compararon 16 niños de 2 ½ a 5 años, atendidos en un centro hospitalario por conducta suicida con un grupo de 16 niños no

suicidas con trastornos de conducta. Los niños suicidas presentaban un mayor índice de estrés familiar siendo frecuente el abandono o abuso por parte de sus padres.

Wozencraft, Wagner & Pellegrin (1991) administraron el CDI a 65 niños, de 5 a 17 años de edad, que habían sido víctimas de abusos sexuales, con la finalidad de determinar la relación de la ideación suicida y la depresión con la edad de la víctima, lugar de residencia, naturaleza del abuso así como creencias de las madres de la víctima y la conformidad con el tratamiento. Los resultados indicaron que la ideación suicida era más frecuente en los niños de mayor edad, que tenían, además, madres poco conformistas, que no habían cambiado de casa o residencia después del abuso, y que habían sido objeto de abusos por parte de un miembro de la familia.

Stone (1993) estudió 75 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 7 y los 16 años. Aproximadamente una cuarta parte de los niños que tenían antecedentes de abusos manifestaron amenazas o realizaron tentativas de suicidio. Los resultados, según Stone, sugerían la existencia de una relación entre depresión y conductas suicidas, y antecedentes de abusos.

I.5.3.2.1.1. Organización familiar del niño suicida; modelo propuesto por Pfeffer (1981).

Pfeffer (1981) propone la hipótesis de que en los niños suicidas existiría un entorno familiar que favorecería la aparición de la conducta autodestructiva. Este sistema familiar se caracteriza por la presencia de cinco elementos que Pfeffer (1981) describe de la siguiente manera:

- a) Pérdida de los límites generacionales.**
- b) Relaciones de los esposos inflexibles.**

- c) **Proyección, consciente o inconscientemente, de los sentimientos de los padres en el niño.**
- d) **Persistencia de una relación simbiótica padres-niño.**
- e) **Sistema familiar inflexible.**

Este patrón de organización familiar produce en el niño identificaciones patológicas así como deficiencias en su capacidad para desarrollar su personalidad y conseguir un funcionamiento autónomo adecuado. Por otro lado, la identidad del niño se basa en un conjunto de imágenes de tipo “positivo” y “negativo” que provienen de los demás y que son interiorizadas. Los procesos de defensa, tales como la idealización de los padres, preservan la imagen positiva de crianza de los progenitores y favorecen la existencia de una imagen positiva de uno mismo. Las percepciones hostiles del niño, que le llegan de sus padres, son proyectadas interiormente y vividas como sensaciones de auto-odio o auto-aborrecimiento. Como resultado de ello, el niño se siente malo, despreciable e indeseable. El balance de estas imágenes positivas y negativas interiorizadas se refleja en la identidad del niño y en su autoestima.

De acuerdo con Pfeffer (1981), el sistema familiar descrito por los niños suicidas genera en ellos una considerable autoimagen negativa. Si el dolor que producen estas percepciones negativas llega a ser insoportable para el niño, la conducta suicida puede aparecer como un mecanismo de salida para eliminar de su conciencia estas percepciones negativas de sí mismo.

1.5.3.2.2 Escolaridad y suicidio.

La mayor parte de la vida del niño transcurre entre su hogar y la escuela, donde desarrolla sus capacidades intelectuales, aprende, adquiere hábitos de conducta y establece importantes relaciones sociales con sus semejantes. Es en este segundo ámbito donde básicamente fija sus vínculos afectivos con otras personas que no forman parte de su entorno familiar habitual. Desde esta perspectiva tanto el apoyo social como el éxito escolar son variables que habitualmente se han vinculado con el desarrollo de comportamientos autodestructivos.

Con frecuencia leemos en la prensa diaria los relatos periodísticos de suicidios en los que el fracaso escolar o "las malas notas" son apuntadas como los posibles desencadenantes de dichos actos. Hoberman & Garfinkel (1988) en un estudio de los registros y notas médicas de 229 niños y adolescentes que murieron por suicidio entre 1975 y 1985, observaron que la mayoría de ellos eran descritos como "malos estudiantes". Asimismo, constataron una importante disminución del rendimiento académico, durante el año anterior al suicidio, en el 76% de los casos. En consecuencia, los problemas escolares fueron considerados por Hoberman & Garfinkel (1988) como el segundo desencadenante del suicidio, por orden de relevancia, estando presentes en la mayoría de adolescentes (de 15 a 19 años) en comparación con los niños (edad inferior a 14 años) que presentaron otros motivos.

De Man, Leduc & Labrèche-Gauthier (1993) estudiaron una muestra de 272 chicos adolescentes canadienses (francófonos) y 286 chicas de 11 a 18 años. Los resultados indicaron que la ideación suicida estaba negativamente relacionada, entre otras variables, con el absentismo escolar.

Saiz (1985) estudió un grupo 25 niños y adolescentes de 11 a 16 años que habían intentado suicidarse. Halló, entre otras cuestiones, que los problemas escolares eran frecuentes en estos niños.

Chung, Luk & Mak (1987) estudiaron 67 casos de tentativa de suicidio ingresados en un hospital psiquiátrico de Hong Kong cuya edad era inferior a los 16 años. El primer factor identificado como desencadenante del intento de suicidio fueron los problemas con los padres seguido de los problemas en la escuela.

1.5.3.2.3 Nivel socioeconómico.

No existen datos que avalen la existencia de una relación entre nivel socioeconómico y conductas suicidas. Más bien parece ser que ambas variables son independientes. Si embargo, Gastaminza et al. (1984), en el estudio anteriormente comentado, hallaron más casos de tentativas de suicidio en el nivel socioeconómico que ellos denominaron “obrero” que en los “restantes”. Salvo excepciones, las investigaciones realizadas al respecto continúan confirmando la inexistencia de relación. Milling, Campbell, Laughlin & Bush (1994) en un interesante estudio con una muestra de 61 niños de 5 a 13 años, no observaron que la peligrosidad de la conducta suicida variara en función del nivel socioeconómico obtenido a partir de “Two Factor Index of Social Position”. Asimismo, Kosky (1983) comparó un grupo de niños de edades comprendidas entre los 5 y los 14 años, que habían intentado suicidarse, con otro grupo de edad similar que también estaban ingresados en el mismo centro hospitalario por enfermedad mental, no observando diferencias con relación al nivel social de ambos grupos.

I.5.3.2.4. Resumen.

Parece incuestionable el papel que juega el entorno familiar en el desarrollo de las conductas suicidas, ya sea como desencadenante o como generador de tales comportamientos.

De los estudios revisados se desprende que diversos acontecimientos familiares pueden estar vinculados con la aparición de conductas suicidas. De entre ellos destacan: el divorcio o separación de los padres, la pérdida o fallecimiento de uno o ambos progenitores, la muerte de uno o varios hermanos, y la muerte de otros familiares que sean para el niño figuras significativas o importantes.

Por otro lado la percepción del clima familiar y su incidencia en el niño son variables que alcanzan una considerable relevancia en el estudio de la conducta suicida en el niño. Las investigaciones realizadas confirman que la desorganización familiar, la conflictividad, la falta de control, cohesión y expresividad son factores comunes en el entorno familiar de los niños que desarrollan este tipo de conductas. Asimismo, la presencia de patología psiquiátrica, especialmente depresión, en uno o ambos progenitores, es un hecho frecuente, al igual que los antecedentes familiares de conductas suicidas.

Además, parece ser que aquellos sujetos que han sido víctimas, durante su infancia, de abusos sexuales o han recibido malos tratos pueden generar conductas suicidas durante la adolescencia o edad adulta.

Finalmente, el fracaso o la existencia de problemas escolares son factores que pueden contribuir en la aparición de conductas suicidas, especialmente cuando existe presión familiar para la consecución de brillantes logros académicos.

I.5.4. Variables biológicas.

Los estudios biológicos de la conducta suicida se han centrado básicamente en la valoración de los niveles de 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) en el líquido cefaloraquídeo. Según parece ser los sujetos que desarrollan conductas suicidas tendrían niveles bajos de este metabolito de la serotonina. Sin embargo, este no es el único factor biológico estudiado. Últimamente se ha planteado la posibilidad de que existiera una relación entre la fluoxetina y la aparición de conductas violentas y suicidas en aquellos sujetos que recibían tratamiento con este inhibidor de la recaptación de la serotonina.

Por otro lado, algunos autores se han interesado por el estudio de las posibles relaciones entre el bienestar, físico y psicológico, y las conductas suicidas. En cualquier caso, el objetivo de este apartado no es proporcionar una amplia descripción de los factores biológicos que pueden explicar la aparición de la conducta suicida, de cuyo estudio se ocupan otras disciplinas, sino más bien constatar que tales factores pueden intervenir en dicho proceso.

I.5.4.1. Bienestar físico.

Como señala Del Barrio (1985), uno de los elementos que aparecen en mayor proporción en las poblaciones infantiles y juveniles suicidas, en comparación con la población normal, es la falta de salud, bien se trate de la salud física, bien de la salud mental. Parece lógico pensar que la presencia de una enfermedad grave o crónica que da lugar a un malestar físico y/o psicológico, ya sea por su curso, etiología o por los impedimentos físicos y/o sociales que genera, favorezca la aparición en el sujeto que las padece de deseos de morir o incluso de conductas encaminadas a poner definitivamente fin a su existencia.

Sin llegar a plantearnos casos extremadamente graves, parece ser que los deseos de morir son habituales entre aquellas personas que padecen alguna enfermedad crónica. Goldston et al. (1994), por ejemplo, investigaron la prevalencia y los correlatos de la conducta suicida en jóvenes que debían inyectarse insulina al padecer de diabetes mellitus. Los sujetos evaluados mostraron una elevada ideación suicida pero relativamente pocas tentativas de suicidio durante el periodo de seguimiento.

1.5.4.2. Niveles de 5-HIAA en sujetos que realizan conductas suicidas.

Quizás uno de los factores biológicos más estudiados con relación a las conductas suicidas son los niveles de 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) en el líquido cefaloraquídeo. Las investigaciones realizadas hasta el momento arrojan datos contradictorios y no parece muy clara la asociación entre niveles bajos de este metabolito de la serotonina y la conducta suicida. Según Mann, Arango & Underwood (1990) se observan bajos niveles de 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) en el líquido cefaloraquídeo de aquellos individuos que han realizado tentativas de suicidio y que presentan trastornos afectivos, de personalidad o esquizofrenia. Asimismo, y de acuerdo con estos autores, algunos tipos de conductas suicidas podrían estar relacionadas con la presencia de estos bajos niveles .

Lemus et al. (1990) examinaron las historias clínicas de 22 pacientes esquizofrénicos o esquizoafectivos, de 21 a 40 años, con la finalidad de analizar la relación entre tentativas de suicidio y los niveles de 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) en el fluido cerebroespinal. Después de comparar la concentración de 5-HIAA en los 6 sujetos con historia de tentativa de suicidio con los 16 que no habían realizado tentativas, concluyeron que los niveles medios observados en cada grupo no eran significativamente diferentes. Los autores consideraron que las relaciones halladas

entre niveles bajos en el fluido cerebroespinal (CSF) de 5-HIAA y la aparición de conductas suicidas son más consistentes cuando las tentativas de suicidio son violentas y recientes.

Kruesi et al. (1993) realizaron un estudio prospectivo y observaron que las medidas biológicas, tales como la concentración de CSF 5- ácido hidroxindolacético (5-HIAA) y el nivel de conductancia de la piel, ofrecían información significativamente predictiva de la severidad de la agresión física e institucionalización en 29 niños, de edades comprendidas entre los 6 y 17 años, con trastornos de conducta. Sin embargo, no hallaron relaciones entre concentraciones de 5-HIAA y tentativa de suicidio.

I.5.4.3. Otros factores biológicos asociados con las conductas suicidas.

Además de los niveles de 5-HIAA en el fluido cerebroespinal (CSF) existen otras variables, no menos importantes, que han sido estudiadas y relacionadas con las conductas suicidas. Se ha planteado la posibilidad de que algunos fármacos antidepresivos pueden inducir conductas suicidas. Harper (1992), por ejemplo, describe la aparición de ideación suicida en un niño de 8 años 9 meses al que se le suministró clorimipramina para combatir sus pensamientos obsesivos.

Uno de los fármacos que ha despertado gran interés en los últimos años ha sido sin duda la fluoxetina. Algunos estudios han señalado la existencia de relación entre el uso de la fluoxetina y la aparición de conductas suicidas y violentas en pacientes tratados con este antidepresivo. Masand, Gupta & Dewan (1991) relatan los casos de dos pacientes de 58 y 28 años tratados con fluoxetina, en los que se observó una clara asociación entre ideación suicida y fluoxetina. Del mismo modo, King et al. (1991) presentaron los casos de 6 pacientes obsesivo-compulsivos de 10 a

17 años en los que se observó la aparición o intensificación de la ideación o conducta autodestructiva durante el tratamiento con fluoxetina.

Por contra, Tollefson et al. (1993) estudiaron la posibilidad de que existiera una relación hipotética entre fluoxetina (FLX) y aparición de conductas suicidas en una muestra de 5655 pacientes con trastornos afectivos y 4959 pacientes con otro tipo de trastorno, cuya edad oscilaba entre los 12 y los 91 años. Los resultados no sugirieron una relación causal entre farmacoterapia y aparición de conductas suicidas.

Del mismo modo, también se han analizado los niveles de imipramina en la sangre, observándose diferencias significativas al comparar pacientes con conductas suicidas con grupos controles (De Leo et al., 1991)

En la actualidad, parece ser que la comunidad científica se decanta por defender la idea de que estos efectos son característicos de las primeras etapas del tratamiento de la depresión, en los que se puede producir un incremento del riesgo de suicidio con independencia del tipo de terapia utilizada.

Finalmente, algunos autores se han interesado por el estudio de los niveles de cortisol post-dexametasona ya que podrían estar relacionados con las conductas suicidas. Weller et al. (1990), por ejemplo, tras evaluar 18 niños y adolescentes afligidos, de 7 a 18 años, mediante el test de supresión de la dexametasona y una entrevista diagnóstica, cuatro semanas después de la muerte del padre, hallaron como síntomas más frecuentes la ideación suicida y mórbida. Asimismo, los niveles de cortisol post-dexametasona correlacionaban significativamente con el número total de síntomas depresivos e ideación suicida.

I.5.4.4. Resumen.

Parece ser que algunas variables biológicas, tales como los niveles de 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA) en el líquido cefalorraquídeo o cortisol post-dexametasona, podrían explicar la aparición de las conductas suicidas o inducir las, como el caso de varios fármacos antidepresivos. Sin embargo, los datos que se disponen hasta el momento no son concluyentes y se requiere una mayor investigación para poder tomar una decisión al respecto.

Con independencia de estas sustancias, también se observa que la ideación y las conductas suicidas se pueden hallar con frecuencia entre aquellas personas que padecen una enfermedad crónica, como consecuencia del malestar físico o psicológico que generan.

II

LA IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE TERCERO, CUARTO Y QUINTO CURSO DE ENSEÑANZA GENERAL BÁSICA DE LA COMARCA DEL "GIRONÈS".

II.0. INTRODUCCIÓN.

El estudio de las conductas suicidas en la población escolar es muy reciente en nuestro país. Existen pocos datos y los resultados obtenidos hasta el momento, en los que se detecta un elevado porcentaje de alumnos con ideación suicida, merecen atención y dedicación.

Si como se demuestra en varias investigaciones (Pfeffer et al. 1988; Domènech, Canals & Fernàndez-Ballart, 1992) la ideación suicida durante la infancia no es un hecho aislado y eventual, sino que persiste en el tiempo en una considerable número de casos, no es inverosímil suponer que cuando alcancen la adolescencia desarrollen conductas suicidas de mayor gravedad. La posibilidad de identificar estos niños antes de la pubertad, cuando el riesgo de tentativa de suicidio es bajo, ofrece la oportunidad de desarrollar y aplicar programas de prevención pensados y diseñados para la etapa escolar.

Si somos capaces de prevenir o eliminar los pensamientos suicidas durante la infancia, seguramente disminuirán significativamente las dramáticas cifras que apuntan hacia un considerable aumento del número de suicidios consumados antes de los veinticuatro años (Pfeffer, 1986).

Para ello es imprescindible conocer previamente cuales son los factores etiológicos y los riesgos que están asociados con una mayor prevalencia de las conductas suicidas. Esta información, solo se puede obtener a través de la investigación epidemiológica, no solo de los grupos de alto riesgo, con una elevada patología psiquiátrica, sino más bien de la población general. Lo que se pretende

con el estudio de la población "normal" es conseguir una información más completa, válida y fiable, de cuales son los factores o variables sobre las cuales se debe intervenir durante la infancia para prevenir el suicidio en edades más avanzadas.

Uno de los principales objetivos de esta investigación, por tanto, no es solo conocer la prevalencia de la ideación suicida en los alumnos de tercero, cuarto y quinto curso de Enseñanza General Básica de la Comarca de "Gironès", sino la concreción de cuales son las variables psicosociales que pueden estar vinculadas con la presencia de ideación suicida en estos escolares.

No obstante, son muchas las dificultades que se pueden presentar en un estudio de esta índole. En primer lugar la innegable y comprensible preocupación y temor de los responsables de los centros escolares ante el tema estudiado. Y en segundo lugar, entre otros múltiples problemas, la organización y aplicación de un considerable número de pruebas que requieren tiempo y dedicación, tanto de los alumnos evaluados como de sus profesores, lo que por otra parte es de agradecer y elogiar.

En definitiva, con este trabajo se pretende dar un poco de luz sobre cuales son, de las variables psicosociales estudiadas, las que están realmente asociadas con la presencia de pensamientos suicidas en la población escolar infantil. Solo su conocimiento permitirá desarrollar programas de prevención que sean eficaces.

II.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

El primer objetivo de este trabajo es hallar la prevalencia de la ideación suicida en los alumnos de tercero, cuarto y quinto curso de Enseñanza General Básica, tanto de los centros privados como públicos, de la comarca del "Gironès". Una vez detectados los casos, y previo control de las variables edad, nivel socioeconómico, nivel o grado escolar, nivel intelectual y sexo, se pretende valorar el grado de adquisición del concepto de muerte en estos niños. Nuestro interés no se centra exclusivamente en controlar esta variable sino más bien en detectar y valorar posibles distorsiones cognitivas de este concepto en el niño suicida. El segundo objetivo de esta investigación es, por tanto, conocer cual es el conocimiento que tienen estos niños de la muerte. Tomando en consideración las características de la población estudiada, podemos esperar que un número bastante importante de niños todavía no tenga totalmente adquirido este concepto. De igual manera, habrá un segundo grupo, de proporciones un poco mayores que el anterior, que estará constituido por aquellos niños que tengan una percepción real de lo que significa e implica verdaderamente la muerte. Este hecho nos permitirá observar si existen diferencias significativas en el desarrollo del concepto de muerte entre los niños que presentan ideación suicida y los que no tienen este tipo de pensamientos. Por este motivo hemos seleccionado los niños de tercero, cuarto y quinto curso de Enseñanza General Básica, dado que a estas edades el concepto de muerte todavía se está consolidando, lo que nos permite llevar a cabo una valoración de este tipo. De acuerdo con los estudios revisados (Orbach & Glaubman, 1978, 1979, Orbach et al., 1984), parece ser que los niños con deseos de morir tienen más bien una visión poco real de la muerte. Podemos, por tanto, esperar que el grado de adquisición del concepto de muerte

en los niños que presentan ideación suicida no será el mismo que el del resto de sus compañeros. Asimismo, de acuerdo con de Orbach & Glaubman (1978) los niños con ideación suicida darán más respuestas de suicidio cuando se les pregunte sobre las causas de la muerte y hablarán de vida después de la muerte o de volver a la vida después de haber muerto, con más frecuencia que los niños que no tengan ideación suicida.

Una vez valorado el grado de adquisición del concepto de la muerte, se pretende conocer hasta que punto las variables **depresión, autoestima, desesperanza, percepción del entorno familiar y ansiedad** están asociadas con la ideación suicida en estos niños. Asimismo, nuestra intención es demostrar que las variables de **personalidad** también pueden predecir, en cierta medida, la presencia de pensamientos suicidas durante la infancia. Nuestro tercer objetivo pretende, en definitiva, concretar cuales son, de las variables estudiadas, las que están vinculadas con la presencia de ideación suicida.

De los resultados derivados de las investigaciones revisadas en los capítulos anteriores (Taylor & Stansfeld, 1984, Hoberman & Garfinkel, 1988, Velez & Cohen, 1988, Runeson 1989, Myers et al. 1991, Domènech, Canals & Fernández-Ballart, 1992, Marciano & Kazdin, 1994, Domènech et al. 1995) se desprende que la **depresión** es una variable que frecuentemente se encuentra asociada con la ideación suicida, por lo que es de esperar que **los niños con ideación suicida, en comparación con el resto de sus compañeros, manifiesten mayor sintomatología depresiva.**

Al mismo tiempo, podemos sugerir dos hipótesis que se derivan del papel mediatizador de las variables autoestima y desesperanza en las conductas suicidas. En consonancia con los resultados obtenidos cuando se valoran estos dos constructos (Kazdin et al. 1983, Kashani, Reid & Rosenberg, 1989, Morano, Cisler &

Lemerond, 1993, Marciano & Kazdin 1994), se plantea la posibilidad de que **los niños con ideación suicida tengan mayor desesperanza y menor autoestima que los niños sin ideación.**

Además, hemos visto como el entorno familiar era un factor de especial relevancia cuando se intentaba explicar la aparición de las conductas suicidas en la infancia. Partiendo de un conjunto de estudios, en los cuales se ha valorado la percepción del clima familiar mediante las escalas de Moos & Moos (1981), se ha podido constatar la posibilidad de obtener una descripción de las características del entorno familiar de los niños que desarrollan conductas suicidas. De tal manera que, de acuerdo con los resultados de los trabajos revisados (Asarnow, Carlson & Guthrie, 1987, Asarnow, 1992, Campbell et al. 1993), podemos plantear la hipótesis de que **los niños con ideación suicida describirán su entorno familiar preferentemente como alto en conflictividad, con poca cohesión y expresividad, y bajo en control.**

También se ha puesto de manifiesto, en algunos estudios (Kosky, Sulburn & Zubrick, 1990, Myers et. al 1991, De Man, Leduc & Labreche-Gauthier 1993), que los niños que realizan conductas suicidas suelen presentar, a menudo, niveles elevados de ansiedad. Aun cuando la ideación se halla en el límite inferior de la severidad de la conducta suicida, se puede esperar que **los niños con ideación suicida presenten mayor ansiedad que los niños sin ideación.**

Continuando con la idea de que todas estas variables están asociadas con las conducta suicida y, en nuestro caso, con la ideación, nuestro cuarto y quinto objetivo se centra en determinar cuales son, de las variables analizadas, las que permiten predecir con mayor precisión la ideación suicida. Se pretende conocer, en primer lugar, cual de las tres medidas utilizadas para valorar la depresión es la que predice mejor la ideación suicida. Y en segundo lugar, una vez conocida esta medida,

determinar cuales son, del resto de variables analizadas, las que predicen con mayor precisión la ideación suicida.

No obstante, algunos estudios sugieren la posibilidad de que exista un perfil de personalidad característico de las personas que realizan conductas suicidas. Por lo que de acuerdo con los resultados de los trabajos revisados, se espera **hallar diferencias significativas en las dimensiones de personalidad estudiadas al comparar los niños con ideación suicida con los niños que no manifiestan ideas suicidas.** De igual manera se puede plantear la posibilidad de que **los factores de personalidad favorezcan una mejor predicción de la ideación suicida.** Asimismo, es de esperar que de acuerdo con los resultados obtenidos en algunos estudios (Marciano & Kazdin, 1994) **la predicción de la ideación suicida sea más precisa en las niñas que en los niños.**

II.2. MÉTODO.

II. 2.1. DISEÑO

Uno de los principales objetivos de esta investigación, es conocer la prevalencia de la ideación suicida en los alumnos de tercero, cuarto y quinto curso de Enseñanza General Básica de la comarca del "Gironès", para posteriormente, y a partir del estudio de los casos hallados detectar los posibles factores de riesgo psicosociales.

Estos resultados se han obtenido a partir de un estudio transversal o de prevalencia. Dado que la aplicación de todas las pruebas a la muestra inicial hubiera supuesto un mayor coste, no solo económico sino también en tiempo, se decidió utilizar el diseño de identificación de "caso" en dos etapas.

En la primera fase se aplicó el CDI ("Children's Depression Inventory" - Versión catalana) a toda la muestra con la finalidad de identificar los casos con ideación suicida. La detección se realizó a partir del ítem 9 que valora la ideación suicida y tiene, como el resto de ítems del CDI, tres posibles respuestas alternativas .La primera ("No penso en matarme" 0 puntos) corresponde a la ausencia de ideación, mientras que la segunda ("Penso en matar-me, encara que no ho hauria de fer" 1 punto) y la tercera ("Em vull matar" 2 puntos), indican la presencia de ideación e intencionalidad suicida, respectivamente.

Todos los niños que obtuvieron una puntuación igual o superior a uno en este ítem, fueron seleccionados como casos con ideación suicida. Asimismo, aquellos niños que no contestaron a esta pregunta fueron también seleccionados como posibles casos con ideación suicida.

Al mismo tiempo se seleccionaron aleatoriamente, de los restantes niños que habían puntuado 0 en el ítem 9, un número igual al de sujetos identificados como casos posibles o con ideación suicida . Estos alumnos constituyeron el grupo control.

En la segunda fase se evaluaron las variables objeto de estudio así como se corroboró la presencia de ideación suicida mediante la CDRS-R ("Children Depression Rating Scale - Revised"), y concretamente a partir de su ítem 13 que valora la ideación suicida. La figura nº 1 ilustra esquemáticamente las dos etapas del diseño empleado en esta investigación, muy similar al utilizado por Polaino & Domènech (1988) en el estudio de la depresión en los niños españoles de 4º de E.G.B.



Figura nº. 1. Organigrama de las dos fases del diseño.

A pesar de que el objetivo de este estudio consistía en valorar la ideación, no era impensable, aunque poco probable de acuerdo con los estudios realizados hasta el momento, hallar niños con comportamientos suicidas que superasen la ideación.

Para valorar la gravedad se utilizó la "Child Suicide Potential Scale" de Pfeffer et al. (1979,1980,1982,1984) y concretamente la escala de Espectro de la Conducta Suicida, que permite clasificar la conducta suicida en cinco grados de severidad, que van desde la ausencia de conducta suicida hasta la tentativa con importantes lesiones para el sujeto. Con ello se pretendía catalogar o clasificar correctamente los casos de acuerdo con la gravedad del comportamiento suicida.

II.2.2. MUESTRA.

II.2.2.1. Población objeto de estudio.

La población objeto de estudio, en esta investigación, fueron los alumnos de tercero, cuarto y quinto curso de E.G.B., matriculados durante el año académico 1994/95 en las escuelas públicas y privadas de la comarca del "Gironès".

II.2.2.2. Características de la población.

La comarca del "Gironès", esta situada en una zona intermedia entre el mar y la montaña, con una superficie de 575,5 Km²., que representa el 1,8% del territorio de Catalunya. Con una población de 125.875 habitantes (el 2,1% del total de habitantes de Catalunya) , su actividad industrial se puede considerar importante, tanto por los activos que concentra como por la amplitud y el dinamismo del sector secundario (E.Catalana 1991). Aunque tradicionalmente agrícola, poco a poco han ido ganando terreno otros sectores de ocupación, concentrándose actualmente la mayor parte de la actividad en la industria (35.5 %) y los servicios (53,1 %).

De un total de 61595 hombres y 64276 mujeres, censadas en el año 1991 en la comarca del "Gironès", 12724 son niños y 12208 niñas de edades comprendidas entre los 0 y los 14 años. De dicho total, 7004 niños y 6794 niñas residen en la capital de la comarca , Girona, y 2430 niños y 2286 niñas en la población de Salt. Esto supone que aproximadamente el 75 % de la población escolar se concentra en

Girona y Salt (esta última agregada a Girona durante los años 1974 a 1983 en que se independizó). El 25% restante se distribuye entre los 25 municipios, que junto con Salt y Girona, forman parte de la comarca.

II.2.2.3. Técnica de muestreo.

Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio por conglomerados, estratificando por zona (urbana, semi-rural y rural) y por cursos (3º, 4º y 5º de E.G.B.). La utilización de esta técnica comporta una disminución del coste, tanto en el tiempo como en dinero, de la investigación (Doménech, 1988) y facilita el acceso a la población, al utilizar una base de sondeo menos extensa (Rumeau-Rouquette, Brèart & Padieu, 1985).

Se consideró como conglomerado el aula, siendo la base de sondeo las aulas de tercero, cuarto y quinto curso de E.G.B. de la comarca del "Gironès", obtenidas a partir del censo dels Serveis Territorials del Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya. Cuando se inició esta investigación no estaban todavía cerradas las listas de alumnos del curso 94/95 por lo que se utilizó como base de sondeo el censo del curso anterior, desplazando el alumnado a un curso superior. Es decir que el número de matriculados de segundo curso de E.G.B. durante el año 93/94 fue el utilizado como base para el cálculo de alumnos y aulas de tercero.

Formaron parte de la base del sondeo todas las aulas censadas, incluidas las de graduación incompleta. Se considera como aulas de graduación incompleta aquellas aulas en las que los alumnos pertenecen a varios cursos, diferenciándose de las aulas únicas en que las primeras suelen reunir dos o tres cursos de E.G.B. como máximo.

En el caso de las aulas de graduación incompleta se consideró como conglomerado al total de alumnos que estaban matriculados en un mismo curso. De

tal manera que una aula con alumnos de tercero, cuarto y quinto de E.G.B. se transformó en tres aulas, cada una correspondiente a un solo curso.

Dado que no existían aulas únicas en la comarca del "Gironès" no fue necesario tomar ningún criterio para operativizar dichos casos.

II.2.2.4. Determinación del tamaño de la muestra.

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la formula de Rumeau-Rouquete et al. (1985), en donde $n = z^2_{\alpha} p (1 - p) / e^2$, siendo n igual al tamaño de la muestra, z el coeficiente de confianza, p la prevalencia estimada de la ideación suicida y e la precisión de la estimación. En nuestro caso desconocíamos la prevalencia de la ideación suicida en la comarca del "Gironès", por lo que decidimos partir de supuestos. A partir de los estudios y los datos obtenidos en las investigaciones descritas en los capítulos anteriores se podía esperar que la prevalencia de la ideación suicida se situaría entre un 12 y un 20 %, por lo que se optó por calcular el tamaño a partir de una prevalencia alta : 20%.

Tomando un nivel de confianza del 95 % y una precisión de $\pm 5\%$, el tamaño de la muestra tenía que ser igual a:

$$n = 1.96^2 \times 0,20 (1 - 0,20) / 0,05^2 = 246 \text{ alumnos.}$$

Dado que los alumnos estaban agrupados por aulas, constituyendo cada aula un conglomerado, fue necesario calcular el número de conglomerados o aulas necesarias para constituir la muestra. Para ello se dividió el número de alumnos necesarios por la media de alumnos por aula. Tal como se puede deducir de la tabla nº 1, existen claras diferencias en el tamaño de las aulas según se trate de escuelas ubicadas en poblaciones importantes como Salt o Girona, o más pequeñas como Aiguaviva, con solo 3 alumnos de tercero de E.G.B. Para resolver este desajuste se

decidió estratificar por zonas en función del número de habitantes. Con ello se pretendía obtener una muestra más representativa de la población objeto de estudio.

Tabla nº 1.
Municipios de la comarca del "Gironès": nº de escuelas, aulas y alumnos matriculados de 3º, 4º y 5º de E.G.B.

MUNICIPIO	HABITANTES	% hasta 14 años	Nº de escuelas	Nº de aulas	Nº de alumnos
AIGUAVIVA	354	18,4	1 P	1 (1)	8
BESCANO	2833	17,5	1 P	3	86
BORDILS	1330	17,7	1 P	3	39
CAMPLLONG	262	16,8	0	0	0
CANET D'ADRI	467	17,6	0	0	0
CASSA DE LA SELVA	7165	18,9	1 P + 1 Pr.	10	288
CELRA	2358	18,4	1 P	5	94
CERVIA DE TER	637	14,6	1 P	1 (1)	13
FLAÇA	914	15,5	1 P	1 (1)	32
FORNELLS DE LA SELVA	1152	19,2	1 P + 1 Pr.	2 (1) + 5	102
GIRONA	68656	20,1	19 P + 14 Pr.	119	3120
JUIA	283	12,4	0	0	0
LLAGOSTERA	5354	17,5	1 P + 1 Pr.	9	161
LLAMBILLES	429	16,8	0	0	0
MADREMANYA	179	11,2	0	0	0
QUART	2083	23,0	1 P	1 (1) + 1	50
SALT	21807	21,6	6 P + 3 Pr.	28	683
SANT ANDREU DE SALOU	137	12,4	0	0	0
SANT GREGORI	1867	19,3	1 P	3	69
SANT JOAN DE MOLLET	312	14,7	0	0	0
SANT JORDI DESVALLS	602	16,3	0	0	0
SANT JULIA DE RAMIS	1731	20,1	0	0	0
SANT MARTI DE LLEMANA	313	9,9	0	0	0
SANT MARTI VELL	204	8,8	0	0	0
SARRIA DE TER	3237	17,4	1 P	5	82
VILABLAREIX	1020	219,5	0	0	0
VILADESENS	189	12,7	0	0	0
TOTAL	125875		36P + 20 Pr.	182 + 6(1)	4827

P: Escuela Pública.

Pr.: Escuela Privada.

(1): Aula de Graduación Incompleta.

Podemos diferenciar tres zonas, en función del número de habitantes:

Zona 1 (Rural): Incluye todas aquellas poblaciones con menos de 2000 habitantes, cuya actividad principal es la agricultura y la ganadería. A excepción de Bordils y Sant Gregori, sus escuelas tienen aulas de graduación incompleta, en las que dos o tres cursos de E.G.B. se agrupan en una sola aula o espacio físico. La media de alumnos por aula es de 11 niños.

Zona 2 (Semi-Urbana) : Agrupa todas las poblaciones con más de 2000 habitantes y menos de 10000. Comprende aquellos pueblos, como Cassa de la Selva o Bescanó, tradicionalmente agrícolas, pero con una actividad industrial y mercantil lo suficientemente importante como para diferenciarlos de los municipios eminentemente agrícolas y/o ganaderos. La media de alumnos por aula es de 22.

Zona 3 (Urbana): Comprende todas las poblaciones con más de 10.000 habitantes. Solo dos municipios cumplen con este requisito: Salt y Girona. La media de alumnos por aula es de 25.

Tabla nº 2 . Distribución de la población escolar por zonas.			
Localidad	Escuelas públicas	Escuelas Privadas	Total (%)
Girona (Zona 3)	1439	1681	3120 (63,84%)
Salt (Zona 3)	349	334	683 (13,97%)
Zona 2	633	179	812 (16,62%)
Zona 1	190	82	272 (5,57%)
Total	2611 (53,42%)	2276 (46,57%)	4887 (100,00%)

A partir de estos datos y en función de los cálculos que se detallan a continuación, serian necesarias 10 aulas para obtener una muestra de 246 niños. Como puede observarse, se ha tenido en cuenta el porcentaje de alumnos matriculados en cada zona y el tamaño promedio de las aulas.

a)Zona 1: $246 \times 5,57\% = 13$ alumnos.

Media de alumnos por aula: 11. Nº. de aulas: $13/11 = 1$ aula.

b)Zona 2: $246 \times 16,62\% = 41$ alumnos.

Media de alumnos por aula: 22. Nº. de aulas: $41/22 = 2$ aulas.

c)Zona 3: $246 \times 77'81\% = 192$ alumnos.

Media de alumnos por aula: 25. Nº. de aulas: $192/ 25 = 7$ aulas.

Salt: $246 \times 13,97\% = 34$.

Girona: $246 \times 63,84\% = 157$.

Con la finalidad de facilitar la estratificación se decidió seleccionar al azar un total de 15 aulas, 5 para cada curso, de las cuales 2 pertenecerían a escuelas ubicadas en Girona, una en Salt, y una cuarta y quinta en las zonas 2 y 3 respectivamente (Ver tabla nº 3).

Tabla nº 3. Número de aulas por zona y curso.			
ZONAS	3º E.G.B.	4º E.G.B.	5º E.G.B.
ZONA 1	1 aula	1 aula	1 aula
ZONA 2	1 aula	1 aula	1 aula
ZONA 3 - GIRONA	2 aulas	2 aulas	2 aulas
ZONA 3 - SALT	1 aula	1 aula	1 aula
TOTAL	5 aulas	5 aulas	5 aulas

II.2.2.5. Características de la muestra.

El muestreo por conglomerados proporcionó una muestra de 361 niños y niñas de tercero, cuarto y quinto curso de Enseñanza General Básica, de edades comprendidas entre los 8 y los 12 años. El 73,4 % de estos niños estaba cursando sus estudios en centros escolares de la zona urbana, mientras que el 22,4% y el 4,2% lo hacían , respectivamente, en escuelas de las zonas semi-urbana y rural .

Con respecto a las características de los centros, el 19,4 % de los niños seleccionados estaban matriculados en escuelas privadas y el 80,6 % en escuelas públicas.

Tabla nº 4. Distribución de la muestra por cursos.

CURSO	nº de alumnos	porcentaje
Tercero	104	28,8%
Cuarto	139	38,5%
Quinto	118	32,7%
Total	361	100,0%

La muestra obtenida se corresponde con el 7'38% de la población escolar de 3º 4º y 5º de E.G.B. de la comarca del "Gironès". Lamentablemente no fue posible disponer de un porcentaje superior de alumnado de las escuelas privadas dadas las dificultades con las que nos encontramos al solicitar los correspondientes permisos. Los motivos que dieron lugar a esta negativa fueron varios, y en cualquier caso debemos respetar dichas decisiones.

Así pues, y a pesar de que el 50% de los alumnos seleccionados en el muestreo inicial pertenecían a centros escolares privados, la negativa de la mayoría de estas escuelas forzó su substitución por alumnos de otras escuelas no privadas, seleccionados al igual que sus compañeros, aleatoriamente.

Por lo que se refiere a las escuelas públicas con las cuales contactamos, se nos brindó desde el primer día, por norma general, toda la colaboración y ayuda necesaria para poder llevar a cabo nuestros objetivos. Sin embargo, no pudimos obtener la correspondiente autorización en algunos de estos centros. Incluso hubo algunos casos en los cuales a pesar de obtener el permiso del director del colegio y una total predisposición del claustro de profesores hacia nuestra investigación, el Consejo Escolar desautorizó la aplicación de las pruebas. En otras, fue la propia

dirección o el claustro de profesores quien manifestó su temor y prefirió no dar continuidad a nuestras pretensiones.

Las causas aducidas, tanto en los centros públicos como privados, para desestimar nuestra petición fueron las siguientes:

- A pesar de las explicaciones dadas pensaban que no había anonimato y que era una investigación que implicaba un diagnóstico sin que hubiera un tratamiento posterior.
- El instrumento utilizado como "screening" (el C.D.I.) " *no se puede aplicar colectivamente* " y el ítem 9 implicaba un alto riesgo de suicidio " *ya que podía abrir los ojos a los niños y favorecer el suicidio*".
- Querían evitar problemas con los padres y con algunos profesores.
- El Consejo Escolar no autorizó nuestra investigación al existir una opinión generalizada, entre sus componentes, de que se trataba de un tema muy delicado y ,en consecuencia, no se consideraban lo suficientemente capacitados para poder dar su autorización en nombre de los otros padres a los que estaban representando.
- Finalmente, en algunos centros privados se detectó una cierta "conducta de evitación" cuando debían informarnos de su decisión en cuanto a la aprobación o denegación. La frase "*vuelva a llamar dentro de quince días* " era de lo más habitual. Este hecho motivo que se desestimara su inclusión en la muestra al no permitírnos iniciar la primera fase en el tiempo previsto.

Tabla nº 5. 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		2	2(0,6%)
TOTAL	181(50,1%)	180(49,9%)	361(100,0%)

De las quince aulas seleccionadas inicialmente, fue necesario substituir 6 de ellas (40%), ante la negativa por parte de los órganos competentes de conceder la autorización pertinente. El procedimiento utilizado para la substitución fue la elección del próximo conglomerado (o aula) que le seguía por riguroso orden de inclusión en la base de sondeo. De estas seis aulas substituidas, 3 pertenecían a escuelas privadas. Las tres fueron substituidas finalmente por otras tres aulas de centros públicos. En dos de estas aulas se consiguió la autorización en la primera substitución. En otras dos, se consiguió el permiso correspondiente después de dos substituciones. Y finalmente en las dos aulas restantes, fueron necesarias tres substituciones para poder obtener la disponibilidad del conglomerado. De las seis aulas, dos eran de la zona rural y pertenecían a una misma escuela. De las cuatro restantes solo dos pertenecían a una misma escuela. Estos fracasos obligaron a contactar con la dirección de siete escuelas (sin contar con las cuatro que inicialmente no decidieron participar en la investigación), consiguiendo la autorización en cuatro de ellas.

Tabla nº 6. Distribución de la muestra por zona de ubicación y tipo de escuela.

ZONA	PUBLICA	PRIVADA	TOTAL
Urbana	195	70	265(73,4%)
Semi-Urbana	81	0	81(22,4%)
Rural	15	0	15 (4,2%)
Total	291(80,6%)	70(19,4%)	361(100%)

II.2.2.6. Verificación y valoración de los casos identificados en la primera fase.

Todos los sujetos que puntuaron con 1 o 2 puntos en el ítem 9 del CDI (n=49), fueron seleccionados como casos con ideación suicida. Los dos niños que no contestaron al ítem 9, fueron considerados como posibles casos de ideación suicida.

Al mismo tiempo, se seleccionó al azar, en cada conglomerado y en número igual al de sujetos con ideación suicida, los alumnos del grupo control. Se seleccionaron dos casos más, que correspondían a los dos posibles casos de ideación suicida.

Esto suponía partir de dos grupos: niños con ideación suicida (n=51, 49 con ideación , más dos posibles casos) y grupo control, sin ideación (n=51).

Se aplicó la batería de pruebas a ambos grupos y se procedió a la constitución final de los grupos a partir de los resultados obtenidos en la valoración de la ideación mediante la CDRS-R. Asimismo, se excluyeron aquellos casos que en la prueba del nivel intelectual obtuvieron puntuaciones que se situaban significativamente por debajo de lo normal (puntuación típica igual o inferior a siete puntos en los tres sub-tests del W.I.S.C.).

II.2.2.7. Constitución de la muestra de la segunda fase.

Una vez verificada y evaluada correctamente la ideación suicida mediante la CDRS-R, se procedió a la selección final de los sujetos que formarían parte de los dos grupos, y que serían en definitiva los utilizados en el análisis de los datos.

En la tabla nº 7, se muestra la composición de los grupos y se detallan los criterios de exclusión e inclusión.

De los 15 casos que negaron la ideación suicida en el CDRS-R, once fueron excluidos del grupo con ideación por este motivo y cuatro por presentar adicionalmente un nivel intelectual muy bajo.

Asimismo, se excluyó un caso del grupo con ideación por presentar un nivel intelectual muy bajo, de igual manera que se excluyeron cuatro casos más del grupo control por el mismo motivo. El 100% de los casos excluidos por presentar un nivel intelectual muy bajo ($n=8$) pertenecían a una misma escuela ubicada en una de las zonas más desfavorecidas de la comarca, con altos índices de delincuencia y pobreza.

La mortalidad experimental, producida por la falta de localización de los sujetos, fue del 5,8% (6 de los 103 niños que formaban parte de la muestra de la segunda fase), perteneciendo estos casos al mismo conglomerado. Se trataba de niños de raza gitana que por las características propias de su vida ambulante, son difíciles de localizar .

De acuerdo con los criterios de la "Spectrum of Suicidal Behavior", de Pfeffer et al. (1979,1980, 1982,1984), solo se detectaron dos niños con conductas suicidas de mayor gravedad que la ideación suicida. Se trataba de dos casos que en varias ocasiones, y en momentos de mucho enfado, habían dicho a su madre o a su hermana que se matarían. Dada la falta de actos precursores, como esconder un cuchillo, o sentarse en un balcón, se consideraron estas amenazas como leves.

Tabla nº 7. Motivo de exclusión/inclusión.		
Motivo	nº casos	%
Caso no seleccionado	258	71,5
Incluido en el grupo de ideación suicida	34	9,4
Incluido en el grupo control	44	12,2
Excluido del grupo de ideación suicida al no presentar ideación en la CDRS-R	11	3,0
Excluido del grupo con ideación por tener un nivel intelectual muy bajo	1	0,3
Excluido del grupo con ideación al negar la ideación en la CDRS-R y por presentar un nivel intelectual muy bajo	3	0,8
Excluido del grupo control por presentar un nivel intelectual muy bajo	4	1,1
Excluido de ambos grupos por hallarse ausente en el día de la evaluación	6	1,7
TOTAL	361	100,0

II.2.2.8. Características de la muestra de la segunda fase.

A partir de los criterios de inclusión y exclusión aplicados en cada uno de los casos, se obtuvo una muestra final de 78 sujetos, de los cuales 34 pertenecían al grupo de niños con ideación suicida, y el resto, 44 al grupo control.

La distribución de la muestra por sexo, edad y curso queda reflejado en las tablas 8, 9 y 10, respectivamente.

Tabla nº 8.

Composición de la muestra por sexo.

Sexo	Grupo con ideación	Grupo Control	Total
Niñas	14 (41,18%)	23 (52,27%)	37 (47,49%)
Niños	20 (58,83%)	21 (47,73%)	41 (52,56%)
Total	34 (43,89%)	44 (56,45%)	78 (100,00%)

Tabla nº 9.

Composición de la muestra por edades.

Edad	Grupo con ideación	Grupo control	Total
8 años	5 (14,7%)	10 (22,7%)	15 (19,2%)
9 años	12 (35,3%)	16 (36,4%)	28 (35,9%)
10 años	10 (29,4%)	15 (34,1%)	25 (32,1%)
11 años	7 (20,6%)	2 (4,5%)	9 (11,5%)
12 años	0 (0,0%)	1 (2,3%)	1 (1,3%)
Total	34 (43,6%)	44 (56,4%)	78 (100,0%)

Tabla nº 10.

Composición de la muestra por cursos.

Curso	Grupo con ideación	Grupo control	Total
3º E.G.B.	7 (20,6%)	12 (27,3%)	19 (24,4%)
4º E.G.B.	14 (41,2%)	17 (38,6%)	31 (39,7%)
5º E.G.B.	13 (38,2%)	15 (34,1%)	28 (35,9%)
Total	34 (43,6%)	44 (56,4%)	78 (100,0%)

II.2.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA.

A continuación se describen brevemente los instrumentos de medida utilizados en esta investigación para valorar las diferentes variables objeto de estudio.

II.2.3.1. Children's Depression Inventory (C.D.I.) .

El CDI es quizás uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología depresiva. Consta de 27 ítems, cada uno de los cuales tiene tres posibles respuestas alternativas, de las que el niño debe señalar aquella que describe mejor su situación durante las dos últimas semanas. De estas tres posibles respuestas, una refleja la normalidad y a las otras dos denotan, en menor o mayor gravedad, la presencia del síntoma evaluado.

Este autoinforme se puede aplicar individual y colectivamente, con un tiempo de duración que oscila entre los 10 y 20 minutos, y su edad de aplicación se sitúa entre los 8 y 17 años.

El C.D.I. es la adaptación para niños, realizada por María Kovacs (1977) , del Inventario de Depresión de Beck (1967), para adultos. La utilización del ítem 9, fue de gran interés, ya que permitió valorar la ideación suicida. Las tres respuestas alternativas de este ítem se corresponden con la ausencia de pensamiento suicida (puntuación igual a cero), presencia de ideación suicida (puntuación igual a 1) e intencionalidad suicida (puntuación igual a 2).

En este estudio se ha utilizado la versión catalana realizada por la División de Psicología de la Universitat Autònoma de Barcelona, con dos objetivos: detectar los casos con ideación suicida ("Screening") y corroborar la validez de la Escala de Desesperanza.

Las propiedades psicométricas de la versión catalana son aceptables, con una probada consistencia interna (Alpha = .75) y correlaciones moderadas con otras medidas de depresión (Monreal , 1988).

II.2.3.2. Escala de Desesperanza.

La Escala de Desesperanza de Kazdin et al. (1983) es una adaptación para niños de la Escala de Desesperanza de Beck et al. (1974). Los autores, desarrollaron esta escala basándose en la idea de que la desesperanza (o la existencia de expectativas negativas del futuro), puede ser considerada, conjuntamente con una visión negativa de uno mismo y del entorno (tríada cognitiva) uno de los rasgos esenciales de la depresión. Las puntuaciones obtenidas proporcionan una estimación sistemática de la desesperanza que puede ser utilizada en la investigación del comportamiento suicida con la finalidad de determinar la relación entre depresión y desesperanza (Pfeffer ,1986). Además, esta escala puede ser un buen indicador del riesgo de suicidio (Fernández Ballesteros & Carroble, 1987).

La escala de Desesperanza para Niños consta de 17 ítems, en cada uno de los cuales el niño debe identificar como verdadero o falso su contenido, según se ajuste a sus pensamientos o ideas. En función de la respuesta dada en cada ítem se puntúa con 1, si la respuesta indica desesperanza, o 0 si denota una visión positiva del futuro. De este modo una puntuación elevada (máximo 17) indicaría que el sujeto tiene una visión negativa del futuro, mientras que una puntuación baja denotaría una buena expectativa de futuro.

En el apartado II.2.4. se detallan las propiedades psicométricas así como el procedimiento seguido para la traducción y adaptación al catalán de esta escala.

II.2.3.3. Children's Depression Rating Scale-Revised (C.D.R.S.).

La "Children's Depression Rating Scale-Revised" de Poznanski et al. (1984), es una entrevista semiestructurada, que consta de 18 ítems y cuyo principal objetivo es valorar la severidad de la depresión en niños de 6 a 12 años. La entrevista suele durar entre 20 y 30 minutos, dependiendo de la gravedad de la sintomatología del niño evaluado. A mayor gravedad, mayor será la duración de la entrevista.

De los 18 ítems de que consta la escala, cuatro evalúan la conducta del niño durante la entrevista, y los 14 restantes informan del estado afectivo del niño. A excepción de los ítems 4 (trastornos del sueño), 5 (trastornos de la ingesta), 16 (labilidad del humor) y 17 (tiempo del habla), cuya puntuación máxima es de 5, la puntuación máxima en cada ítem es de 7 puntos, siendo la mínima, en todos los casos, de 1 punto.

Se utilizó la versión castellana (traducción provisional) del Dr. Toro, con tres objetivos básicos: valorar la severidad de la sintomatología depresiva, corroborar la presencia de ideación suicida detectada con anterioridad mediante el CDI y explorar estos pensamientos.

Los ítems de la escala son:

- | | |
|----------------------------|------------------------------|
| 1. Escolaridad. | 10. Autoestima. |
| 2. Capacidad de diversión. | 11. Sentimientos depresivos. |
| 3. Retraimiento social. | 12. Ideas Mórbidas. |
| 4. Sueño. | 13. Ideas de suicidio. |
| 5. Apetito. | 14. Llanto. |
| 6. Fatiga excesiva. | 15. Afecto deprimido. |
| 7. Quejas somáticas. | 16. Tempo del Habla. |
| 8. Irritabilidad. | 17. Hipoactividad. |
| 9. Culpabilidad. | 18. Labilidad del humor. |

II.2.3.4. Cuestionario de Autoevaluación de la ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAI-C).

El STAI-C, de Spielberger et al. (1973), es un cuestionario de autoevaluación que permite valorar la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Se puede aplicar individual y colectivamente con un tiempo de duración que oscila entre los 15 y 20 minutos. Pensado para su administración en niños de 9 a 15 años, es una adaptación del Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad Estado/Rasgo para adultos (STAI) del mismo autor.

La escala Ansiedad-Estado, consta de 20 elementos en los que el niño debe expresar como "se siente ahora mismo", mientras que en la escala de Ansiedad-Rasgo, con el mismo número de ítems, el niño debe indicar como "se siente en general".

II.2.3.5. Culture-Free Self-esteem Inventory for Children.

La "Culture-Free Self-esteem Inventory for Children" de Battle (1981), es una escala que valora la autoestima y que consta de 30 ítems, con dos posibles respuestas en cada uno. Se pueden distinguir 5 sub-escalas:

10 ítems configuran la Escala General de Autoestima

5 ítems forman la Escala de Autoestima Social

5 ítems forman la Escala de Autoestima Académica.

5 ítems forman la Escala de Autoestima familiar

5 ítems forman la Escala de Sinceridad.

Las puntuaciones elevadas en la escala son indicativas de que el niño tiene un buen concepto de si mismo. Mientras que las puntuaciones bajas denotan una baja autoestima.

Se puede aplicar individual y colectivamente, y el tiempo de duración de su administración es relativamente corto (15 minutos aproximadamente).

Se ha utilizado la versión castellana de la forma B (traducción provisional con permiso del autor) de J.Canals y E.Domènech.

II.2.3.6. Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ).

El Cuestionario de Personalidad para Niños (CPQ) de Porter & Catell (1959), tiene igual estructura y factores casi idénticos al de su hermano mayor, el 16 PF, lo que posibilita poder disponer de cada sujeto evaluado información relativa a 14 rasgos de personalidad de primer orden y 3 de segundo orden.

Con la finalidad de no agotar innecesariamente al niño, el cuestionario está estructurado en dos partes, cada una de las cuales se aplica por separado en dos momentos diferentes. La duración de cada parte oscila entre los 30 y 40 minutos, pudiendo ser aplicada individual y colectivamente en edades comprendidas entre los 8 y 12 años (de 3º a 7º de E.G.B. aproximadamente).

El material suministrado al sujeto consta de un cuadernillo, con las preguntas, y una hoja de respuestas, en donde debe anotar en cada casilla las respuestas dadas. Para evitar posibles errores, como equivocaciones en la anotación de la respuesta o asignar una respuesta a un número de pregunta erróneo, se suministró solamente el cuadernillo. De tal manera que el niño anotaba directamente sus respuestas después del enunciado, tachando con una cruz la letra que se correspondía con la respuesta deseada.

Los factores evaluados por la escala son:

Factor A: Reservado-Abierto.	Factor J: Seguro-dubitativo.
Factor B: Inteligencia baja-alta.	Factor N: Sencillo-Astuto.
Factor C: Afectados por los sentimientos- Emocionalmente estable.	Factor O: Sereno-Apreensivo.
Factor D: Calmoso-Excitable.	Factor Q3: Menos integrado - Más integrado.
Factor E: Sumiso-Dominante.	Factor Q4: Relajado-Tenso
Factor F: Sobrio-Entusiasta.	Factor QI: Ajuste-Ansiedad.
Factor G: Despreocupado-Consciente.	Factor QII: Introversión-Extraversión.
Factor H: Cohibido-Emprendedor.	Factor QIII: Patemia - Excitabilidad
Factor I: Sensibilidad dura-blanda.	(Dureza).

II.2.3.7. Escala de Clima Social en la Familia (FES).

La adaptación española de la F.E.S. de Moos & Moos (1981) solo contempla una de las tres formas en las que se puede aplicar esta escala, la real. Esta forma aprecia lo que perciben las personas con respecto al ambiente familiar.

La escala se puede administrar individual o colectivamente, con una duración variable de aproximadamente 20 minutos.

Esta escala ha sido diseñada para ser utilizada con adolescentes y adultos. Sin embargo se ha aplicado con éxito en niños (Asarnow, Carlson & Guthrie, 1987, Campbell et al. 1993). Para facilitar la comprensión de los ítems se procedió de diferente manera según el nivel de escolarización del alumno. A los niños de 3º y 4º de E.G.B., se les leían los ítems y posteriormente debían contestar en el cuestionario. En otros casos, cuando el nivel de comprensión era muy bajo, se aplicaba individualmente como si se tratara de una entrevista. En niños ya mayores, de 5º de E.G.B., se les hacía leer cada pregunta y a continuación se les pedía que explicaran el contenido de la misma con la finalidad valorar la comprensión del ítem. Posteriormente anotaban sus respuestas en la hoja de respuestas.

Se pueden diferenciar 10 sub-escalas, agrupadas en 3 ámbitos de actuación familiar: relaciones, desarrollo y estabilidad. Sin embargo en nuestra investigación, y de acuerdo con los hallazgos comentados en el capítulo de variables asociadas a la conducta suicida, solo se aplicaron 4 sub-escalas:

Cohesión (CO): Valora el grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre si.

Expresividad (EX): Valora el grado en que se permiten a los miembros de la familia actuar libremente y expresar sus sentimientos.

Conflictividad (CT): Valora el grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia.

Control (CN): Valora el grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Los ítems correspondientes a cada una de estas escalas se reprodujeron en una hoja en la cual cada niño tenía que señalar, si con respecto a su familia, la frase era verdadera o casi siempre verdadera, o bien falsa.

II.2.3.8. Entrevista Estructurada del Concepto de Muerte (E.C.M.).

Se trata de una entrevista estructurada que valora el grado de adquisición del concepto de la muerte. Consta de 11 preguntas cerradas, con dos posibles respuestas, que reflejan el nivel de comprensión de los tres sub-conceptos básicos y necesarios para que el niño entienda lo que significa la muerte : Universalidad (todas las personas en un momento u otro mueren), Cesación de la procesos corporales (al morir cesa toda actividad corporal) e irreversibilidad o irrevocabilidad de la muerte (la muerte es un proceso irreversible). Así como, de 17 preguntas ,con el mismo formato, que reflejan las creencias relativas a la vida después de la muerte, la preocupación por la muerte, y las experiencias personales del niño en este ámbito.

Además, el cuestionario incluye tres preguntas semi-abiertas en las que el niño debe especificar tres causas de muerte, referidas a un animal, persona y así mismo. Finalmente se incluye una pregunta abierta en la que se le pide al sujeto que defina la palabra suicidio.

La construcción de esta entrevista la realice conjuntamente con mi compañero Raúl de Río, bajo la dirección de la Dra. Edelmira Domènech, como trabajo de investigación del curso de doctorado "Depresión y Epidemiología" , (Viñas, 1990).

II.2.3.9. Escala d'Intel·ligència de Wechsler per a Nens.(WISC)

Con la finalidad de disponer de un buen indicador del nivel intelectual, se decidió administrar la Escala de Inteligencia para Niños de Wechsler, en su versión catalana.

Dado que el tiempo de aplicación es excesivamente largo, y que además requiere una aplicación individual, se optó por administrar solamente tres subescalas: cubos, comprensión y semejanzas.

La subescala de comprensión, valora la capacidad que tiene el niño para entender enunciados orales y establecer relaciones lógicas entre conceptos. En la versión catalana se han suprimido todos los componentes de normativa social que incluía el WISC en castellano.

También, se ha incluido semejanzas dado que es buen indicador del grado de formación de los conceptos verbales y del pensamiento lógico del niño. Vinculado con la capacidad de conceptualización, se pensó que podría ser de gran utilidad a la hora de valorar el concepto de muerte en los niños de la muestra final.

Finalmente, se ha completado esta versión reducida del WISC, con la subescala de cubos, que permite explorar, entre otros aspectos, la percepción, el análisis, la síntesis y la reproducción de dibujos abstractos (Glasser & Zimmerman, 1980).

II.2.3.10. Cuestionario de Datos Personales.

Se trata de un cuestionario dirigido a los padres, en el que se pide información relativa al nivel de formación de los padres, ocupación, edad, nº de hermanos, personas que conviven con el niño, idioma, religión, etc.

Su finalidad no es otra que la de disponer de la suficientemente información como para valorar otras variables relevantes, no recogidas a través de los anteriores instrumentos de medida, como el nivel socioeconómico, idioma, composición del hogar, etc.

Esta encuesta era totalmente anónima y se entregaba dentro de un sobre en el que solo figuraba el número de caso asignado a cada niño. El sobre se entregaba al niño, para que después de que sus padres hubieran rellenado el cuestionario, se lo entregara, en el mismo sobre, a su maestra. Asimismo, se les daban instrucciones precisas para que no se intercambiaran los sobres con otros niños.

II.2.3.11. Four Factor Index of Social Status.

El Four Factor Index of Social Status de Hollingshead (1975) es un instrumento que permite obtener un índice del nivel socioeconómico, a partir de cuatro factores: Estado civil, Ocupación laboral, Nivel de formación académico o escolar, y retiro laboral. La información relativa a los cuatro factores se obtuvo a través del Cuestionario de Datos Personales.

II.2.3.12. Spectrum of Suicidal Behavior.

La escala de la conducta suicida forma parte de una batería de escalas, la Child Suicide Potential Scales, diseñada por Pfeffer et al. (1979, 1980, 1982, 1984) para ser utilizada en el estudio de la conducta suicida en niños. Estas escalas han resultado ser un buen instrumento de investigación para identificar factores asociados con la conducta suicida en niños (Pfeffer, 1986).

La Spectrum of Suicidal Behavior permite clasificar al niño en una de las cinco categorías siguientes: ausencia de conducta suicida, ideación suicida, amenazas, tentativas e intentos graves de suicidio. La clasificación se realiza a partir de la información aportada por el niño. En esta investigación se ha utilizado la información obtenida a través de la CDRS, concretamente a partir de su ítem 13, que valora la ideación suicida.

Los datos obtenidos a través de esta escala son puramente informativos, y en todo caso permiten clasificar, con más detalle y exactitud, a cada sujeto evaluado de acuerdo con la severidad de la conducta suicida manifiesta.