

VARIABLES PREDICTORAS DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN LA POBLACIÓN ESCOLAR INFANTIL

Ferran Viñas*

Edelmira Domènech**

Introducción

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de estudios que abordan el tema de las conductas suicidas en la infancia (6 a 12 años). Ese interés viene motivado por las elevadas tasas de suicidio consumado observadas durante la adolescencia. Un claro y preocupante ejemplo de ello es el de Estados Unidos en donde el suicidio constituye una de las primeras causas de muerte en los adolescentes¹.

La mayoría de los autores coinciden en considerar las conductas suicidas como un continuo que iría desde la ideación suicida hasta el acto consumado, incluyendo las amenazas y las tentativas. A partir de esa definición, la ideación suicida, entendida como la presencia de deseos de muerte o de pensamientos de querer matarse², constituiría la primera fase o el nivel de menor gravedad de las conductas suicidas. A continuación, le seguirían las amenazas (verbalizaciones de acciones suicidas y/o actos precursores, como por ejemplo, sentarse en una ventana con la amenaza de tirarse) y las tentativas; leves, cuando el método utilizado no supone un grave riesgo para la salud del individuo, y graves, cuando existe una elevada probabilidad de consumir el acto suicida. Finalmente, en el último eslabón se situaría el suicidio consumado.

Es muy raro que los niños lleguen a la última fase ante de la pubertad. Sin embargo los estudios realizados, tanto con población clínica como "normal", ponen de manifiesto que la ideación suicida es muy frecuente en esas edades. Los mayores porcentajes se obtienen en muestras hospitalares (pacientes ingresados por patología psiquiátrica) oscilando entre el 25,5%³ y el 60%⁴. Les siguen los pacientes asistidos en régimen ambulatorio con prevalencias que oscilan entre el 15,9%⁴ y el 66%⁵. Y finalmente, en menor proporción, los escolares "normales" cuya prevalencia se sitúa entre el 8,9%⁶ y el 32,2%⁷.

Existe, por tanto, suficiente evidencia empírica que demuestra que la ideación suicida, a pesar de la percepción que pueda tener el adulto de la infancia, es muy frecuente entre nuestros escolares. No obstante, la gravedad no radica en la presencia sino más bien en la continuidad o estabilidad de tales ideas. En ese sentido, cabe destacar las cifras aportadas por algunos estudios longitudinales o de seguimiento, en los que se observa que la ideación

RESUMEN

Se han estudiado dos grupos de escolares de edades comprendidas entre los 8 y 12 años: niños con ideación suicida (n = 34) y grupo control (n = 44). Los resultados obtenidos a partir del análisis estadístico de los datos señalan diferencias significativas en función del sexo. Los niños con ideación suicida obtienen puntuaciones elevadas en sintomatología depresiva, desesperanza, control de la escala de clima familiar y en el factor D de personalidad de Cattell. Las niñas obtienen puntuaciones elevadas en sintomatología depresiva, factor I de personalidad de Cattell y bajas en los factores E y QIII de Cattell. Un tercio de los niños y niñas con ideación suicida cumplen con los criterios diagnósticos del DSM-IV de trastorno distímico. De las tres medidas utilizadas para valorar la depresión, la puntuación de la CDRS es la que permite predecir con mayor precisión la ideación suicida. En las niñas si conocemos las puntuaciones de la CDRS y de los factores E, C y Q3 podemos clasificar correctamente el 95,7% del grupo control y el 85,7% del grupo con ideación suicida. En los niños los mejores predictores de la ideación suicida son la sintomatología depresiva, valorada mediante la CDRS, y la desesperanza. Los dos grupos estudiados (con ideación suicida y control) no difieren en nivel intelectual, ansiedad, autoestima, nivel socioeconómico y grado de escolaridad.

PALABRAS-LLAVE

Ideación suicida. Depresión.

* Departamento de Psicología. Universidad de Girones.

** Departamento de Psicología de la Salud y de Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona.

suicida se mantiene durante largos períodos de tiempo en un considerable número de niños. En el que se considera uno de los primeros estudios epidemiológicos de la ideación suicida con población normal se observó que al cabo de dos años de seguimiento el 50% de los niños mantenían la ideación suicida⁸. En otro reciente trabajo de investigación, se halló que, transcurridos tres años, el 27% de las niñas y el 18,4% de los niños continuaban presentando ideas suicidas⁹. Consecuentemente, parece lógico suponer que estos niños, en los que la ideación suicida persiste, puedan desarrollar conductas de mayor gravedad cuando alcancen la adolescencia o juventud. Es precisamente en ese período cuando se detecta, lamentablemente, un mayor número de tentativas y de suicidios consumados.

Diversos estudios han intentado determinar las variables que pueden influir en la aparición de esas conductas. En un intento de aglutinar estos trabajos, y desde una perspectiva muy amplia, podríamos destacar cuatro grandes ámbitos de estudio: presencia de psicopatología, estudio de las variables de personalidad, estudio del entorno y de las variables sociodemográficas y, finalmente, estudio de las variables biológicas.

Dentro del primer apartado, que reúne la inmensa mayoría de trabajos, encontramos un conjunto de autores que han intentado relacionar las conductas suicidas, y en el caso que nos ocupa la ideación suicida, con la presencia de psicopatología, especialmente la depresión. Los resultados obtenidos hasta la fecha no dejan duda sobre la clara relación existente entre los trastornos afectivos y las conductas suicidas^{2, 9-15}. No obstante, existen otros cuadros, como los trastornos de conducta, esquizofrenia, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, conductas adictivas (alcoholismo y drogadicción) etc., que también aparecen a menudo asociados con las conductas suicidas¹⁶⁻²⁰.

Con respecto al segundo bloque, existe una gran diversidad de aproximaciones al perfil de personalidad del suicida. Esa variedad de enfoques viene motivada por la existencia de diferentes paradigmas con respecto al estudio de la personalidad. Desde una perspectiva cognitivo conductual, las variables más estudiadas han sido la desesperanza y la autoestima. Ambas constituyen dos elementos importantes dentro del modelo cognitivo de la depresión propuesto por Beck²¹. La mayoría de estudios coinciden en señalar la relación de esas variables con las conductas suicidas^{15, 22-24}, desempeñando ambas un papel modulador. Asimismo, se considera a la desesperanza como un buen indicador del riesgo de suicidio²⁵. Pero además de esas variables, y dentro del mismo enfoque, se han estudiado otros factores como la inflexibilidad cognitiva, el estilo atribucional o la capacidad de resolución de problemas. Los resultados obtenidos parecen indicar que los niños

que desarrollan conductas suicidas tendrían una menor capacidad para generar soluciones alternativas cuando se enfrentan a una situación difícil o estresante²⁶, y se inclinarían por realizar atribuciones causales de tipo externo²⁷ y atribuir, preferentemente, los buenos acontecimientos a causas globales²⁸.

Desde otra perspectiva, más descriptiva, uno de los trabajos más citados es, sin duda, el de Shaffer²⁹. Ese 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 de notas, registros psiquiátricos y entrevistas con los maestros, obtuvo cuatro características de personalidad: impulsivos (sin control, volátiles), irritables e hipersensibles a la crítica, callados o poco comunicativos y perfeccionistas (autocríticos, metódicos). Algunas de esas características han sido también observadas en estudios posteriores^{11,30} siendo de interés los datos aportados por Pfeffer et al.³¹, a partir de los cuales se pueden diferenciar dos grupos de preadolescentes suicidas. El primer grupo se caracterizaría por una buena visión de la realidad y tendencia a la depresión bajo la influencia de elevados niveles de estrés ambiental, mientras el segundo se definiría por la exhibición de rabia, conductas agresivas y una marcada tendencia a identificarse con las conductas suicidas de sus padres. Además, estos perfiles se ajustarían a los descritos por Shaffer²⁹ como aislados y solitarios por un lado y impetuosos y violentos por otro.

A la vista de esos datos, y a pesar de que existen ciertamente resultados contradictorios cuando se valora la personalidad de los sujetos suicidas, especialmente cuando se estudian factores de segundo orden, como la introversión o extroversión, se pone de manifiesto la posibilidad de que efectivamente exista un perfil de personalidad característico del suicida.

Con relación al tercer gran bloque, destacan los estudios que se han centrado en el análisis de las características del entorno familiar del niño suicida. Uno de los datos más relevantes es la frecuente presencia de tensiones o conflictividad familiar, generalmente asociadas a situaciones derivadas de la existencia de dificultades económicas o contextos de separación/divorcio de los padres. Pfeffer³² distingue tres tipos de factores familiares que aparecen repetidamente asociados con la conducta suicida en la infancia: tensión familiar (cambios en la composición de la familia por pérdida, muerte o divorcio/separación de los padres), violencia familiar (especialmente malos tratos y abusos sexuales) y la presencia de síntomas de depresión y/o conducta suicida en los miembros de la familia.

Otro aspecto interesante es la percepción que tiene el niño del clima familiar. En ese sentido, las investigaciones realizadas^{26, 33, 34} confirman que la

desorganización familiar, la conflictividad, la falta de control (cumplimiento de las normas y reglas establecidas), la escasa cohesión y una limitada expresividad (libertad para poder manifestar abiertamente los sentimientos) son factores comunes en el entorno familiar de los niños que desarrollan ese tipo de conductas. Esos datos ponen de manifiesto, una vez más, que el entorno familiar juega un papel importante y decisivo en la aparición de la conducta suicida, y por tanto debe ser tomado en consideración.

Finalmente, con relación al último gran bloque, podríamos destacar dos grandes líneas de investigación. Por un lado, las que relacionan las conductas suicidas con la existencia de irregularidades bioquímicas (especialmente las que están asociadas con la depresión), y por otro lado, las que las vinculan con la falta de bienestar físico, es decir, presencia de enfermedades de extrema gravedad o cronicidad que producen un considerable malestar físico o psicológico. Todo ello apunta indudablemente hacia la consideración de la multicausalidad de las conductas suicidas, y consecuentemente a la necesidad de realizar un abordaje interdisciplinario de las mismas. Desde la psicología, nos interesamos por los tres primeros grandes bloques, dejando el cuarto, al menos parcialmente, en manos de otras disciplinas.

Los resultados que aquí se presentan forman parte de un amplio estudio epidemiológico de la ideación suicida en la población escolar infantil. Uno de los objetivos de nuestro trabajo era determinar cuales eran las variables que estaban asociadas con la ideación suicida y las que, con mayor precisión, la predecían. En nuestra investigación nos centramos en el estudio de algunas de las variables anteriormente mencionadas con la intención de hallar el perfil psicológico del escolar con ideación suicida. Concretamente, se evaluó la depresión, utilizando para ello diferentes instrumentos de medida (autoinforme, entrevista estructurada y criterios diagnósticos), la ansiedad, aspectos cognitivos como la autoestima y la desesperanza, la percepción del clima familiar y, finalmente, se intentó hallar el perfil de personalidad a partir de los factores de primer y segundo orden de Cattell⁹⁵.

Método

Sujetos

Se han estudiado dos grupos de escolares de edades comprendidas entre los 8 y 12 años: niños con ideación suicida (20 niños y 14 niñas) y grupo control (21 niños y 23 niñas). Esos grupos se han constituido a partir de los resultados obtenidos en un estudio epidemiológico

de la ideación suicida en la población escolar infantil. En una primera fase participaron 181 niños y 180 niñas elegidos aleatoriamente de los centros públicos y privados de Enseñanza General Básica de la comarca del Girones (Cataluña, España). Para ello, se utilizó la técnica de muestreo aleatorio por conglomerados, siendo el aula el conglomerado. Se estratificó por zona geográfica (rural – menos de 2.000 hab.; semiurbana – entre 2.000 y 10.000 hab.; y urbana – más de 10.000 hab.) y curso (3º, 4º y 5º de EGB). La muestra obtenida se correspondía con el 7,38% de la población estudiada, con una participación del 98,4% de los alumnos previamente seleccionados. Una vez identificados los casos con ideación suicida, y en una segunda fase, se constituyeron definitivamente ambos los grupos. Para la identificación de los casos se utilizó el CDI (*Children's depression inventory*, Kovacs⁹⁶) como instrumento de *screening*. 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 pienso en matarme", 0 puntos) corresponde a la ausencia de ideación, mientras la segunda ("Pienso en matarme, pero no lo haría", 1 punto) y la tercera ("Quiero matarme", 2 puntos), indican la presencia de ideación e intencionalidad suicida, respectivamente.

Todos los niños que obtuvieron una puntuación igual o superior a uno en ese ítem fueron seleccionados como casos con ideación suicida. Asimismo, aquellos niños que no contestaron a esa 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. Esos alumnos constituyeron el grupo control. Posteriormente 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 subtestes del WISC evaluados: semejanzas, comprensión y cubos) o bien no cumplimentaron todos los instrumentos de evaluación. Asimismo, aquellos niños que ya no presentaban ideación suicida en la segunda fase fueron excluidos del grupo con ideación suicida.

Instrumentos de medida

Children's depression inventory (CDI) – El CDI es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología depresiva en niños de 8 a 17 años. 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. Las puntuaciones en cada ítem oscilan entre 0 y 2 según la gravedad del síntoma evaluado. En ese estudio se ha utilizado la versión catalana realizada por la División de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Las propiedades psicométricas de esa versión son aceptables, con una probada consistencia interna ($\text{Alpha} = 0,75$) y correlaciones moderadas con otras medidas de depresión³⁷.

Escala de desesperanza – La escala de desesperanza de Kazdin et al.²² es una adaptación para niños de la Escala de Desesperanza de Beck et al.³⁸. Consta de 17 ítems de respuesta dicotómica en los que se puntúan las respuestas que denotan desesperanza. De ese modo, una puntuación total elevada (máximo 17) indicaría que el sujeto tiene una visión negativa del futuro. En esa investigación utilizamos, con permiso del autor, una traducción y adaptación experimental de la escala al catalán realizada durante la primera fase del estudio.

Children's depression rating scale-revised (CDRS) – La *children's depression rating scale-revised*, de Poznanski et al.³⁹, 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. De los 18 ítems de que consta la escala, cuatro evalúan la conducta del niño durante la entrevista, y los 14 restantes informan el estado afectivo del niño. 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 esos pensamientos.

Cuestionario de autoevaluación de la ansiedad estado/rasgo en niños (STAI-C) – El STAI-C de Spielberger et al.⁴⁰ es un cuestionario de autoevaluación que permite valorar la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. 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.

Culture-free self-esteem inventory for children – La *culture-free self-esteem inventory for children* de Battle⁴¹ es una escala que valora la autoestima y que consta de 30 ítems, con dos posibles respuestas en cada uno. Las puntuaciones elevadas en la escala son indicativas de que el niño tiene un buen concepto de sí mismo. Se ha utilizado la versión castellana de la forma B (traducción provisional con permiso del autor) de J. Canalys y E. Domènech.

Cuestionario de personalidad para niños (CPQ) – El cuestionario de personalidad para niños (CPQ) de Porter y Cattell⁴² 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 tres 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. Se puede aplicar individual y colectivamente en niños de edades comprendidas entre los 8 y 12 años (de 3º a 7º de EGB aproximadamente).

Escala de clima social en la familia (FES) – La adaptación española de la FES de Moos y Moos⁴³ solo contempla una de las tres formas en las que se puede aplicar esta escala, la real. Esa forma aprecia lo que perciben las personas con respecto al ambiente familiar. Si bien la escala ha sido diseñada para ser utilizada con adolescentes y adultos se puede aplicar también en niños. Se compone de 10 subescalas, agrupadas en tres ámbitos de actuación familiar: relaciones, desarrollo y estabilidad. Sin embargo en nuestra investigación, solo se aplicaron cuatro subescalas: cohesión (CO) (grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan entre sí), expresividad (EX) (grado en que se permiten a los miembros de la familia actuar libremente y expresar sus sentimientos), conflictividad (CT) (grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia) y control (CN) (grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos).

Escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC) – Con la finalidad de disponer de un buen indicador del nivel intelectual, se decidió administrar la escala de inteligencia de Wechsler para niños⁴⁴, en su versión catalana⁴⁵. 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.

Four factor index of social status – El *four factor index of social status* de Hollingshead⁴⁶ 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 de un cuestionario de datos personales administrado a los padres.

Definición operacional de diagnóstico de depresión – Mediante los ítems de la CDRS-R es posible detectar los criterios diagnósticos del DSM-IV⁴⁷ correspondientes a la depresión mayor y a la distimia. Los criterios utilizados para establecer el diagnóstico de depresión en esa investigación, a partir de la CDRS-R, fueron los mismos que se emplearon en el estudio de la depresión infantil en España⁴⁸. En consecuencia, una puntuación igual o superior a cuatro, en uno de los ítems que se

corresponden con los criterios diagnósticos del DSM-IV, fue considerada como indicativa de que el síntoma se hallaba presente. Al igual que en el mencionado estudio, no se disponía del criterio de duración de la sintomatología, de un año, para poder establecer el diagnóstico de distimia. Dada la imposibilidad de realizar durante ese periodo de tiempo el seguimiento de los casos, con la finalidad de comprobar la persistencia de los síntomas, no se puede considerar el diagnóstico como definitivo. En todo caso, cuando se habla de trastorno distímico, se refiere a la presencia de sintomatología propia de ese trastorno en un estudio transversal, tal como se consideró en el estudio de Domènech y Polaino⁴⁸.

Resultados

Análisis preliminar

Se realizó un primer análisis con la finalidad de evaluar la influencia de las variables demográficas y del sujeto en la ideación suicida. Tal como se muestra en las tablas 1 y 2, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos los grupos, control y con ideación suicida, en sexo, curso escolar, edad, nivel socioeconómico, así como tampoco en las tres medidas utilizadas para valorar el nivel intelectual: comprensión, semejanzas y cubos. Con respecto a la variable edad, se realizaron dos análisis distintos. En el primero se contemplaron los años cumplidos y en el segundo se clasificaron los niños por grupos de edad. Como se desprende de los resultados obtenidos (ver tabla 1 y 2), los dos grupos estudiados no difieren significativamente en esa variable.

Ideación suicida y depresión

En la tabla 3 se exponen las medias halladas en cada grupo (control y ideación suicida) en las dos medidas utilizadas para valorar la sintomatología depresiva: el *Children's depression inventory* y la *children's depression rating scale*.

Si bien la media del CDI es algo mayor en el grupo con ideación suicida, no alcanza el nivel de significación requerido para rechazar la posibilidad que dicha diferencia sea aleatoria. Por contra, el análisis de la varianza nos indica que las puntuaciones obtenidas por el grupo de niños con ideación suicida en la CDRS son significativamente más altas que las obtenidas por los niños del grupo control, tanto en los niños como en las niñas. Se hace notar que se han eliminado los ítems 13 y 9 de la CDRS y del CDI, respectivamente, que valoran la ideación suicida. Por lo que la puntuación sometida al análisis estadístico corresponde a la puntuación total menos la alcanzada en los ítems indicados.

A partir de la información que nos proporcionaron los ítems de la CDRS se pudo valorar, en cada caso, el cumplimiento de los criterios diagnósticos de los trastornos distímico y depresión mayor del DSM-IV. Tal como se puede observar (ver tabla 4), se detectó un mayor número de casos de trastorno distímico en el grupo de niños con ideación suicida (32,4% versus 6,8%); $\chi^2_1 = 8,49$; $p = 0,004$. Asimismo, ninguno de los niños evaluados cumplió con los criterios diagnósticos de depresión mayor. Tal como se desprende de la tabla de contingencia, el 78% (11/14) de los casos diagnosticados de trastorno distímico se concentraron en el grupo de niños con ideación suicida. Esos resultados ponen de manifiesto una mayor frecuencia de síndrome depresivo en los niños que tienen ideación suicida.

TABLA 1

Medias y desviaciones estándar de las variables nivel socioeconómico, inteligencia y edad en los dos grupos estudiados

Variable	Grupo		F
	Grupo control (n = 44)	Grupo ideación (n = 34)	
Nivel socioeconómico	27,77 (Sd: 10,99)	26,45 (Sd: 7,22)	0,310
Inteligencia			
Comprensión	9,63 (Sd: 2,85)	10,03 (Sd: 2,75)	0,370
Semejanzas	9,86 (Sd: 3,17)	8,97 (Sd: 3,15)	1,510
Cubos	12,14 (Sd: 2,79)	12,06 (Sd: 2,97)	0,013
Edad	9,27 (Sd: 0,95)	9,6 (Sd: 0,99)	1,679

TABLA 2

Distribución de la muestra en función de las variables sexo, curso escolar, grupo de edad y ideación suicida							
Variable	Control (n = 44)		Ideación suicida (n = 34)		χ^2	df	p
	N	%	N	%			
Sexo					0,947	1	n.s.
Niños	21	47,7	20	58,8			
Niñas	23	52,3	14	41,2			
Curso escolar					0,475	2	n.s.
3º EGB	12	27,3	7	20,6			
4º EGB	17	38,6	14	41,2			
5º EGB	15	34,1	13	38,2			
Edad					3,572	2	n.s.
Inferior a 9 años	10	22,7	5	14,7			
Igual o superior a 9 y inferior a 11 años	31	70,5	22	64,7			
Igual o superior a 11 años	3	6,8	7	20,6			

TABLA 3

Medias y desviación estándar en el CDI y la CDRS, en función del sexo y de la ideación suicida					
Variable	Grupo control (n = 44)		Grupo ideación (n = 34)		F
	Media	Sd	Media	Sd	
CDI (1)	10,68	(Sd: 5,26)	13,03	(Sd: 6,29)	3,21
Niñas (n = 37)	9,64	(Sd: 4,10)	12,07	(Sd: 6,57)	1,92
Niños (n = 41)	11,81	(Sd: 6,21)	13,70	(Sd: 6,17)	0,95
CDRS (2)	23,98	(Sd: 6,37)	31,38	(Sd: 10,63)	14,59***
Niñas (n = 37)	22,96	(Sd: 4,50)	32,00	(Sd: 13,03)	9,39**
Niños (n = 41)	25,10	(Sd: 7,91)	30,95	(Sd: 8,93)	4,95*

CDI - *Children's Depression Inventory*

CDRS - *Children's Depression Rating Scale*

(1) Excluida la puntuación del ítem 9

(2) Excluida la puntuación del ítem 13

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

TABLA 4

Distribución de la muestra en función de la ideación suicida y del diagnóstico de depresión							
Variable	Control (n = 44)		Ideación suicida (n = 34)		χ^2	df	p
	N	%	N	%			
Diagnóstico					8,49	1	0,004
No depresivo	41	93,2	23	67,6			
Trastorno distímico	3	6,8	11	32,4			

Ideación suicida y desesperanza

Las puntuaciones obtenidas en la escala de desesperanza por los escolares con ideación suicida (ver tabla 5) fueron significativamente superiores a las del grupo control ($F = 5,22$; $p = 0,0251$). Sin embargo, cuando se analizaron las puntuaciones de los niños y las niñas por separado, se detectó que eran los niños con ideación suicida los que estaban, en realidad, más desesperanzados ($F = 7,14$; $p = 0,0109$). Las niñas de ambos los grupos tenían una visión similar y positiva del futuro ($F = 0,10$; $p = 0,7581$).

Ideación suicida y autoestima

Contrariamente a lo que era de esperar, los dos grupos estudiados presentaban el mismo nivel de autoestima ($F = 0,85$; $p = 0,3582$). Tanto los niños como las niñas, con ideación suicida y del grupo control, tenían una buena y similar percepción de sí mismos ($F = 0,09$; $p = 0,7691$; $F = 0,76$; $p = 0,3889$).

Ideación suicida y ansiedad

Los resultados obtenidos indicaron una semejanza entre ambos los grupos con relación a los niveles de ansiedad, tanto estado ($F = 0,4139$; $p = 0,5220$) como rasgo ($F = 0,0231$; $p = 0,8796$), no detectándose diferencias significativas en función del sexo.

Ideación suicida y entorno familiar

La percepción que tuvieron los niños con ideación suicida de su entorno familiar fue bastante parecida a la del grupo control. Sin embargo, cuando se analizaron los datos de los niños y las niñas por separado, se observó que los niños con ideación suicida describían, preferentemente, su vida familiar en términos de excesivo control ($F = 5,56$; $p = 0,0235$). Es decir, un entorno familiar que se caracterizaba por el respecto de las normas y procedimientos establecidos. También destacó una mayor conflictividad en el entorno familiar de los niños (pero no de las niñas) con ideación suicida. Sin embargo, no alcanzó el nivel de significación exigido para rechazar la posibilidad de que dicha diferencia entre ambos los grupos fuera aleatoria ($F = 2,57$; $p = 0,1171$).

Ideación suicida y personalidad

De los catorce factores de personalidad de primer orden evaluados mediante el cuestionario de personalidad para escolares (CPQ) de Porter y Cattell⁴², destacaron las puntuaciones halladas en las dimensiones E (Sumiso – Dominante) e I (Sensibilidad dura – Sensibilidad blanda). Del análisis de la varianza se

desprende que los escolares con ideación suicida tienen a puntuar bajo en E (sumisión, obediencia, docilidad etc.) ($F = 5,2364$; $p = 0,0249$) y alto en I (dependencia, impresionabilidad, superprotección etc.), ($F = 5,2152$; $p = 0,025$). Por lo que se refiere a los factores de segundo orden, las puntuaciones alcanzadas por los escolares con ideación suicida fueron similares a los del grupo control a excepción del factor QIII (calma–excitabilidad/dureza), en donde los escolares con ideación suicida tendieron a puntuar bajo (sensibilidad, sumisión, prudencia, sentimentalismo, falta de expresión etc.) ($F = 8,48$; $p = 0,0047$). No se debe olvidar, sin embargo, que en esa dimensión de segundo orden, los factores E, F e I son los que tienen un mayor peso.

Cuando se analizó por separado ambos los sexos, los resultados difirieron de los obtenidos globalmente. Así pues, mientras las niñas del grupo con ideación suicida continuaban puntuando bajo en los factores E y QIII, y alto en I, los niños alcanzaron, en esas dimensiones, valores similares a los del grupo control ($F = 0,46$; $p = 0,50$; $F = 2,11$; $p = 0,1535$; $F = 2,02$; $p = 0,16$). Por contra los niños con ideación suicida, a diferencia de las niñas, tendieron a puntuar alto en el factor D (excitabilidad, impaciencia, exigencia, hiperactivación, falta de inhibición etc.) ($F = 4,59$; $p = 0,0312$).

Predicción de la ideación suicida

Se realizó un primer análisis discriminante con todas las variables estudiadas en cada grupo (ver tabla 6). Utilizando el método Stepwise, las dos únicas variables que entraron en la ecuación como variables predictoras fueron la sintomatología depresiva valorado a través de la CDRS (*children's depression rating scale*) y el factor E de personalidad. Ambas las variables clasificaron correctamente el 80,77% de los casos (el 70,6% del grupo con ideación suicida y el 88,6% del grupo control). La CDRS fue la variable que entró en la función discriminante en el primer paso (Lambda de Wilks = 0,75899; $p < 0,0005$), y el factor E de personalidad en el segundo (Lambda de Wilks = 0,69901; $p < 0,0005$).

La contribución de las demás variables, incluido el diagnóstico de depresión y la sintomatología depresiva valorada mediante el CDI, en la discriminación de los dos grupos (con ideación suicida y control) no fue estadísticamente significativa.

Posteriormente se realizó un segundo análisis controlando la variable sexo. En los niños (ver tabla 7), las únicas variables que entraron en la ecuación como variables predictoras fueron la sintomatología depresiva valorada a través de la CDRS y la desesperanza. Ambas variables clasificaron correctamente el 68,29% de los casos (Lambda de Wilks = 0,73270; $p < 0,0027$).

TABLA 5

Medias y desviación estándar de las variables autoestima, desesperanza, ansiedad, clima familiar y personalidad en los grupos control y ideación suicida

Variable	Grupo		F
	Grupo Control	Grupo Ideación	
Autoestima	20,80 (Sd: 3,14)	19,91 (Sd: 5,24)	0,85
Niñas	21,43 (Sd: 3,03)	20,21 (Sd: 5,51)	0,76
Niños	19,67 (Sd: 4,32)	19,70 (Sd: 5,18)	0,00
Ansiedad			
Estado	44,16 (Sd: 19,88)	47,18 (Sd: 21,37)	0,41
Niñas	41,57 (Sd: 21,82)	50,07 (Sd: 25,20)	1,18
Niños	47,00 (Sd: 17,61)	45,15 (Sd: 18,65)	0,11
Rasgo	51,45 (Sd: 17,35)	52,15 (Sd: 22,90)	0,88
Niñas	51,35 (Sd: 18,02)	51,36 (Sd: 17,76)	0,00
Niños	51,57 (Sd: 17,02)	52,70 (Sd: 26,36)	0,03
Desesperanza	4,27 (Sd: 2,07)	5,59 (Sd: 3,01)	5,22*
Niñas	4,61 (Sd: 1,97)	4,86 (Sd: 2,91)	0,10
Niños	3,90 (Sd: 2,17)	6,10 (Sd: 3,04)	7,14*
Clima familiar			
Cohesión	7,16 (Sd: 1,79)	7,29 (Sd: 1,62)	0,73
Niñas	7,57 (Sd: 1,56)	7,50 (Sd: 1,22)	0,02
Niños	6,71 (Sd: 1,95)	7,15 (Sd: 1,87)	0,53
Expresividad	4,89 (Sd: 1,43)	4,50 (Sd: 1,60)	0,27
Niñas	5,13 (Sd: 1,49)	4,43 (Sd: 1,60)	1,83
Niños	4,62 (Sd: 1,36)	4,55 (Sd: 1,64)	0,88
Conflictividad	2,70 (Sd: 1,77)	3,03 (Sd: 1,98)	0,45
Niñas	2,87 (Sd: 1,87)	2,36 (Sd: 1,45)	0,77
Niños	2,52 (Sd: 1,69)	3,50 (Sd: 2,19)	2,57
Control	4,57 (Sd: 1,74)	5,03 (Sd: 1,73)	0,25
Niñas	4,60 (Sd: 1,80)	4,07 (Sd: 1,69)	0,81
Niños	4,52 (Sd: 1,72)	5,70 (Sd: 1,45)	5,56*
Factores de personalidad			
A (reservado – abierto)	5,50 (Sd: 2,12)	5,29 (Sd: 2,05)	0,19
Niñas	5,91 (Sd: 1,80)	5,43 (Sd: 1,69)	0,80
Niños	5,05 (Sd: 2,50)	5,20 (Sd: 2,40)	0,04
B (inteligencia baja – alta)	4,25 (Sd: 2,14)	3,65 (Sd: 2,06)	1,57
Niñas	4,91 (Sd: 2,15)	3,43 (Sd: 1,74)	4,75*
Niños	3,52 (Sd: 1,94)	3,80 (Sd: 2,29)	0,17
C (afectado sentim. – em. estable)	5,27 (Sd: 2,17)	4,82 (Sd: 2,25)	0,80
Niñas	5,22 (Sd: 1,99)	5,50 (Sd: 1,91)	0,18
Niños	5,33 (Sd: 2,39)	4,35 (Sd: 2,39)	1,73
D (calmoso – excitable)	5,02 (Sd: 1,77)	5,56 (Sd: 1,74)	1,77
Niñas	5,04 (Sd: 1,89)	4,64 (Sd: 1,28)	0,49
Niños	5,00 (Sd: 1,67)	6,20 (Sd: 1,77)	4,99*
E (sumiso – dominante)	5,65 (Sd: 2,05)	4,62 (Sd: 1,92)	5,24*
Niñas	5,74 (Sd: 1,89)	3,93 (Sd: 1,20)	10,26**
Niños	5,57 (Sd: 2,25)	5,10 (Sd: 2,20)	0,46
F (sobrio – entusiasta)	5,50 (Sd: 1,86)	5,15 (Sd: 1,67)	0,75
Niñas	5,70 (Sd: 2,05)	5,14 (Sd: 1,51)	0,76
Niños	5,29 (Sd: 1,65)	5,15 (Sd: 1,81)	0,06
G (despreocupado – consciente)	5,23 (Sd: 1,76)	5,88 (Sd: 1,70)	2,72
Niñas	5,26 (Sd: 1,74)	6,07 (Sd: 1,73)	1,90
Niños	5,19 (Sd: 1,83)	5,75 (Sd: 1,71)	1,02

TABLA 5 (CONT.)

Medias y desviación estándar de las variables autoestima, desesperanza, ansiedad, clima familiar y personalidad en los grupos control y ideación suicida			
Variable	Grupo Control	Grupo Ideación	F
H (cohibido – emprend.)	5,97 (Sd: 1,96)	5,53 (Sd: 2,50)	0,78
Niñas	6,22 (Sd: 1,78)	5,93 (Sd: 1,82)	0,23
Niños	5,71 (Sd: 2,15)	5,25 (Sd: 2,90)	0,34
I (sensibilidad dura – blanda)	5,50 (Sd: 1,86)	6,50 (Sd: 1,99)	5,23*
Niñas	5,79 (Sd: 1,84)	6,93 (Sd: 1,59)	4,30*
Niños	5,29 (Sd: 1,90)	6,20 (Sd: 2,21)	2,02
J (seguro – dubitativo)	5,45 (Sd: 2,39)	5,67 (Sd: 1,90)	0,20
Niñas	5,91 (Sd: 2,31)	5,29 (Sd: 2,13)	0,68
Niños	4,95 (Sd: 2,41)	5,95 (Sd: 1,73)	2,29
N (sencillo – astuto)	5,65 (Sd: 1,92)	5,26 (Sd: 2,35)	0,67
Niñas	5,43 (Sd: 2,06)	4,36 (Sd: 2,21)	2,26
Niños	5,90 (Sd: 1,76)	5,90 (Sd: 2,29)	0,00
O (sereno – aprensivo)	5,23 (Sd: 1,96)	5,68 (Sd: 2,25)	0,88
Niñas	5,09 (Sd: 1,81)	5,21 (Sd: 2,61)	0,03
Niños	5,38 (Sd: 2,16)	6,00 (Sd: 1,97)	0,92
Q3 (menos – más integrado)	6,09 (Sd: 2,02)	6,88 (Sd: 1,85)	3,16
Niñas	6,22 (Sd: 1,95)	6,79 (Sd: 2,08)	0,70
Niños	5,95 (Sd: 1,73)	6,95 (Sd: 2,13)	2,69
Q4 (relajado – tenso)	4,95 (Sd: 2,17)	4,85 (Sd: 2,10)	0,04
Niñas	4,91 (Sd: 1,83)	3,79 (Sd: 1,81)	3,33
Niños	5,00 (Sd: 2,55)	5,60 (Sd: 2,01)	0,70
QI (ajuste – ansiedad)	5,45 (Sd: 1,98)	5,94 (Sd: 2,20)	1,05
Niñas	5,26 (Sd: 1,71)	5,36 (Sd: 1,86)	0,03
Niños	5,67 (Sd: 2,27)	6,35 (Sd: 2,37)	0,89
QII (introv. – extraversión)	5,97 (Sd: 2,04)	6,14 (Sd: 1,90)	0,14
Niñas	5,91 (Sd: 1,90)	7,07 (Sd: 1,82)	3,33
Niños	6,05 (Sd: 2,22)	5,50 (Sd: 1,73)	0,77
QIII (patemia – excitabilidad)	5,70 (Sd: 1,65)	4,62 (Sd: 1,61)	8,47**
Niñas	5,78 (Sd: 1,57)	4,28 (Sd: 1,64)	7,69**
Niños	5,62 (Sd: 1,77)	4,85 (Sd: 1,60)	2,12

* p < 0,05

** p < 0,01

TABLA 6

Resultados del análisis discriminante en el total de la muestra	
Variables predictoras: CDRS y factor E	
Método: Stepwise	
Lambda de Wilks = 0,69901; p < 0,0005	
Función discriminante: $D_1 = -1,78 - 0,26 (\text{factor E}) + 0,11 (\text{CDRS})$	
Coeficientes estandarizados: Factor E = - 0,52 CDRS = 0,92	
Casos correctamente clasificados: 80,77%	
Grupo control: 88,6%	Grupo ideación: 70,6%

TABLA 7

Resultados del análisis discriminante en el grupo de los niños	
Variables predictoras: CDRS y desesperanza	
Método: Stepwise	
Lambda de Wilks = 0,732703; p < 0,005	
Función discriminante: $D_1 = - 3,61 + 0,08 (\text{CDRS}) + 0,23 (\text{desesperanza})$	
Coeficientes estandarizados: CDRS: 0,71 Desesperanza: 0,60	
Casos correctamente clasificados: 68,29%	
Grupo control: 71,4%	Grupo ideación: 65%

TABLA 8

**Resultados del análisis discriminante
en el grupo de las niñas**

VARIABLES predictoras: CDRS, Factores de personalidad: E, C y Q3

Método: Stepwise

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

Función discriminante:

$D1 = -0,97 + 0,43 (\text{factor C}) - 0,59 (\text{factor E}) - 0,30 (\text{factor Q3}) + 0,13 (\text{CDRS})$

Coefficientes estandarizados:

Factor C: 0,85

Factor E: -0,99

Factor Q3: -0,59

CDRS: 1,10

Casos correctamente clasificados: 91,89%

Grupo control: 95,7% Grupo ideación: 85,7%

Contrariamente a lo que sucedía anteriormente, cuando se estudiaba el total de la muestra, la variable desesperanza entró en el segundo paso en la función discriminante, siendo nula la contribución del factor E de personalidad.

En las niñas los resultados fueron muy diferentes (ver tabla 8). De las tres medidas utilizadas para valorar la depresión, solamente la sintomatología depresiva valorada a través de la CDRS entró, en el primer paso, en la función discriminante. En los sucesivos entraron, en la ecuación, los factores de personalidad E, C y Q3 en el mismo orden. Esas cuatro variables consiguieron clasificar correctamente el 91,89% de los casos (85,7% del grupo con ideación suicida y el 95,7% del grupo control). La proporción de la variancia total de las puntuaciones discriminantes no explicada por las diferencias entre grupos fue baja (Lambda de Wilks = 0,40364; $p < 0,0005$), lo que denota un elevado poder predictivo de la función hallada. Asimismo, la relación lineal entre esas cuatro variables fue nula, a excepción de una moderada relación significativa entre los factores de personalidad C y Q3 ($r = 0,4286$; $p > 0,05$; coeficiente de correlación de Pearson). Las niñas se clasificaron con mayor precisión que los niños. Solo tres de las 37 niñas del total de la muestra no fueron clasificadas correctamente mediante la función discriminante.

Discusión

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto, el igual que en otras investigaciones^{2, 9, 12, 26, 33, 49, 50}, que la depresión está asociada con la conducta suicida, y en el

caso concreto que nos ocupa, con la ideación suicida. No obstante, a pesar de que el 79% del total de casos diagnosticados de trastorno depresivo pertenecían al grupo con ideación suicida, dos terceras partes de ese grupo no cumplieron con los criterios diagnósticos de ese síndrome. Además, en muchos casos, tanto las puntuaciones alcanzadas en el CDI como en la CDRS se situaron dentro de la normalidad y muy próximas o similares a la media de la población general. Todo ello pone de relieve que si bien la ideación suicida está estadísticamente asociada con la depresión, esta última ni siempre acompaña a las conductas suicidas. A su vez, se confirmarían los resultados de Carlson y Cantwell⁵¹ sobre la existencia de tres grupos claramente diferenciados con respecto a la depresión y a las conductas suicidas: niños deprimidos sin conductas suicidas, niños deprimidos con conductas suicidas y niños no deprimidos con conductas suicidas.

Otro dato relevante es que ninguno de los escolares evaluados cumplió con los criterios diagnósticos de depresión mayor siendo, por tanto, el trastorno distímico el único diagnóstico establecido. Además, el análisis estadístico de los datos solo reveló diferencias estadísticamente significativas cuando se valoraba la sintomatología depresiva a través de la CDRS, pero no cuando el instrumento utilizado era el CDI. A pesar de que la media del grupo de ideación suicida en el CDI era algo superior a la del grupo control, no alcanzó el nivel de significación necesario para rechazar la posibilidad de que tales diferencias sean aleatorias. Esa discrepancia puede venir motivada por el tipo de población estudiada. En nuestra investigación se obtuvieron los datos a partir de una muestra de escolares no sometidos a tratamiento psiquiátrico y, consecuentemente, parece razonable esperar que los resultados puedan diferir de los hallados en otros colectivos de distinta naturaleza. En otras palabras, los niños evaluados parecían presentar una buena salud mental.

Respecto a las variables desesperanza y autoestima, se confirma una vez más, como repetidamente se ha puesto de manifiesto en distintas investigaciones^{17, 22, 24} que los niños con ideación suicida tienen mayor desesperanza. Sin embargo, no hay evidencia en nuestro estudio de que los escolares con ideación suicida tengan una baja autoestima. De igual modo, tampoco se demuestra que los escolares con ideación suicida presenten mayores niveles de ansiedad. Todo ello parece apuntar hacia la posibilidad de que las características de los niños con ideación suicida puedan diferir de las de los que presentan una mayor severidad de la conducta suicida, como pueden ser amenazas o tentativas. De uno o otro modo, tanto la depresión como la desesperanza están asociadas, en la muestra estudiada, con la ideación suicida, pero no la ansiedad

y la autoestima. Sin embargo, cuando se controla la variable sexo los resultados difieren de los globales, siendo en realidad los niños con ideación suicida los que están más desesperanzados, pero no las niñas, que tienen una visión del futuro más optimista y similar a la de sus compañeras del grupo control.

En lo que concierne a la valoración de la percepción del clima familiar, los resultados obtenidos tampoco se ajustan a los esperados. Ambos grupos son similares en las cuatro dimensiones evaluadas, si bien parece ser que los niños con ideación suicida, pero no las niñas, perciben su entorno familiar como más rígido, en el sentido de que deben atenerse más a las reglas y procedimientos establecidos. En cualquier caso la magnitud de la diferencia entre las dos medias es mínima, y en consecuencia el nivel de control tampoco es excesivamente elevado. No obstante, es conveniente considerar, una vez más, que las características de la muestra utilizada en esta investigación difieren comparativamente con las de otros estudios^{26,33,34}, en los que los niños y adolescentes evaluados se hallaban ingresados en centros psiquiátricos. Probablemente la percepción del clima familiar sea diferente por la concurrencia de otras circunstancias (severidad de la conducta suicida, hospitalización, presencia de psicopatología etc.) totalmente ausentes en la muestra estudiada. Además, las diferencias observadas en esos estudios, como es el caso de Asarnow³³, solo alcanzan la significación estadística cuando se comparan conjuntamente tentativas e ideación con el grupo control, pero no la ideación por sí sola.

Por otro lado, los resultados obtenidos en esa investigación parecen demostrar que determinadas dimensiones de la personalidad pueden predecir, parcialmente, la presencia de la ideación suicida. No solo se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre ambos los grupos en algunos factores de personalidad, sino que además la inclusión de esos factores en el análisis discriminante ha permitido clasificar con mayor precisión a los sujetos.

A la vista de esos resultados, obtendríamos un perfil de personalidad del escolar con ideación suicida, que variaría en función del sexo. El perfil correspondiente al sexo femenino se caracterizaría por puntuaciones, por un lado, elevadas en los factores I, y por el otro, bajas en los factores E y QIII. Según Cattell³⁵, ese perfil las definiría como "inseguras, retraídas, intrapunitivas, tranquilas, muy sensibles e impresionables, dependientes, sentimentales, socialmente escrupulosas y poco expresivas". Además, según esos autores, los escolares más modestos y obedientes son los que obtienen, como en nuestro caso, puntuaciones bajas en el factor E.

En el perfil de los niños con ideación suicida, en cambio, se observaría una cierta tendencia a puntuar

alto en el factor D, lo que según Porter y Cattell⁴², los describiría como "excitables (tendencia a exhibir excitación a una pequeña provocación), impacientes, hiperactivos y no inhibidos". Esos resultados en cierto modo coinciden con las observaciones de otros autores, en el sentido de que los niños tienden a mostrar una mayor agresión externa *versus* las niñas que tienden a ser más internas. Por ejemplo, Delga et al.⁵² mediante el estudio de las conductas agresivas y autodestructivas en dos grupos de adolescentes hospitalizados (psicóticos *versus* no psicóticos) observaron que las chicas mostraban una mayor agresión interna mientras los chicos obtenían puntuaciones altas en agresión externa. Además, esas dimensiones de personalidad coinciden con tres rasgos hallados con frecuencia entre las personas que desarrollan conductas suicidas: alta sensibilidad e impulsividad^{11,29,30} y dependencia^{53,54}.

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

También es de destacar, y en concordancia con los resultados obtenidos por Marciano y Kazdin¹⁵, que las niñas han sido clasificadas con mayor precisión en el análisis discriminante. Concretamente, utilizando las variables predictoras CDRS y los factores de personalidad E, C y Q3, se han clasificado correctamente el 91,89% de las niñas (95,7% en el grupo control y el 85,7% en el grupo de ideación suicida).

Intentando integrar los resultados obtenidos en el análisis univariado y considerando la interacción detectada en el análisis discriminante de las niñas con respecto a los factores C y Q3, podríamos establecer el perfil psicológico de los escolares con ideación suicida que variaría en función del sexo. Por un lado, los niños con ideación suicida se caracterizarían por una elevada sintomatología depresiva, elevada desesperanza, excitabilidad, impaciencia, y por percibir su entorno familiar como algo más rígido y estricto en cuanto al cumplimiento de las reglas o normas establecidas. Por otro, las niñas se definirían por una elevada sintomatología depresiva, inseguridad, retraimiento, sensibilidad, dependencia, poca expresividad y un relativo buen contacto con la realidad.

En definitiva, a la vista de los resultados obtenidos y teniendo en cuenta las limitaciones de la muestra

utilizada en este estudio, se podría concluir que si bien la depresión es el mejor predictor de la ideación suicida, existen otros factores psicosociales, como la percepción del entorno familiar, la desesperanza y los rasgos de personalidad que, dependiendo del sexo, pueden predecir la presencia de ese tipo de pensamientos.

SUMMARY

Predictors of suicidal ideation in school children

Two groups of school children between the age of 8 and 12 years have been studied: children with suicidal ideation (n = 34) and a control group (n = 44). The results obtained from the statistical analysis of the data indicate significant differences, depending on the sex. Boys with suicidal ideation get high scores in depressive symptomatology, hopelessness, control of the scale of the family climate and in the D factor of Cattell's personality. The girls get high scores in depressive symptomatology, in the I factor of Cattell's personality and low punctuation in the E and QIII factors of Cattell's personality. One third of the boys and girls with suicidal ideation fulfill the diagnostic criteria of DSM-IV of dysthymic disorder. The two groups under study (with suicidal ideation and the control group) did not differ in intellectual level, anxiety, self-esteem, socio-economic level and schooling level. Of the three measures used to evaluate depression CDRS scores allowed to predict better the suicidal ideation than others. We can classify correctly 95.7% of the control group and 85.7% of the suicidal ideation group amongst girls if we know the CDRS scores and E, C and Q3 factors. The best predictors of suicidal ideation amongst boys are the depressive symptomatology evaluated using the CDRS and hopelessness.

KEY WORDS

Suicidal ideation, depression.

Bibliografía

- PFEFFER, C.R. *The Suicidal Child*. New York: The Guilford Press, 1986.
- DOMÈNECH, E.; ALIAGA, J., COMELLAS, J.M. et al. Ideació suicida en los adolescentes de 13 a 15 años a Barcelona. *Rev Real Acad Med Catalunya* 10: 37-44, 1995.
- PFEFFER, C.R.; PLUTCHIK, R., MIZRUCHI, M.S. & LIPKINS, R. Suicidal behavior in child psychiatric inpatients and outpatients and in nonpatients. *Am J Psychiatr* 143: 733-738, 1986.
- CARLSON, G.A.; ASARNOW, J.R. & ORBACH, I. Developmental aspects of suicidal behavior in children: I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 26: 186-192, 1987.
- KOVACS, M.; GOLDSTON, D. & GATSONIS, C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: A longitudinal investigation. Special section: Longitudinal studies of depressive disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 32: 8-20, 1993.
- PFEFFER, C.R.; ZUCKERMAN, S.; PLUTCHIK, R. & MIZRUCHI, M.S. Suicidal behavior in normal school children: A comparison with child psychiatric inpatients. *J Am Acad Child Psychiatr* 23: 416-423, 1984.
- BANDIN, J.M.; FONSECA, L. & DE LIMA, J.M. Prevalência da ideação suicida numa população de escolares no nordeste brasileiro. No prelo, 1997.
- PFEFFER, C.R.; LIPKINS, R.; PLUTCHIK, R. & MIZRUCHI, M. Normal children at risk for suicidal behavior: A two-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 27: 34-41, 1988.
- DOMÈNECH, E.; CANALS, J. & FERNANDEZ-BALLART, J. Suicidal ideation among Spanish schoolchildren: A three-year follow-up study of a puberal population. *Pers Individ Diff* 13: 1055-1057, 1992.
- TAYLOR, E.A. & STANSFELD, S.A. Children who poison themselves I. A clinical comparison with psychiatric controls. *Br J Psychiatr* 145: 127-135, 1984.
- HOBERMAN, H.M. & GARFINKEL, B.D. Completed suicide in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 27: 689-695, 1988.
- VELEZ, C.N. & COHEN, P. Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 27: 349-356, 1987.
- RUNESON, B. Mental disorder in youth suicide. DSM-II-R axes I and II. *Acta Psychiatr Scand* 79: 490-497, 1989.
- MYERS, K.M.; MCCAYLEY, E.; CALDERON, R. et al. Risks for suicidality in major depressive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 30: 86-94, 1991.
- MARCIANO, P.L. & KAZDIN, A. Self-esteem, depression, hopelessness, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 23: 151-160, 1994.
- RYDELIUS, P.A. - Deaths among child and adolescent psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 70: 119-126, 1984.
- KASHANI, J.H.; GODDARD, P. & REID, J.C. Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 28: 912-917, 1989.
- LIVINGSTON, R.L. & BRACHA, H.S. Psychotic symptoms and suicidal behavior in hospitalized children. *Am J Psychiatr* 149: 1585-1586, 1992.
- JOHNSON, B.A. The Maudsley's obsessional children: Phenomenology, classification, and associated neurobiological and co-morbid features. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2: 192-204, 1993.
- THOMSEN, P. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A study of phenomenology and family functioning in 20 consecutive Danish cases. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 3: 29-36, 1994.
- BECK, A.T. *Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row, 1967.
- KAZDIN, A.E.; FRENCH, N.H.; UNIS, A.S. et al. Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *J Consult Clin Psychol* 51: 504-510, 1983.
- KASHANI, J.H.; REID, J.C. & ROSENBERG, T.K. Levels of hopelessness in children and adolescents: A developmental perspective. *J Consult Clin Psychol* 57: 496-499, 1989.
- MORANO, C.D.; CISLER, R.A. & LEMEROND, J. Risk factors for adolescent suicidal behavior: Loss, insufficient familial support, and hopelessness. *Adolescence* 28: 851-865, 1993.
- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. & CARROBLES, J.A. *Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide, 1987.
- ASARNOW, J.R.; CARLSON, G.A. & GUTHRIE, D. Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *J Consult Clin Psychol* 55: 361-366, 1987.
- PEARCE, C.M. & MARTIN, G. Locus of control as an indicator of risk for suicidal behavior among adolescents. *Acta Psychiatr Scand* 88: 409-414, 1993.
- SPIRITO, A.; OVERHOLSER, J. & HART, K. Cognitive characteristics of adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* 30: 604-608, 1991.

29. SHAFFER, D. Suicide in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatr* **15**: 275-291, 1974.
30. SHAFII, M.; CARRIGAN, S.; WHITTINGHILL, J.R. & DERRICK, A. Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatr* **142**: 1061-1064, 1985.
31. PFEFFER, C.R.; PLUTCHIK, R. & MIZRUCHI, M.S. Suicidal and assaultive behavior in children: Classification, measurement, and interrelations. *Am J Psychiatr* **140**: 154-157, 1983.
32. PFEFFER, C.R. Family characteristics and support systems as risk factors for youth suicidal behavior. *Rep Secret Task Force Youth Suicide* **2**: 71-79, 1989.
33. ASARNOW, J.R. Suicidal ideation and attempts during middle childhood: Associations with perceived family stress and depression among child psychiatric inpatients. *J Clin Child Psychol* **21**: 35-40, 1992.
34. CAMPBELL, N.B.; MILLING, L. LAUGHLIN, A. & BUSH, E. The psychosocial climate of families with suicidal pre-adolescent children. *Am J Orthopsychiatr* **63**: 142-145, 1993.
35. CATTELL, R. B. *El Análisis Científico de la Personalidad*. Barcelona: Editorial Fontanella, 1972.
36. KOVACS, M. *The Children's Depression Inventory: A Self-rated Depression Scale for School-aged Youngsters*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh, 1983.
37. MONREAL, P. *Estudio de la Sintomatología Depresiva Infantil en la Provincia de Gerona: Análisis de Algunos Factores Individuales y Psicosociales* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, 1988.
38. BECK, A.T.; WEISSMAN, A.; LESTER, D. & TREXLER, L. The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol* **42**: 861-865, 1974.
39. POZNANSKY, E.O.; GROSSMAN, J.A.; BUCHBAUM, Y. et al. Preliminary studies of the reliability and validity of the Children's Depression Rating Scale. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr* **23**: 191-197, 1984.
40. SPIELBERGER et al. *STAI-C: Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en Niños*. Madrid: TEA Ediciones, 1973.
41. BATTLE, J. *Cultur-free Self-esteem Inventories for Children and Adults*. Special Child Publ., Seattle WA, 1981.
42. PORTER, R.B. & CATTELL, R.B. *CPQ. Cuestionario de Personalidad para Niños. 8-12 años*. Madrid: TEA Ediciones, 1988.
43. MOOS, R.H. & MOOS, B.S. *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1981.
44. WECHSLER, D. *Wechsler Intelligence Scale for Children*. New York: The Psychological Corporation, 1949.
45. BALAGUER, M.; CASAS, J. & MARTÍNEZ, M.C. *Escala d'Inteligència de Wechsler per a Nens*. Madrid: TEA Ediciones, 1986.
46. HOLLINGSHEAD, A.B. *Four Factor Index of Social Status*. Unpublished manuscript, Department of Sociology Yale University, 1975.
47. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
48. DOMÈNECH, E. & POLAINO, A. *Epidemiología de la Depresión Infantil*. Barcelona: Espaxs Publicaciones Médica, 1990.
49. BRENT, D.A.; KALAS, R.; EDELBROCK, C. et al. Psychopathology and its relationship to suicidal ideation in childhood and adolescence. 31st Annual Meeting of the American Academy of Child Psychiatry (1984, Toronto, Canada). *J Am Acad Child Psychiatr* **25**: 666-673, 1986.
50. DE MAN, A.F.; LEDUC, C.P. & LABRECHE-GAUTHIER, L. Correlates of suicidal ideation in French-Canadian adolescents: Personal variables, stress, and social support. *Adolescence* **28**: 819-830, 1993.
51. CARLSON, G.A. & CANTWELL, D.P. Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatr* **21**: 361-368, 1982.
52. DELGA, I.; HEINSEN, R.K.; FRITSCH, R.C. et al. Psychosis, aggression, and self-destructive behavior in hospitalized adolescents. *Am J Psychiatr* **146**: 521-525, 1989.
53. BERTAGNE, P. & CAMPOLI, C. Auto et hetero-agressivite chez les personnalités passives-dependantes. 21st Meeting of the Group for the Study and Prevention of Suicide: Suicide and Aggression (1989, Brussels, Belgium). *Psychol Med* **22**: 434-436, 1990.
54. MARTINEZ, O.; RUZ, A.; GRANADO, M.A. et al. Aproximación a la personalidad de sujetos con intentos autolíticos. *Psiquis* **13**: 11-22, 1992.

Endereço para correspondência:

Edelmira Domènech
Edificio B
Departamento de Psicología de la Salud
08193 Bellaterra (Barcelona)
España