

---

# IDEACIÓN SUICIDA EN NIÑOS CON CÁNCER SEGUNDO PREMIO CONCURSO NACIONAL DE ESCRITOS ACOFAEN 1994

---

Martín Barrera Cobos  
Martha Sarmiento Osma\*

## RESUMEN

Todo suicida es ambivalente y antes de morir desearía tener una mejor alternativa para seguir viviendo pero no lo consigue, se desespera, y opta por la muerte. (Beck, Aaron T).

Se hizo un estudio descriptivo, para detectar la posible presencia de ideas suicidas en 10 niños (cinco niñas, cinco niños) hospitalizados con diagnóstico de cáncer, en los hospitales infantiles Lorencita Villegas de Santos (2 niños) y la Misericordia (8 niños) de Santafé de Bogotá. La medición se hizo a través de escalas previamente validadas de depresión infantil (CDI), desesperanza infantil (CHS) e ideación suicida (SSI), que a la vez expresa la teoría cognitiva del suicidio; referente teórico de la presente investigación. Los hallazgos mostraron la presencia de depresión en 8 niños, (5 niñas, 3 niños) desesperanza en 9 (un niño no contestó el CHS, SSI) e idea suicida en uno. Para el niño que presentó ideas suicidas, se encontró la asociación de éstas con la depresión y la desesperanza; comportamiento cognitivo similar al observado en niños normales y psiquiátricos. La depresión y la de-

sesperanza estuvieron presentes en la mayoría de los niños, hospitalizados con diagnósticos de cáncer. Es importante por lo tanto que enfermería valore y maneje estos esquemas cognitivos afectivos, con el fin de motivar al niño hacia una experiencia hospitalaria que mejore su calidad de vida y no sea un camino doloroso hacia una curación incierta.

*Palabras claves:* Ideación suicida, enfermedad crónica, depresión, desesperanza, hospitalización.

## Ideación suicida en niños con cáncer

Muchos niños desean y planean su muerte, por motivos muy bien estructurados, después de un largo proceso de soportar los pro y los contra de seguir con vida en un medio que no favorece la satisfacción de sus necesidades psicoafectivas y que si mantienen un constante stress y dolor psíquico.

Aunque pueda parecer paradójico el niño suicida en principio le da el más alto valor a la

---

\* Enfermeros Docentes Facultad de Ciencias de la Salud U.P.T.C.

vida y no desea morir a la vez es capaz de ver en la muerte una alternativa que lo pueda liberar de su dolor cuando este se haga inmanejable. Es así como aparece el deseo de muerte y la consecución de éste en un acto suicida que para Colombia en el año de 1992 registro 31 víctimas entre 5-14 años; de los cuales 10 de ellos pertenecieron a la ciudad de Santafé de Bogotá.

Los estudios hechos alrededor del suicidio en niños, han concentrado su interés en el paciente psiquiátrico (5, 6) poblaciones escolares normales (11, 12, 13, 14) y niños con enfermedad crónica (9, 10). En este último grupo se destaca el niño con cáncer, para quien recientemente se ha logrado una mejoría dramática en el tratamiento que lo ubica en una categoría de enfermedad crónica y por su proceso de tratamiento a largo plazo, la posibilidad de recaídas, la no certeza de cura se convierte para el niño en una fuente importante de stress.

Los estudios realizados hasta ahora en el niño con cáncer, han revisado las conductas de enfrentamiento al stress como: agresión, auto-control, depresión (4), desesperanza (3) y perturbaciones intelectuales y sociales. Por otra parte son contados los investigadores (9, 10) que han dado curso al estudio del enfrentamiento del niño con cáncer ante la vida y la muerte y dada la posibilidad de morir y el sufrimiento que estos niños experimentan es razonable suponer en ellos una actitud ante la vida y muerte muy diferente a la de otros niños.

Hasta el momento ha recibido especial interés el estudio de respuestas cognitivo-afectivas, como la desesperanza, considerada un componente mayor de la depresión y clave esta en el intento de suicidio para adultos y algunas poblaciones infantiles ya mencionadas; sin embargo, esta dimensión no ha sido examinada en niños con cáncer (13).

En las unidades de Oncohematología de los hospitales pediátricos, corresponde en la mayoría de oportunidades a la enfermera dar manejo a estas conductas de enfrentamiento,

dadas las características intrínsecas a su profesión y al acompañamiento continuo que hace al niño con cáncer. El cuidado allí se da más personalizado; no obstante si se desconocen necesidades emocionales como el deseo de muerte en el niño, por falta de datos empíricos y teóricos, la atención integral queda en una pretensión teórica desconectada en forma dramática de la praxis del cuidado.

La presente investigación pretende dar un primer paso para enfermería en Colombia en la búsqueda de datos empíricos que permitan la reflexión acerca del estado emocional del paciente pediátrico con cáncer y que posiblemente por la existencia de mitos culturales y porque no, también científicos dentro del equipo de salud, se desconocen como posibilidad en la dinámica psíquica de estos niños, la presencia de ideación suicida.

## Propósito

Identificar a través de los esquemas cognitivo-afectivos de depresión y desesperanza infantil la posible presencia de ideas suicidas en el niño de 8-12 años hospitalizados con cáncer en las unidades de oncología de los hospitales Lorencita Villegas de Santos y la Misericordia de Santafé de Bogotá, durante el primer trimestre de 1994.

## Objetivos específicos

1. A través de la aplicación de las escalas de depresión infantil (CDI), desesperanza infantil (CHS) e ideación suicida (SSI) detectar la posible presencia de ideas suicidas en el niño con cáncer.
2. Establecer la posible asociación de la depresión y desesperanza infantil con la presencia de ideas suicidas en el niño con cáncer.
3. Presentar a las enfermeras elementos básicos de reflexión teóricos y empíricos para el cuidado del niño hospitalizado con cáncer, que presente ideas suicidas.

## Marco teórico

La investigación de la conducta suicida desde la teoría cognitiva, se fundamenta en el desarrollo teórico y operativo de la misma, en las investigaciones de Aaron T. Beck; quien considera la conducta suicida como ligada a distorsiones cognitivas, y operacionalizadas a través de las escalas de: depresión, desesperanza e ideación suicida (2).

Omitir un concepto para conducta suicida en niños menores de doce años, contraría a los teóricos que consideran al niño cognitivamente inmaduro para abstraer el concepto (16); sin embargo, la estructuración de un nivel de abstracción que permita establecer la muerte como reversible y la posibilidad de obtener la propia se establece más o menos a los 8 años de edad (1).

Se considera la ideación suicida como los pensamientos o verbalizaciones de causar daño o muerte en uno mismo (12). Beck amplía el concepto de la siguiente manera: "el ideador suicida se puede definir como la persona que conscientemente planea y de searía cometer suicidio, pero que no ha hecho intento manifiesto de suicidio. Así mismo se puede presumir que la ideación suicida al intento o consumación le precede y esta reflejando en últimas un resultado: el grado en que el individuo ha sido capaz de sobrellevar un impedimento interno al deseo de suicidarse (miedo a lo desconocido, al fracaso del intento, al sentimiento de criminalidad en relación al sobreviviente, a lo religioso y a las objeciones morales) (2).

La conducta suicida que se presenta en un paciente deprimido es derivada de una distorsión específica: el paciente distorsiona sistemáticamente sus experiencias en una forma negativa y sin bases objetivas anticipa un resultado negativo para cualquier intento de conseguir sus mayores objetivos o metas (2).

La depresión en los niños no es una entidad aislada, coexiste con una variedad de disfunciones y estado de stress en la infancia.

Varios investigadores han demostrado que la depresión es un síntoma común en niños con cáncer (Copeland) (4) cita a Hofman y Becker, 1973; Plumb y Holland, 1977), que aparece desde el momento del diagnóstico y durante toda la enfermedad, con una incidencia del 17% como lo señala Kashani y Hakami en su estudio de 1982 (7), o puede ser negada por el niño, para enfrentar la enfermedad crónica y desaparecer cuando ocurra la aceptación de la misma (4).

La desesperanza, como elemento central de la depresión, esta presente en el niño a riesgo suicida y es considerada una distorsión cognitiva cuya expresión se da a través de expectativas negativas acerca del futuro y de sí mismo, que una vez establecidas en el niño, hay un deseo atenuado de vivir, el cual lleva a un incremento admisible de la ideación suicida" (5, 6) y representa cerca del 96% de la asociación entre depresión e intento de suicidio (2).

## Metodología

La investigación en suicidio infantil tiene hasta el momento aproximaciones metodológicas como la epidemiología, fenomenología (9, 10) y la descriptiva de correlación (11, 13, 14); esta última estructurada a partir de la teoría de Beck en suicidio. Los estudios descriptivos mencionados poseen el común denominador de concebir la conducta suicida como ligada a una distorsión cognitiva, medible a través de escalas cognitivo-afectivas de depresión (CDI) y desesperanza infantil en asociación con escalas de ideación suicida.

El presente estudio de diseño descriptivo, se sustento en los conceptos cognitivos de suicidio infantil y su operacionalización se hizo a través de las escalas ya mencionadas (CDI, CHS) y la escala de ideación suicida (SSI) de Aaron, T. Beck (2).

Para la selección de los sujetos, 5 niñas y 5 niños, se utilizó un muestreo intencional.

Las variables de inclusión fueron: autorización escrita del niño y los padres: edad entre 8 - 12 años; diagnóstico de cáncer; hospitalización en oncohematología y conocimiento de la enfermedad. Se excluyeron niños con efectos adversos a causa de la quimioterapia (náuseas, diarrea, gingivitis, dolor) aislamiento estricto y tratamiento ambulatorio.

Se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: primero las escalas de autoreporte de depresión infantil, CDI (15) y desesperanza infantil, CHS (6); las cuales se contestaron en 20 a 30 minutos. Posteriormente los investigadores realizaron una entrevista con tres preguntas abiertas que pretendían indagar el conocimiento del niño sobre las causas de muerte en adultos e infantes: finalizando con el cuestionamiento sobre los deseos de muerte durante su estadía en la unidad. En caso de una respuesta positiva para la última pregunta se valoró el deseo de muerte a través de la intervención semiestructurada de ideación suicida, SSI (2).

Las mediciones se hicieron en la jornada de la tarde y cada niño leyó y seleccionó los items que se ajustaron a su estado anímico en particular. En las oportunidades que el niño no podía o no deseaba leer (por venoclisis) el investigador, cumplía esta actividad y el niño indicaba su elección.

## Instrumentos

La descripción de los instrumentos pretende dar una idea al lector de la operacionalización hecha a las variables para el presente estudio.

*Scale for Suicide Ideators (SSI)*. La escala de ideación suicida diseñada por Beck en 1979 (2) está conformada por 19 items que cuantifican la intensidad del intento de suicidio a nivel consciente; cada item consta de tres alternativas graduadas en una intensidad de 0 - 2 con un puntaje posible de 0 a 38 puntos. Su consistencia interna fue determinada en

90 pacientes hospitalizados con conducta autodestructiva y se obtuvo un coeficiente de confianza de 0.89. Se ha obtenido una relación positiva con desesperanza y depresión. La escala la diligencia un clínico basado en una intervención semiestructurada, que indaga la información requerida para cada item. Se considera alta ideación suicida mayor o igual 10 puntos; moderada de 6 a 10 puntos, baja de 1 - 6 puntos y cero puntos no ideador.

*The Children Depression Inventory (CDI)*. El inventar de depresión infantil diseñado por Kovac's en 1981 (15), se basa en la escala de depresión de Beck, EDI (1974). Es un test de 27 items, cada uno con tres alternativas graduadas en una intensidad de 0 - 2, con un puntaje posible de 0 - 54 puntos. El CDI valora la depresión en la edad escolar (8 - 13 años) y sus items evalúan síntomas como: alfición, anhedonía, ideación suicida y síntomas psicósomáticos (disturbios en el sueño y apetito). Kovac's (1981) reportó una consistencia interna con un coeficiente alfa de 0.86. La validez y confiabilidad ha sido establecida en varias series de estudios psicométricos (5, 15) con valores de 0.89. Un puntaje total para el CDI menor de 12 puntos es considerado ausencia de depresión (Copeland (4) da este corte de puntaje sugerido por Kaslow, Rehm y Siegel en 1984); el cual se toma para el presente estudio.

*Hopelessness Scale for Children (CHS)*. La escala de desesperanza infantil fue elaborada por Kazdin et. al., 1983 (5) y consta de 17 items de falso y verdadero relacionados con actitudes y sentimientos acerca del futuro y de si mismo; con una consistencia interna estimada por coeficiente alfa de 0.87. La validez de esta escala fue evaluada examinando la relación de esta con la depresión y la autoestima; los puntajes fueron estadísticamente correlacionados con el CDI ( $r = 0.49$ ,  $p < 0.001$ ) y negativamente con la autoestima en el SEI ( $r = -0.54$ ,  $p$ ). Puntajes mayores o iguales a 6 se considera alta de-

sesperanza y puntajes totales menores o iguales a tres, baja desesperanza.

Las escalas de autoreporte, CDI y CHS, valoran el fenómeno clínico como una experiencia subjetiva, y se basa en la suposición de que la respuesta es el reflejo de la secreta y evidente conducta del individuo.

## Análisis de datos

Para el niño hospitalizado con cáncer su comodidad corporal es muy importante y al parecer, el percibirse corporalmente sano afianza su autoimagen y le proporciona una idea de su estado de salud, que de no ser favorable, permite en él una experiencia somática negativa (los 10 niños en el CDI presentan la experiencia somática como negativa) acompañada en la mayoría de casos de una respuesta depresiva ( $n = 8$ ) y desesperanzada ( $n = 9$ ). En estos niños no se observa una relación directa entre la profundidad de la depresión, desesperanza y deseo de muerte con el número de hospitalizaciones, lo que sugiere que el esquema cognitivo afectivo de depresión y desesperanza (ver Tabla No. 1) cambia en el niño en la medida en que se sienta más enfermo, no ve mejoría y reconoce cada vez más lo incierto de su curación.

Fue posible observar depresión y alta desesperanza en uno solo de los 10 casos incluidos en el estudio (ver Tabla No. 1, caso IX) el cual no deseaba seguir viviendo ( $SSI = 4$ ) siempre y cuando las condiciones de su enfermedad y sufrimiento "continuaran así". Sin embargo, este niño no expresó un plan concreto para suicidarse, pero tampoco un plan específico para continuar viviendo. La idea suicida en este niño es pasiva, pues sería incapaz de planear acciones para agredirse él mismo (se lo impide sus convicciones religiosas), pero a la vez anhelaría morir si sus condiciones de "vida continúan así".

Los niños con depresión y desesperanza (ver Tabla No. 2;  $n = 6$ ) son incapaces corto

plazo de planear acciones suicidas; sin embargo, es una premisa que no es posible predecir a largo plazo, si la experiencia subjetiva de la enfermedad y hospitalización continúan estresando al niño y se facilita un posible aborrecimiento por la vida y en consecuencia, un deseo de muerte.

De acuerdo a las investigaciones disponibles, la depresión y desesperanza de niños con cáncer han sido cuantificadas por separado en niños con tratamiento ambulatorio. En el estudio de Copeland y colaboradores (4) en 76 niños con cáncer, se encontraron 11 niños deprimidos (14.5%) y 65 no deprimidos (85.5%) con un promedio de depresión menor que el registrado en niños normales. En el estudio hecho para desesperanza en niños a los tres meses de diagnóstico para cáncer, Blotcky (3), pudo observar en 32 niños un puntaje promedio de 7.2 para desesperanza; considerado como alto de acuerdo a Kazdin.

Los datos obtenidos para los 10 niños con cáncer hospitalizados en la presente investigación permitió detectar ocho niños con depresión, ocho con desesperanza baja, y uno con desesperanza alta (ver Tabla No. 1). Estas mediciones, presentan una visión nueva de las variables mencionadas en el niño con cáncer interno en la unidad de oncología y no bajo tratamiento ambulatorio; esto hace posible observar un aumento significativo de la depresión en el niño cuando éste es hospitalizado (14.5% vs 80%) con un índice de depresión (15.4) presente a lo largo de cada nueva hospitalización y que se asocia muy posiblemente con la percepción de la situación como una nueva recaída con sus implicaciones de aislamiento, soledad, dolor e incertidumbre ante una cura definitiva o la muerte.

El caso No. V (ver Tabla No. 1) corresponde a una niña, con diagnóstico de cáncer desde los tres años de edad y sugiere una posible negación de sus sentimientos depresivos frente a la enfermedad y hospitalización. Sin

**TABLA No. 1**  
**PUNTAJE EN EL CDI, CHS, SSI, PARA NIÑOS HOSPITALIZADOS**  
**SEGUN EDAD Y SEXO EN EL HOSPITAL MISERICORDIA**  
**Y H.L.V. DE SANTAFE DE BOGOTA**  
**FEBRER-ABRIL 1994**

CASOS	CDI	CHS	SSI	No. HPTLC	EDAD	SEXO	
						M	F
I	23	3	0	1	12		X
II	9	3	0	2	10		X
III	20	4	0	1	8	X	
IV	13	3	0	2	10	X	
V	5	2	0	20	12		X
VI	12	4	0	1	11	X	
VII	13	4	0	2	12		X
VIII	19	2	0	4	11		X
IX	17	10	4	4	12	X	
X	23	-	-	8	9	X	

**NOTA:**

Depresión: Puntaje 12.

Desesperanza: Alta 6 Baja 3

Ideación Suicida: Alta 10 y más puntos

Moderada 6 a 10 puntos

Baja de 1 a 6 puntos

El niño del caso No. 10 no contestó el CHS, ni el SSI.

embargo, es posible que la niña esté adaptada al medio hospitalario y acepte su enfermedad como una parte de ella, que tarde o temprano le provocará la muerte, por lo tanto, la niña lo único que hace es enfrentar la realidad de morir como la aceptación de algo inevitable cuando ella misma confirma que desde hace un año está "desauciada" en actitud tranquila.

La presentación de los datos, corrobora sin lugar a dudas el mismo patrón de la conducta suicida en asociación con la depresión

y desesperanza observada en otras poblaciones de niños suicidas, psiquiátricos hospitalizados y normales por Kazdin (5, 6); niños hospitalizados con conducta suicida por Spirito; niños con depresión mayor por Myer (8) y niños normales (11, 12, 13) y con conducta de ataque por Pfeffer.

### Conclusiones

Contrario a la creencia de algunos clínicos, fue posible confrontar al niño con ideas y sentimientos de depresión, desesperanza e

**TABLA No. 2**  
**ASOCIACION DE LA DEPRESION Y DESESPERANZA**  
**CON IDEACION SUICIDA EN EL NIÑO**  
**HOSPITALIZADO CON CANCER, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE**  
**DE 1994 EN LAS UNIDADES DE ONCOLOGIA**  
**DEL HOSPITAL LORENCITA VILLEGAS DE SANTOS**  
**Y LA MISERICORDIA DE SANTA FE DE BOGOTA**

	DEPRIMIDOS		NO DEPRIMIDOS	
	DESPZ. ALTA	DESPZ. BAJA	DESPZ. ALTA	DESPZ. BAJA
IDEADOR SUICIDA	1	0	0	0
NO IDEADOR SUICI	0	6	0	2

ideación suicida, sin favorecer la siembra de éstos en el esquema cognitivo-afectivo del niño.

El vacío investigativo para determinar el comportamiento de la depresión, desesperanza y la aparición del deseo de muerte en el niño hospitalizado con cáncer, ha sido posible llenar a través de la presente investigación. El objetivo empírico se ha logrado al obtener evidencias que apoyan la existencia de la depresión y la desesperanza en ocho de los niños, e ideación suicida en uno de ellos. Las implicaciones teóricas acerca de la dinámica subjetiva del niño frente a la enfermedad y su posible deseo de muerte es clarificada; a la vez que se desmitifica la creencia de que estos niños no poseen la madurez emocional y cognitiva suficientes para afrontar esta temática.

En el presente estudio el niño con cáncer y desesperanza ( $X = 3.9$ ) es consciente de sus limitaciones como enfermo frente a otros niños, que tal vez puede favorecer junto con los tratamientos y los cambios en su estado de ánimo durante la hospitalización un deseo atenuado de seguir viviendo, dada la ausencia de cambios favorables a su actual condición. A pesar de esta realidad el niño es capaz de ver con optimismo la vida en la

mayoría de las oportunidades (77% vs 23%) y cree que vivirá el tiempo suficiente para curarse, disfrutar de la vida y conseguir lo que desea.

Este grupo de niños tiene el suficiente desarrollo cognitivo para entender que es morir y cuales son los alcances reales de la muerte. Es a su vez evidente que los presentes niños desean seguir viviendo y por lo tanto temen a la muerte ( $n = 8$ ), pero también es posible que les atraiga el morir (ver Tabla No. 2) al percibir que su actual condición de vida no tiene los cambios que desean. Sin embargo, es claro por el momento que estos niños no planearán acciones para llevar a cabo una conducta autodestructiva.

### Recomendaciones

Es evidente para la presente investigación que los niños con cáncer están deprimidos ( $n = 8$   $x = 15.4$  y tienen desesperanza  $n = 9$ ;  $x = 3.9$  baja).

Consideramos que como enfermeros no debemos permitir que este patrón de depresión, desesperanza y deseo de morir ( $n = 1$ ) se siga perpetuando en el niño durante su hospitalización; es necesario que enfermería tenga conocimiento sobre el tema para así implantar planes de cuidado que tengan pre-

sente la valoración y manejo de estas variables que a su vez permitan hacer ver en el niño su hospitalización como un camino para mejorar su calidad de vida y no un largo camino doloroso y fatigante hacia una curación incierta.

Así como el cáncer, existen otras entidades crónicas como la diabetes, insuficiencia renal y problemas ortopédicos, en donde enfermería debe propiciar el espacio para la pregunta acerca del posible deseo de muerte en el niño.

Consideramos conveniente para futuras investigaciones que deseen observar el comportamiento del deseo de muerte en niños hospitalizados con cáncer, ampliar el número de instituciones, en 3 - 4, y el tiempo de muestreo a un período de seis a doce meses, con lo cual es posible obtener cifras estadísticas que sí midan la correlación de las variables de depresión, desesperanza e idea suicida en el niño colombiano con cáncer.

Esta aclaración no debe impedir al investigador hacer estudios en menor tiempo e instituciones, ya que la inferencia que se puede conseguir alrededor del dato empírico, es de buena calidad y validez.

No es el propósito, ni el alcance teórico y empírico del presente estudio dar sugerencias con carácter prescriptivo en torno a la depresión, desesperanza e ideación suicida en el niño hospitalizado con cáncer, sin embargo, consideramos que dadas las características profesionales de la enfermera (o) especialista en Salud Mental, es ella-el quien sustentado en un modelo de intervención en crisis puede ofrecer un acercamiento eficaz con el uso de sus tres categorías: prevención, intervención e intervención posterior, que se sobreponen estrechamente con los conceptos de un plan de prevención primaria, secundaria y terciaria respectivamente; posible de lograr si existe una colaboración interdisciplinaria e interinstitucional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVAREZ ECHEVERRY, Tiberio. Cuando los niños se van. Editorial Por Hacer Ltda., Medellín, Colombia, 1992.
2. BECK AARON. T. KOVAGKS, María. Assesment of Suicidal Intention. The Scale for Suicidal Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47 (2).
3. BLOTCKY, Alan D. and Cols. Family Influences on Hopelessness among children early in the cancer experience. *Journal of Pediatric Psychology*. 10 (4). p. 480 - 493, 1985.
4. COPELAND, Donna. PURSER, Julie and Cols. Assesment of Depression in children with cancer. *Journal of pediatric psychology*. 13 (1): 101 - 112, 1988.
5. KAZDIN, A. E. FRENCH, N. H. y COLS. Hopelessness. Depression Inpatient Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 51 (4): 504 - 510, 1993.
6. KAZDIN, A.E. RODGAS, A. COLBUS, D. The Hopelessness scale for Children Psychometric Characteristics and Concurrent Validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 (2): 241, 245, 1986.
7. KASHANI, J. and HAKAMI, N. Depression in children and adolescence with malignancy. *Can. Journal. Psychiatry*. 27: 345 - 350, 1982.
8. MYERS, Katheleen y Col. The 3 - year Longitudinal Course of Suicidality and Predictive factor for subsequeant suicidality in yourths with major depressive disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry*. 30 (5): 804 - 810, 1991.
9. ORBACH, Israel and Cols. Attraction and Repulsion by life and death in suicidal and in normal children. *Journal of consulting and clinical psychology*. 51 (5), 661, 670. 1993.

10. ORBACH, Israel and Cols. Attitudes toward life and death in suicidal. Normal and chronically ill children: and extended replication. *Journal of consulting and clinical psychology*. 52 (6): 1020 - 1027 - 1027, 1984.
11. PFEFFER, Cynthia y Col. Suicidal Behavior in Normal School Children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23 (4); 416 - 423, 1984.
12. PFEFFER, Cynthia. Self-Destructive Behavior in children and Adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*. 8 (2): 215 - 225, 1985.
13. PFEFFER, Cynthia. Suicidal Fantasies in normal Children. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 173 (2). 1985.
14. PFEFFER, Cynthia. Et Colb. Normal Children at Risk for Suicidal Behavior: a two year follow - up study. *American Academy Children Adolescent Psychiatry*. 27 (1) 34 - 41, 1986.
15. SAYLOR, C. F. Spiritu, A. The Children Depression Inventory: a systemic evaluation of psychometric propertiee. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 52 (6): 955 - 967, 1984.
16. SHEER, Lorraine. Agonia, muerte y duelo. Editorial El Manual Moderno. México, 1992.
17. WALTER, Riso. Depresión. Avances recientes de la cognición y el procesamiento de la información. Centro de estudios avanzados en psicología Clínica, Medellín, 1992.