Ideación suicida y coeficiente intelectual en adolescentes psiquiátricos de la provincia de Salamanca

Trabajo Final de Máster: Proyecto de Investigación en Psicología Clínica y de la Salud

Nombre Estudiante: Paula Vaquero Soilán
Plan de estudios: Máster en Psicología General Sanitaria

Nombre Profesor: Alicia Álvarez García

Fecha de entrega: 01/2019

Esta obra está sujeta a una licencia de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITÀRIA

Título del trabajo:	*Ideación suicida y coeficiente intelectual en adolescentes psiquiátricos de la provincia de Salamanca*
Nombre del autor:	*Paula Vaquero Soilán*
Nombre del consultor:	*Alicia Álvarez García*
Fecha de entrega (mm/aaaa):	*01/2019*
Ámbito del Trabajo Final:	*Psicología General Sanitaria: Estrés agudo y estrés postraumático (conducta suicida)*
Titulación:	*Máster en Psicología General Sanitaria*

Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras):

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial en el que los adolescentes conforman un grupo de alto riesgo. Los resultados contradictorios obtenidos sobre la relación entre CI y conducta suicida hacen necesaria una investigación más profunda.
Objetivo: Establecer la relación entre el CI e ideación suicida en adolescentes psiquiátricos en tratamiento ambulatorio de la provincia de Salamanca.
Hipótesis: Los adolescentes con un alto CI (CI>115) presentarán mayor ideación suicida.
Método: Metodología selectiva de diseño transversal ex post facto prospectivo con grupo de quasicontrol.
Instrumentos: Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV) y Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS).
Participantes: Muestreo incidental, no probabilístico. 30 adolescentes de entre 12 y 16 años (73% varones y edad media 14,74±1,39 años).
Resultados: Existe una mayor presencia de ideación suicida en adolescentes psiquiátricos de la provincia de Salamanca con alta capacidad cognitiva (CI>115) (nivel de confianza del 95%). El coeficiente intelectual y la ideación suicida están relacionadas positivamente de forma que el riesgo de tener ideación suicida es 2,30 veces mayor en adolescentes psiquiátricos con alta capacidad cognitiva; y la fracción de los adolescentes psiquiátricos que presentan ideación suicida es 5,78 veces mayor en aquellos con alta capacidad cognitiva.
Conclusiones: Relación positiva entre alto CI e ideación suicida en adolescentes psiquiátricos de la provincia de Salamanca. Permite profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo tempranos asociados al riesgo de suicidio en adolescentes, siendo posible mejorar así las estrategias de prevención dirigidas a este colectivo.

Palabras clave (entre 4 y 8):

Adolescencia, ideación suicida, coeficiente intelectual, suicidio, inteligencia.

Abstract (in English, 250 words or less):

Background: Suicide is a worldwide public health problem in which adolescents are a high risk group. Contradictory outcomes obtained about the relationship between IQ and suicidal behaviour make necessary further investigations.
Objective: To establish the relationship between IQ and suicidal ideation in outpatient psychiatric adolescents in Salamanca province.
Hypothesis: High IQ adolescents (IQ>115) will show greater suicidal ideation.
Method: Selective methodology of prospective ex post facto transversal design with quasi-control group.
Instruments: Weschler Intelligence Scale for Children (WISC-IV) and Beck Suicidal Ideation Scale (EBIS).
Participants: Not probabilistic incidental sampling. 30 adolescents between 12 and 16 years old (73% male and average 14,74±1,39 years old).
Results: Outpatient psychiatric adolescents in Salamanca province with high IQ (IQ>115) show greater suicidal ideation (confidence interval 95%). IQ and suicidal ideation are positive related, the risk of having suicidal ideation is 2,30 times bigger on outpatient psychiatric adolescents with high IQ; and the fraction of psychiatric adolescents that show suicidal ideation is 5,78 times bigger on adolescents with high IQ.
Conclusions: There is a positive relationship between high IQ and suicidal ideation in outpatient psychiatric adolescents in Salamanca province. That allows us to go in depth in the study of the early risk factors associated to the suicidal risk in adolescents, making possible the improvement of the prevention strategies directed to this group.

Key words (in English, 4 - 8 words):

Adolescence, suicidal ideation, IQ, suicide, intelligence.

Índice

0. Introducción 1
1. Contexto y justificación 1
2 Revisión teórica..... 4
3 Problema..... 5
4 Preguntas de investigación, objetivos y/o hipótesis 5
5 Propósito de la investigación 5
6. Método 6
6.1 Diseño de la investigación 6
6.2 Participantes 6
6.3 Instrumentos 6
6.4 Procedimiento 7
7. Resultados 9
8. Discusión 10
9. Conclusiones 13
10. Referencias bibliográficas 14
11. Anexos 18

0. Introducción

El suicidio es un problema que afecta no sólo a las familias y allegados, sino también a comunidades y países. Su aumento en los últimos años lo ha convertido en un grave problema de salud pública que, sin embargo, es prevenible. Por ello, la identificación temprana, el tratamiento y la atención de estas personas cobran especial importancia.
En el presente trabajo se analizará la relación entre la ideación suicida y el coeficiente intelectual (CI) en una muestra de adolescentes psiquiátricos en tratamiento ambulatorio. La hipótesis inicial es que la ideación suicida tendrá mayor presencia en aquellos adolescentes con altas capacidades intelectuales (CI>115).
Esto permitirá profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo tempranos asociados al riesgo de suicidio en adolescentes.

1. Contexto y justificación

Suicidio e ideación suicida
Una definición operativa del acto suicida sería toda acción por la que el individuo se causa a sí mismo un daño, independientemente del grado de intención y del motivo que le llevó a ello (Cortés, 2013).
Así, el suicidio sería la acción de quitarse la vida de manera voluntaria y premeditada, resultado del acto suicida (Cortés, 2013).
Mientras que, la ideación suicida estaría conformada por los pensamientos y cogniciones previas entorno al suicidio. Estos pueden ser, tanto pensamientos activos de matarse a uno mismo, por ejemplo, idear planes sobre cómo, cuándo y dónde realizarlo; como pensamientos pasivos sobre querer morir y pensamientos sobre el impacto de su muerte en familiares y allegados (Moya y Ollé, 2008; Toro, Avedaño, y Castrillón, 2016).
Cronológicamente el acto suicida se compone de: ideación suicida, amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado o suicidio propiamente dicho (Cortés, 2013).
Por tanto, no se llega al suicidio de forma abrupta. Las personas fantasean con el suicidio como forma de resolver sus problemas hasta que la idea del suicidio ocupa totalmente la mente del sujeto, imaginando que lo lleva a cabo. Posteriormente, ensaya el método, y, finalmente, comete el suicidio (González, Díaz, Ortiz, González, y González, 2000).
Siendo así, la ideación suicida es un factor de riesgo que precede al suicidio consumado y que debe tenerse en cuenta a la hora de prevenirlo (González et al., 2000; Morales-Vives y Dueñas, 2018).

Prevalencia
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), más de 800.000 personas se suicidan cada año, lo que significa que en el mundo hay una muerte por suicidio cada 40 segundos. Esto convierte al suicidio en una causa de mortalidad superior a la mortalidad causada por conflictos bélicos y homicidios. Además, la tasa de suicidios a nivel mundial ha aumentado un 60% en los últimos 45 años (OMS, 2015).

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016), en 2016 hubo 3.569 muertes debidas al suicidio, de las cuales 2.662 fueron realizadas por hombres y 907 por mujeres. Esto supera las muertes causadas por accidentes de tráfico (INE, 2016).
En Castilla y León, fueron 215 muertes por suicidio, 161 en hombres y 54 en mujeres; la mayoría por ahorcamiento o saltar desde un lugar elevado (INE, 2016).
Según la OMS (2016), estas cifras están subestimadas y presumiblemente la tasa de suicidios es mayor, ya que el suicidio es un asunto muy sensible que afecta a la religión y la cultura. En muchas zonas el suicidio está considerado un estigma, un tabú o incluso es ilegal; esto provoca que muchos suicidios no sean registrados como tal, incluso por las propias autoridades (OMS, 2016).
Aunque en algunos casos los suicidios se cometen impulsivamente, en muchos casos estas muertes por suicidio son evitables, pues por cada suicidio cometido hay 20 intentos de suicidio, pero muchas personas no se atreven a pedir ayuda a causa de la estigmatización (OMS, 2016). Tan solo de un 7 al 15% de los suicidas habían solicitado ayuda a los servicios de salud en el mes previo al suicidio, mientras que entre un 20 a un 25 % había solicitado esta ayuda durante el año anterior al suicidio, pero la mayoría no son detectados por los servicios de salud como comportamientos suicidas o son entendidos como intentos de manipulación y no tenidos en cuenta con la seriedad debida (Moya y Ollé, 2008).
Estos hechos han llevado a la OMS a incluir el suicidio en su Plan de acción sobre salud mental, con el objetivo de reducir un 10% la tasa de suicidio en los países para 2020. Así, el suicidio es considerado un problema de salud pública y se pretende que los gobiernos prioricen la prevención del suicidio en sus agendas de salud pública y empiecen a concienciar a la población acerca del suicidio y a formar a su personal sanitario para hacerle frente (OMS, 2016).
Hoy en día 28 países tienen estrategias nacionales de prevención del suicidio y se han establecido grupos de investigación centrados en el suicidio y su prevención (OMS, 2016).
A pesar de ello, este esfuerzo es todavía insuficiente para la magnitud del problema y se hace necesario romper el tabú que nos impide tratarlo adecuadamente y sensibilizar sobre la importancia de tomar medidas contra el suicidio, aumentando la investigación en esta área.

Factores de riesgo para el suicidio

Se entiende por factores de riesgo aquellos que actúan aumentando la vulnerabilidad de una persona para el comportamiento suicida (OMS, 2016).
Debido a la importancia del problema que nos ocupa, numerosas investigaciones se han centrado en detectar los factores de riesgo de las conductas suicidas:

- Factores de riesgo personales: la ideación suicida tanto reciente como antigua, impulsividad, exposición a eventos vitales estresantes, conductas antisociales, ser mujer y tener autoestima baja (Silva et al., 2017); intentos de suicidio previos, trastornos mentales, alcoholismo, padecer dolor crónico, antecedentes familiares de suicidio y sufrir pérdidas financieras (OMS, 2016); pertenecer a familias disfuncionales, trastornos del aprendizaje y no tener un proyecto de vida (Cuesta-Revé, 2017); orientación y diversidad

sexual, psicopatología en los padres, exposición a comportamientos suicidas y relaciones conflictivas entre iguales (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014); uso desadaptativo o patológico de internet (Bobes et al., 2017); baja estabilidad emocional y baja satisfacción con la vida (Morales-Vives y Dueñas, 2018); aislamiento social, ser de estatura baja y obtener bajas puntuaciones en los test de inteligencia (Batty et al., 2018).

- Factores de riesgo sociales: dificultades para obtener acceso a servicios de salud, fácil disponibilidad de los medios para el suicidio, sensacionalismo de los medios de comunicación sobre el suicidio, estigmatización del comportamiento suicida y ser víctima de guerras, desastres, discriminación, abuso o violencia (OMS, 2016); y sufrir acoso escolar o ser un acosador escolar (Kaltiala-Heino, Rimpela, Marttunen, Rimpela, y Rantanen, 1999).

Así, los autores establecen la ideación suicida tanto presente como antigua como factor de riesgo para la conducta suicida y, además, aparece con un peso superior a la sintomatología depresiva, utilizada tradicionalmente como uno de los mayores factores de riesgo para el suicidio (Silva et al., 2017).

Suicidio y adolescencia

Según la OMS (2015) el suicidio es la segunda causa de defunción entre las personas de 15 a 29 años, convirtiéndose en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países (OMS, 2016).

En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016), en 2016 hubo 58 suicidios en adolescentes entre 15 y 19 años, 37 de ellos varones y 21 mujeres. Convirtiéndose en la segunda causa de muerte en este grupo de edad, tras los accidentes de tráfico (INE, 2016). El método mayoritario escogido para el suicidio en adolescentes de nuestro país es la sobredosis de medicamentos (Simón y Sanchís, 2010).

En Castilla y León, se registraron 10 suicidios de adolescentes de entre 15 y 29 años, 7 de ellos en hombres y 3 en mujeres (INE, 2016).

La adolescencia es un periodo de establecimiento de la propia identidad, aceptación e independencia, y, mientras lo llevan a cabo, los adolescentes se enfrentan a múltiples situaciones de riesgo para las que no tienen recursos con las que manejarlas, lo que les hace más vulnerables a la conducta suicida (Cuesta-Revé, 2017). Cuando los cambios a los que tienen que hacer frente son percibidos como amenazantes e irresolubles, el suicidio puede parecer una solución más que viable para estos adolescentes (Sánchez-Teruel y Robles-Bello, 2014).

Según Cortés (2013), en adolescentes, a medida que aumenta la edad se incrementa el riesgo de suicidio; comenzando a producirse a los 12 años y teniendo un pico a los 16 años (Moya y Ollé, 2008).

Hay características de la personalidad propias de los adolescentes que les convierten en una población más vulnerable al suicidio, como son: baja tolerancia a la frustración, actitudes híper-perfeccionistas, ser críticos, rígidos intelectualmente, no tolerar el más mínimo fracaso, no sentirse queridos y creerse invencibles (Cortés, 2013).

En un estudio sobre el perfil de los adolescentes con ideación suicida en España, se determinó que se trata de adolescentes que tienen tendencia a la introversión, dificultades para expresar sentimientos y hacer amigos, son

vulnerables y emocionalmente lábiles, intensifican aspectos negativos de su vida, inseguros, desanimados y que no se aceptan a sí mismos (Soler et al., 2016).
Según Ceballos-Ospino et al. (2015), entre un 12 y un 25% de adolescentes presentan alguna idea frente al suicidio y es que esta época de cambios vitales les hace especialmente vulnerables (Ceballos-Ospino et al., 2015), por tanto, se presenta como prioritario el estudio de esta población.

2. Revisión teórica

Los estudios sobre si el CI es un factor de riesgo o no para el suicidio han recibido resultados contradictorios en la literatura previa.
Tradicionalmente, la obtención de bajas puntuaciones en los test de inteligencia se ha considerado como un factor de riesgo para el suicidio (Batty et al., 2018, 2010; Gunnell, Magnusson, y Rasmussen, 2004).
Esto ha llevado a muchos investigadores a pensar que esta relación también se da en el sentido contrario, es decir, que un alto CI sería un factor de protección frente al riesgo de suicidio (Batty et al., 2018). Sin embargo, diversos estudios demuestran que esto no se cumple al tener en cuenta la población de alto CI. Estos estudios han establecido que la tasa de suicidio de adolescentes con altas capacidades es superior a la de la encontrada en la población normal (Rook, 1959).
De Catanzaro (1980), establece una teoría explicativa del suicidio revolucionaria basada en el evolucionismo. Gracias a esta teoría, por primera vez, se puede explicar el suicidio sin contradecir las explicaciones evolutivas de la conducta (Gunn III, 2017). En esta teoría, De Catanzaro (1980) expone que es necesario un umbral de inteligencia para que aparezca la conducta suicida ya que solo alguien inteligente puede saber cuándo la situación es desesperada, darse cuenta de que su propósito para vivir ha desaparecido y, por tanto, que la muerte debe ser auto-inducida (Voracek, 2005b). Como consecuencia de esto, la inteligencia y la mortalidad por suicidio deben estar positivamente relacionadas (Voracek, 2005b).
A partir de esta teoría, Lester (1993, 1995, 2000, 2003) primero y Voracek (2004, 2005a, 2005b, 2006a, 2007a, 2007b, 2007c) después, comienzan una serie de estudios ecológicos donde relacionan positivamente la media de las puntuaciones en los test de inteligencia de la población diversos países con sus tasas de mortalidad por suicidio. Es decir, los países con poblaciones con mayor CI tienen mayor tasa de suicidios. Con lo que se cumple la predicción de la teoría De Catanzaro (1980).
Si bien, estos estudios ecológicos son puestos en tela de juicio debido a los problemas metodológicos que presentan (Batty et al., 2018). Por ello, el propio Voracek (2006b) empieza una línea de investigación a un nivel más individual, comprobando que personas con un CI medio de 151 tienen 4 veces mayor tasa de suicidio que la población general en la que están incluidos.
Además, la variable CI estaría mediatizada por la variable género y la psicopatología. Los estudios establecen que la correlación del CI alto con el mayor riesgo de suicidio es cierta para mujeres y hombres con psicosis y, sin embargo, en hombres sin psicosis el factor de riesgo seria el bajo CI (Alaräisänen, Miettunen, Lauronen, Räsänen, y Isohanni, 2006; Andersson,

Allebeck, Gustafsson, y Gunnell, 2008; Batty et al., 2010; Sörberg, Allebeck, Melin, Gunnell, y Hemmingsson, 2013).
Por lo tanto, los datos contradictorios en este campo hacen necesaria una investigación más profunda y exhaustiva.

3. Problema

El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial y la población adolescente es uno de los grupos de mayor riesgo para este tipo de conducta. Si bien, debido a la estigmatización y el tabú asociado a la conducta suicida, ésta ha sido poco estudiada.
Los resultados contradictorios obtenidos en los diferentes estudios sobre la relación entre CI y conducta suicida hacen necesario una investigación más profunda en este campo.
En la presente investigación se estudiará la relación entre CI e ideación suicida en un grupo de adolescentes psiquiátricos en tratamiento ambulatorio de la provincia de Salamanca.

4. Preguntas de investigación, objetivos y/o hipótesis

El presente estudio pretende dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre ideación suicida y CI en adolescentes psiquiátricos en tratamiento ambulatorio de la provincia de Salamanca?

El objetivo principal es establecer cuál es la relación entre el CI y la ideación suicida en adolescentes psiquiátricos en tratamiento ambulatorio de la provincia de Salamanca.

La hipótesis de trabajo es que los adolescentes con un alto CI (CI>115, medido mediante el test WISC-IV (Wechsler, 2005)) presentarán mayor ideación suicida (detectada mediante la Escala de Ideación Suicida de Beck EBIS (Beck, Kovacs, y Weissman, 1979)).

5. Propósito de la investigación

El propósito de la presente investigación es estudiar la relación entre el CI y la ideación suicida en una muestra de adolescentes psiquiátricos en tratamiento ambulatorio de la provincia de Salamanca. Se espera encontrar una relación positiva entre dichas variables, de modo que, una mayor inteligencia denote una mayor ideación suicida.
Esto permitirá profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo tempranos asociados al riesgo de suicidio en adolescentes, siendo posible mejorar así las estrategias de prevención dirigidas a este colectivo.

6. Método

6.1 Diseño de la investigación

A partir de una metodología selectiva, se realiza un diseño transversal ex post facto prospectivo con grupo de quasicontrol (Martín y Luna, 1994).
Se trata de un diseño de investigación donde no se manipula la variable independiente (coeficiente intelectual), sino que solamente se mide y posteriormente se asigna cada caso a un grupo en función de su coeficiente intelectual. Así, los casos donde el coeficiente intelectual (CI), medido mediante el test WISC-IV (Wechsler, 2005), sea mayor a 115, se asignan al grupo de Alta capacidad (AC); mientras los casos cuyo coeficiente intelectual (CI) esté entre 85 y 115, ambos incluidos, se asignan al grupo Capacidad promedio (CP).
Este grupo CP, actúa como grupo de quasicontrol, pues es un grupo que no tiene el valor de la VI objeto de estudio (Alta capacidad), pero que en el resto de características se parecen al grupo objeto de estudio (Martín y Luna, 1994).
Posteriormente, se mide en ambos grupos la intención suicida (IS) según la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS) (Beck et al., 1979). Así, categorizamos a los sujetos en dos clases: Ausencia (0) o Presencia de ideación suicida (1).

6.2 Participantes

Se realiza un muestreo incidental, no probabilístico (Martín y Luna, 1994), donde se seleccionan para conformar la muestra a los adolescentes de entre 12 y 16 años, ambos incluidos, que acuden a la Asociación de Mediación Familiar y Atención Psicológica en la provincia de Salamanca entre los meses de Octubre a Noviembre de 2018.
Como criterios de exclusión se establecen:

- el no pertenecer a ese rango de edad;
- no presentar alteraciones psiquiátricas;
- no obtener el consentimiento informado de ambos padres y/o del adolescente;
- y casos donde el CI, medido mediante el WISC-IV (Wechsler, 2005), sea inferior a 85 (baja capacidad cognitiva).

Finalmente, la muestra se conforma de 30 casos, 22 varones y 8 mujeres (73% varones). La edad media de la muestra es de 14,74 (±1,39) años. Estos sujetos proceden tanto de ambientes rurales (30% de la muestra) como urbanos, para obtener una muestra heterogénea con diferentes estratos socio-económicos.
De los 30 sujetos que conformaron la muestra, 11 de ellos se categorizaron en el grupo de AC y 19 en el grupo de CP (63% de la muestra).

6.3 Instrumentos

En este estudio se utilizaran la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV) y la Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS).

La Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-IV; Wechsler, 2005) permite la evaluación de la inteligencia en niños de 6 años 0 meses a 16 años 11 meses de edad y proporciona puntuaciones compuestas que representan el funcionamiento intelectual en dominios cognoscitivos específicos. Posee una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0,97 para la determinación del CI) y una fiabilidad test-retest de 0.93 para la determinación del CI (Wechsler, 2005).
La Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS; Beck et al., 1979) fue diseñada para evaluar la presencia consciente de pensamientos suicidas, poniendo en la balanza varias dimensiones de auto-destructividad: pensamientos y deseos. Consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semi-estructurada. Estos reactivos evalúan la presencia de actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Se considera que una puntuación obtenida que sea igual o mayor que 1 indica presencia de ideación suicida; mientras que, una puntuación obtenida igual a 0 indica ausencia de ideación suicida. Posee una consistencia interna alta (coeficiente alfa de Cronbach de 0,89) y una fiabilidad inter-examinador de 0,83 (Ceballos-Ospino et al., 2015; Toro et al., 2016).

6.4 Procedimiento

En primer lugar, se informó a la dirección de la Asociación de Mediación Familiar y Atención Psicológica sobre el estudio a realizar y su desarrollo, se estudió su viabilidad y se solicitó su apoyo y permiso para realizar el presente estudio. Además, se estableció un plan de contingencia en caso de que algún sujeto presentara altos niveles de ideación suicida o refiriera intentos de suicidio anteriores.
Posteriormente, se obtiene el consentimiento informado de los padres de los adolescentes psiquiátricos que acuden a la Asociación de Mediación Familiar y Atención Psicológica para participar en la investigación, garantizando la confidencialidad y anonimato de los datos recogidos. El modelo del consentimiento informado utilizado se puede observar en el anexo 11.3.
Se invita a dichos adolescentes a participar en la investigación, explicándoles el estudio y presentándoles el consentimiento previo de sus padres, para solicitar su propio consentimiento y participación.
A partir de ahí, se evalúa y se divide a los adolescentes por grupos en función de las variables a estudiar. Posteriormente, se analizan los datos obtenidos.

Análisis estadístico
El análisis estadístico se realiza en tres partes. Primero, se estudia la estadística descriptiva para determinar la composición de la muestra en función de las variables dependiente e independiente.
Después, se realiza la estadística inferencial para comparar la variable dependiente ideación suicida en ambos grupos de la variable independiente coeficiente intelectual. Dado que las variables estudiadas no cumplen el criterio de normalidad ($nq<5$), que las muestras son independientes y que el tamaño de la muestra es pequeño ($N=n_1+n_2=30$), se procede a realizar el análisis estadístico inferencial mediante el test de Wilcoxon para muestras independientes (Martín y Luna, 1994).

Por último, se realiza un estudio de las medidas de asociación para determinar si existe relación entre las variables dependiente e independiente, en qué sentido y con qué fuerza se da esa asociación. Como las variables estudiadas no cumplen el criterio de normalidad y se dispone de un tamaño muestral pequeño, las medidas de asociación de elección son el riesgo relativo y la razón de producto cruzado (odds ratio) (Martín y Luna, 1994).
Todos los cálculos estadísticos fueron realizados a mano y se pueden observar en el anexo 11.3.

7. Resultados

Dentro del grupo de AC, 3 de ellos no presentaron ideación suicida, mientras que los 8 restantes sí presentaron ideación suicida (73% de AC).
Por otro lado, en el grupo de CP, 13 de los sujetos no presentaron ideación suicida; y los restantes 6 sujetos sí presentaron ideación suicida (32% de CP).

Para comparar los datos en IS de los dos grupos AC y CP y determinar si son iguales o un grupo tiende a dar valores más altos que otro, se realiza el test de Wilcoxon para muestras independientes, donde se obtiene un estadístico de contraste R_{EXP}=213,5 (Martín y Luna, 1994). Todos los cálculos estadísticos fueron realizados a mano y se pueden observar en el anexo 11.3.
De acuerdo a nuestra hipótesis, se realiza un análisis estadístico de 1 cola, ya que sólo interesa el contraste en dirección AP>CP en IS. Los límites de significación para el test de Wilcoxon para muestras independientes de una cola con estos tamaños de muestra y α=0,05 son 131-210 (Martín y Luna, 1994).
Como R_{EXP}=213,5>R_S=210, el test es significativo para α=0,05 (P<5%).

Para determinar el sentido y el tamaño de la relación de ambas variables se realizan dos comparaciones:

- Riesgo relativo:
  Al realizar los cálculos pertinentes se obtiene a partir de los datos de la muestra un $\hat{R}$=2,30 (Martín y Luna, 1994).
  Como $\hat{R}$=2,30>1, CI e IS están relacionadas positivamente y tener alta capacidad cognitiva es factor de riesgo para la ideación suicida (Martín y Luna, 1994).

- Razón del producto cruzado (odds ratio):
  Al realizar los cálculos pertinentes se obtiene a partir de los datos de la muestra un $\hat{O}$=5,78 (Martín y Luna, 1994).
  Como $\hat{O}$=5,78>1, CI e IS están relacionadas positivamente y tener alta capacidad cognitiva es factor de riesgo para presentar ideación suicida (Martín y Luna, 1994).

8. Discusión

Según los resultados obtenidos en la presente investigación, a un nivel de confianza del 95%, se acepta la hipótesis anteriormente planteada de que existe una mayor presencia de ideación suicida en adolescentes psiquiátricos de la provincia de Salamanca con alta capacidad cognitiva (CI>115). Los datos encontrados son superiores a los de adolescentes psiquiátricos con capacidad cognitiva promedio (Martín y Luna, 1994).

Así, los resultados obtenidos en el presente estudio están en consonancia con los obtenidos por Alaräisänen et al. (2006), Andersson et al. (2008), Batty et al. (2010) y Sörberg et al. (2013); en los que la psicosis actúa como variable moduladora del riesgo de suicidio, de tal modo que, en personas con psicosis, el riesgo de suicidio aumenta en presencia de altas capacidades cognitivas.

La razón por la que la relación alto CI y mayor ideación suicida ocurre especialmente en personas con trastornos psiquiátricos, podría ser debido a que las personas con alta capacidad cognitiva tienden a conseguir status sociales más elevados que podrían ser más sensibles al estigma asociado a la enfermedad mental, lo que podría aumentar el riesgo de suicidio (Agerbo, Mortensen, Eriksson, Qin, y Westergaard-Nielsen, 2001; Andersson et al., 2008). Además, la consecución de estos altos estatus sociales por personas con altas capacidades cognitivas conlleva asociados altas dosis de estrés por el aumento de demandas de este tipo de roles sociales (Sandín, 2003), lo que a su vez es otro factor de riesgo para el suicidio (Silva et al., 2017). Así podríamos estar hablando de una génesis multifactorial para la ideación suicida en este tipo de colectivo, donde serían varios factores de riesgo los que interactúan aumentando la vulnerabilidad de los individuos frente al suicidio, convirtiendolos en una población de riesgo para el suicidio. Es importante tener en cuenta estos factores y determinarlos adecuadamente para poder mejorar los programas de prevención y detección del suicidio en dicho colectivo.

Así mismo, de acuerdo con los anteriores resultados, el coeficiente intelectual y la ideación suicida están relacionadas positivamente de forma que el riesgo de tener ideación suicida es 2,30 veces mayor en adolescentes psiquiátricos con alta capacidad cognitiva que en los adolescentes psiquiátricos con capacidad cognitiva promedio (Martín y Luna, 1994); y la fracción de los adolescentes psiquiátricos que presentan ideación suicida frente a los que no la presentan es 5,78 veces mayor en aquellos con alta capacidad cognitiva que en aquellos con capacidad cognitiva promedio (Martín y Luna, 1994).

Esta asociación entre alta capacidad cognitiva en adolescentes y mayor presencia de ideación suicida podría venir explicada por diversos factores que pueden darse en adolescentes de altas capacidades y que pueden aumentar el riesgo de ideación suicida, como son: el perfeccionismo, la sensibilidad, la intensidad de las emociones, la depresión, impulsividad y agresividad, ansiedad y rasgos obsesivos, bajo auto-concepto y autoestima (Hume Figueroa, 2005). Estos factores, además, podrían contribuir a aumentar las dificultades de adaptación de este colectivo, lo que a su vez, podría aumentar el riesgo de conducta suicida (Hume Figueroa, 2005).

Los adolescentes tienen mayor sentimiento de desadaptación que los adultos y los niños, así como mayores sentimientos de tristeza, y esto se da en mayor medida en las mujeres (Siverio y García, 2007). Todos estos factores aumentan el riesgo de ideación suicida (Silva et al., 2017; Batty et al., 2018).

Como volvemos a comprobar, la génesis de la conducta suicida es muy compleja y, en ella, intervienen varios factores. Pero dada la importancia de la desadaptación sería necesario intervenir a nivel familiar, ya que el clima social familiar es vital en la adaptación personal y social de los adolescentes (Amezcua, Pichardo y Fernández, 2002). Así, cuando el adolescente percibe su clima familiar como elevado en cohesión, expresividad, organización, participación en actividades intelectuales y con valores éticos o religiosos, además de con valores bajos en conflicto; presenta una mayor adaptación general que adolescentes con ambientes familiares donde perciben los valores contrarios (Amezcua, Pichardo y Fernández, 2002). Por tanto, una adecuada determinación del clima familiar y el dotar a las familias con adolescentes de altas capacidades de pautas y herramientas adecuadas para facilitar la adaptación de este tipo de adolescentes se presenta clave en la prevención del suicidio para este colectivo.

Por último, otra explicación a la relación de alto CI con mayor ideación suicida en adolescentes, podría ser que en la adolescencia van aumentando las responsabilidades y exigencias a las que las personas deben hacer frente (Moya y Ollé, 2008) y de los adolescentes con altas capacidades se espera un mejor desempeño en este tipo de situaciones (Hume Figueroa, 2005). Este alto nivel de exigencia podría hacerles sentir una mayor presión acerca de su desempeño en el cumplimiento de sus responsabilidades en el ámbito escolar y familiar, lo que podría aumentar el riesgo de ideación suicida (Andersson et al., 2008).

Además, este aumento del nivel de exigencia combinado con el perfeccionismo típico de los adolescentes de altas capacidades aumentaría también el riesgo del suicidio (Hume Figueroa, 2005), especialmente cuando existe en los adolescentes de altas capacidades con niveles de alta exigencia personal una discrepancia entre el ajuste a las expectativas propias o de otros y la confianza en poder cumplir dichas expectativas (Sastre-Riba, 2012). Esto les llevaría a disminuir su rendimiento o a evitar las tareas y responsabilidades encomendadas (Sastre-Riba, 2012), lo que a su vez aumentaría la discrepancia y la presión por cumplir las exigencias propias de su edad y nivel cognitivo, formándose así una especie de círculo vicioso, donde cada vez la alternativa del suicidio como escape a estas exigencias aparece como más plausible. Debido a ello, sería importante promover un estilo cognitivo en estos adolescentes de altas capacidades basado en un perfeccionismo más sano, donde lo importante sea el esfuerzo personal más que el resultado, de modo que sean capaces de aprovechar todo su potencial en vez de inhibirlo (Sastre-Riba, 2012). En este sentido, sería interesante trabajar con padres y profesores para que favorezcan un entorno donde se promuevan estos valores. Según esto, en la medida que se pueda guiar a los adolescentes de altas capacidades hacia un adecuado manejo de la responsabilidad, la exigencia y el perfeccionismo, presumiblemente se reducirá la ideación suicida.

Los adolescentes han sido identificados como grupo prioritario en términos de prevención del suicidio y la presencia de psicosis ha sido bien establecida como factor de riesgo para el suicidio (Batty et al., 2010), la presente investigación, al estudiar la relación entre CI e ideación suicida en estos grupos, permite comprender mejor la génesis de la conducta suicida, evaluando los factores que la expliquen de manera adecuada, y, por tanto,

mejorar su prevención y detección precoz en este colectivo de riesgo (Ceballos-Ospino et al., 2015; Silva et al., 2017).

9. Conclusiones

El suicidio es una de las mayores causas de mortalidad en población adolescente (OMS, 2016), pero sus causas están todavía poco estudiadas. La presente investigación encuentra una relación positiva entre alto CI e ideación suicida en adolescentes psiquiátricos de la provincia de Salamanca.

La elaboración de esta investigación ha seguido la planificación propuesta, si bien se han solapado algunas de las fases para un mejor aprovechamiento del tiempo ya que fue necesario ampliar el tiempo dedicado a la recogida de datos para conseguir una muestra mayor, solapándose así con la redacción de la parte teórica de la memoria. En cuanto a la metodología utilizada, ha sido la adecuada para el tipo de hipótesis propuesta y el tamaño de muestra finalmente obtenido.

Una de las limitaciones del presente estudio se encuentra en el tamaño de muestra, que, al ser pequeño, no permite el uso de técnicas de análisis estadístico más potentes, por lo tanto, solo muestra asociación, no causalidad.

Además, con respecto al género, se obtiene otra limitación de la investigación, ya que la muestra no fue homogénea respecto al número de varones y mujeres objeto de estudio, lo que podría afectar a los resultados al no haberse controlado esta variable extraña.

Una última limitación se debe a la especificidad de la muestra al estar muy constreñida geográficamente y ser un tipo de población de difícil acceso, lo que impidió realizar muestreos aleatorizados.

Serían necesarios futuros estudios con un diseño experimental y con un tamaño de muestra mayor para poder comprobar si la relación entre CI e ideación suicida es causal o solamente correlacional.

Por otro lado, futuros estudios con un tamaño de muestra mayor, permitirían la aleatorización de la muestra y replicar la investigación dividiendo la muestra por género para determinar si las conclusiones se cumplen en ambos géneros. En este sentido, futuros estudios donde se pudiera contar con muestras representativas de adolescentes de ambos géneros, aumentarían la posible generalización de los resultados.

Por último, futuros estudios deberían replicar la presente investigación en otras zonas geográficas y tipos de centros, por ejemplo, hospitales…

Los resultados de esta investigación, donde se encuentra una relación positiva entre alto CI e ideación suicida en adolescentes psiquiátricos de la provincia de Salamanca, permiten profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo tempranos asociados al riesgo de suicidio en adolescentes, siendo posible mejorar así las estrategias de prevención dirigidas a este colectivo.

10. Referencias bibliográficas

Agerbo, E., Mortensen, P. B., Eriksson, T., Qin, P., y Westergaard-Nielsen, N. (2001). Risk of suicide in relation to income level in people admitted to hospital with mental illness: Nested case-control study. *British Medical Journal*, *322*, 334–335. doi:10.1136/bmj.322.7282.334

Alaräisänen, A., Miettunen, J., Lauronen, E., Räsänen, P., y Isohanni, M. (2006). Good school performance is a risk factor of suicide in psychoses: A 35-year follow up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*, 357–362. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00800.x

Amezcua Membrilla, J.A., Pichardo Martínez, M.C. y Fernández de Haro, E. (2002). Importancia del clima social familiar en la adaptación personal y social de los adolescentes. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología, 55(4),* 575-590.

Andersson, L., Allebeck, P., Gustafsson, J. E., y Gunnell, D. (2008). Association of IQ scores and school achievement with suicide in a 40-year follow-up of a Swedish cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*(2), 99–105. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01171.x

Batty, G. D., Kivimäki, M., Bell, S., Gale, C. R., Shipley, M., Whitley, E., y Gunnell, D. (2018). Psychosocial characteristics as potential predictors of suicide in adults: an overview of the evidence with new results from prospective cohort studies. *Translational Psychiatry*, *8*(22), 1–15. doi:10.1038/s41398-017-0072-8

Batty, G. D., Whitley, E., Deary, I. J., Gale, C. R., Tynelius, P., y Rasmussen, F. (2010). Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: Cohort study of 1 109 475 Swedish men. *British Medical Journal*, *340*, 1–8. doi:10.1136/bmj.c2506

Beck, A. T., Kovacs, M., y Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*(2), 343–352. doi:10.1037/0022-006X.47.2.343

Bobes, J., Bousoño, M., Al-Halabí, S., Burón, P., Garrido, M., Díaz-Mesa, E. M., … Bobes, J. (2017). Substance use or abuse, internet use, psychopathology and suicidal ideation in adolescents. *Adicciones*, *29*(2), 97–104. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de https://www.unioviedo.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2017-Bousoño-et-al-Uso-y-abuso-Adicciones.pdf

Ceballos-Ospino, G. A., Suarez-Colorado, Y., Suescún-Arregocés, J., Gamarra-Vega, L. M., González, K. E., y Sotelo-Manjarres, A. P. (2015). Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, *12*(1), 15–22.

Cortés, A. (2013). Conducta suicida, adolescencia y riesgo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *30*(1), 132–139. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0864-21252014000100013ylng=esynrm=iso

Cuesta-Revé, D. (2017). Aspectos epidemiológicos del suicidio en adolescentes. *Revista Mexicana de Pediatría*, *84*(2), 72–77. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de www.medigraphic.com/rmp

De Catanzaro, D. (1980). Human suicide: A biological perspective. *The Behavioral and Brain Sciences*, *3*, 265–290. doi:10.1017/S0140525X0000474X

González Macip, S., Díaz Martínez, A., Ortiz León, S., González Forteza, C., y González Núñez, J. de J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, *23*(2), 21–30. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de www.medigraphic.org.mx

Gunn III, J. F. (2017). The Social Pain Model Understanding Suicide Through Evolutionary Psychology. *Crisis*, *38*(5), 281–286. doi:10.1027/0227-5910/a000510

Gunnell, D., Magnusson, P. K. E., y Rasmussen, F. (2004). Low intelligence test scores in 18 year old men and risk of suicide: Cohort study. *British Medical Journal*, *330*, 167–170. doi:10.1136/bmj.38310.473565.8F

Hume Figueroa, M. (2005). Inteligencia, neurosis y conducta suicida. *Docencia e Investigación*, *30*(15), 151–190. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/8032/Inteligencia_neurosis_y_conducta_suicida.pdf?sequence=1yisAllowed=y

Instituto Nacional de Estadística. (2016). Defunciones según la causa de muerte. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947

Kaltiala-Heino, R., Rimpela, M., Marttunen, M., Rimpela, A., y Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, *319*, 348–351. doi:10.1136/bmj.319.7206.348

Lester, D. (1993). Intelligence and suicide in France: An ecological study. *Psychological Reports*, *73*, 1226.

Lester, D. (1995). Intelligence and suicide in Ireland and the United Kingdom. *Psychological Reports*, *77*, 122. doi:10.2466/pr0.1995.77.1.122

Lester, D. (2000). *Why people kill themselves: A 2000 summary of research on suicide*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Lester, D. (2003). National Estimates of IQ and Suicide and Homicide Rates. *Perceptual and Motor Skills*, *97*, 206. doi:10.2466/pms.2003.97.1.206

Martín Andrés, A., y Luna del Castillo, J. (1994). *Bioestadística para las Ciencias de la Salud*. Madrid: Ediciones Norma.

Morales-Vives, F., y Dueñas, J. M. (2018). Predicting Suicidal Ideation in Adolescent Boys and Girls: The Role of Psychological Maturity, Personality Traits, Depression and Life Satisfaction. *The Spanish Journal of Psychology*, *21*(10), 1–12. doi:10.1017/sjp.2018.12

Moya y Ollé, J. (2008). La conducta suicida en adolescentes sus implicaciones en el ámbito de la Justicia juvenil. *Intervención Psicoeducativa En La Desadaptación Social*, *1*, 29–36. doi:10.11600/1692715x.1512729042016

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Datos y crifras sobre el suicidio: infografía*. World Health Organization. Recuperado el 23 de octubre de 2018, de http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Prevención del suicidio (SUPRE)*. World Health Organization. Recuperado el 23 de octubre de 2018, de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Rook, A. (1959). Student suicides. *British Medical Journal*, *1*, 599–603. doi:10.1136/bmj.1.5122.599

Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. A. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles Del Psicólogo*, *35*(2), 181–192. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de http://www.papelesdelpsicologo.es

Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3* (1), 141-157.

Sastre-Riba, S. (2012). Alta capacidad intelectual: perfeccionismo y regulación metacognitiva. *Revista de Neurología, 54(Supl.1),* S21-S29.

Silva, D., Valdivia, M., Vicente, B., Arévalo, E., Dapelo, R., y Soto, C. (2017). Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *22*(1), 33–42. doi:10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.16170

Simón, A., y Sanchís, F. (2010). Perfil personal de adolescentes con ideación suicida patológica. *Rev Apuntes de Psicología*, *28*(3), 443–455.

Siverio Eusebio, M., y García Hernández, M. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de Psicología, 23* (1), 41-48.

Soler, M., Martínez, A., Martínez, L., Trenchs, S. V., Picouto, G. M., Villar, F. C., y Luaces, C. C. (2016). Epidemiological characteristics in suicidal adolescents seen in the emergency department. *Anales de Pediatría*, *85*(1), 13–17. doi:10.1016/j.anpede.2015.04.013

Sörberg, A., Allebeck, P., Melin, B., Gunnell, D., y Hemmingsson, T. (2013). Cognitive ability in early adulthood is associated with later suicide and suicide attempt: the role of risk factors over the life course. *Psychological Medicine*, *43*(01), 49–60. doi:10.1017/S0033291712001043

Toro, R. A., Avedaño, B. L., y Castrillón, D. A. (2016). Design and psychometric analysis of the Hopelessness and Suicide Ideation Inventory “IDIS.” *Interactional Journal of Phychological Research*, *9*(1), 52–63. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de http://www.scielo.org.co/pdf/ijpr/v9n1/v9n1a06.pdf

Voracek, M. (2004). National intelligence and suicide rate: an ecological study of 85 countries. *Personality and Individual Differences*, *37*(3), 543–553. doi:10.1016/J.PAID.2003.09.025

Voracek, M. (2005a). National intelligence, suicide rate in the elderly, and a threshold intelligence for suicidality: An ecological study of 48 Eurasian countries. *Journal of Biosocial Science*, *37*(6), 721–740. doi:10.1017/S0021932004006959

Voracek, M. (2005b). The Social Ecology of Intelligence and Suicide in Belarus. *The Journal of Social Psychology*, *145*(5), 613–617. Recuperado el 20 de octubre de 2018, de https://pdfs.semanticscholar.org/3fe6/05af01e1f633d5b700a55b6d6114427a5e73.pdf

Voracek, M. (2006a). Regional intelligence and suicide rate in Denmark. *Psychological Reports*, *98*(3), 671–674. doi:10.2466/pr0.98.3.671-674

Voracek, M. (2006b). Smart and suicidal? The social ecology of intelligence and suicide in Austria. *Death Studies*, *30*(5), 471–485. doi:10.1080/07481180600614591

Voracek, M. (2007a). National Differences in Intelligence and Population Rates of Suicidal Ideation, Suicide Plans, and Attempted Suicide. *Perceptual and Motor Skills*, *105*(2), 355–361. doi:10.2466/pms.105.2.355-361

Voracek, M. (2007b). National intelligence and suicide rate across Europe: An alternative test using educational attainment data. *Psychological Reports*, *101*(2), 512–518. doi:10.2466/pr0.101.2.512-518

Voracek, M. (2007c). Regional Intelligence and Suicide Rate: New Data for Australia and a Synthesis of Research. *Perceptual and Motor Skills*, *105*(1), 191–196. doi:10.2466/pms.105.1.191-196

Wechsler, D. (2005). *Escala de Inteligencia de Wechsler para niños-IV (WISC-IV).* Madrid: PEARSON Clinical.

11. Anexos

11.1 Calendario de trabajo

Etapes i Tasques/ Activitats de seguiment (PACs)	OCTUBRE		NOVEMBRE				DESEMBRE				GENER		
Setmanes	**S3**	**S4**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S1**	**S2**	**S3**	**S4**	**S1**	**S2**	**S3**
0. Acordar conjuntament amb el consultor quina temàtica s'abordarà i la organització del procés de desenvolupament del TFG													
1. Elecció del tema													
….1.1. Identificar un tema													
… 1.2. Portar a terme una cerca documental sobre el tema escollit													
....1.3. Establir objectius i plantejar hipòtesis de treball													
2. Planificació del treball													
….2.1. Identificar els elements fonamentals del TFG													
....2.2. Organitzar elements fonamentals del treball													
....2.3. Temporalitzar les diferents fases del treball													
3. Desenvolupament del treball													
….3.1. Seleccionar les fonts fonamentals per a la construcció del marc teòric de referència del TFG													
….3.2. Integrar el coneixement per construir el marc teòric													
….3.3. Recollir, analitzar i interpretar les dades obtingudes													
….3.4. Expressar-se correctament amb domini del llenguatge del camp científic en català, castellà o en una tercera llengua													
4. Lliurament de la memòria													
....4.1. Comunicar de forma correcta la informació													

11.2 Modelo del consentimiento informado usado en el presente estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EVALUACION PSICOLÓGICA DE MENOR

D.ª ……, mayor de edad, con DNI……, y domicilio en ……., madre/padre del menor …….…… **MANIFIESTA**

Que consiente en la participación/colaboración de la **evaluación psicológica** de su hijo/hija de _____ años de edad, llevada a cabo por D./Dña. _____, que cumple funciones como psicólogo y que responde a la demanda de _____, con el objetivo de _____

1.- INFORMACION

Que estoy informada de que la participación de mi hijo/hija menor consiste en asistir a las entrevistas programadas y en que se le apliquen cuantas pruebas psicológicas se consideren pertinentes.

En el caso de que se estime necesario, consiento/no consiento en que se registre la exploración mediante medios audio-visuales.

Que ha sido informado/a de que la información aportada al psicólogo durante un proceso judicial no está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, puede ser hecha pública en el informe resultante así como en la ratificación del mismo ante el Juzgado correspondiente o en la propia vista oral.

2. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de formación y solamente por parte del equipo de terapeutas que desempeña su labor en el centro, guardándose siempre sus datos personales en un lugar seguro de tal manera que ninguna persona ajena pueda acceder a esta información y atendiendo a un estricto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal.

En ningún caso se harán públicos sus datos personales, siempre garantizando la plena confidencialidad de los datos y el riguroso cumplimiento del secreto profesional en el uso y manejo de la información y el material obtenidos.

3. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, D./Dña. ..... he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones en él facilitadas acerca de la grabación de las sesiones de psicoterapia y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional para el equipo de terapeutas del centro.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO la participación de mi hijo/hija menor consiste en asistir a las entrevistas programadas y en que se le apliquen cuantas pruebas psicológicas se consideren pertinentes.

4.- DECLARACION DE AUSENCIA DEL OTRO PROGENITOR

En el caso de que el otro progenitor esté ausente y no se pueda programar una reunión para manifestar de forma expresa (y documentada) su desacuerdo para que se lleve a cabo la intervención con el menor/los menores, se podrá entender que basta con el consentimiento del progenitor que tiene la guarda y custodia, declarando en este acto D./Dña. …… que no hay posibilidad alguna de comunicación con el otro progenitor para el que manifieste su consentimiento, dada la situación de ausencia del hecho.

Se adjunta declaración jurada de la abajo firmante que acredita la ausencia del progenitor no custodio como documento nº 1.

En ....., a ..... de ..... de 20.....

Firmado: Firma del psicólogo

Colegiado nº

11.3 Análisis estadístico.

- Test de Wilcoxon para muestras independientes
  Primero se organizan los datos obtenidos en una Tabla 2x2:

CI / IS	AC	CP
x_i	f_i	f_i
0	f_1=3	13
1	f_2=8	6
Totales	n_1=11	n_2=19

  Como n_1=11< n_2=19, se cumple la condición para poder realizar el test de Wilcoxon.
  Así, se pueden considerar los dos grupos como una sola muestra de tamaño: n_1+n_2=11+19=30=N.
  Por ello, si no hubiera empates, los rangos a asignar irían de 1 a 30.
  Los 3+13=16 ceros ocupan las primeras 16 posiciones, todos con rango (1+16)/2=8,5=r_0.
  Los 8+6=14 unos ocupan las posiciones 17 a 30, todos con rango (17+30)/2=23,5=r_1.
  La suma de los rangos de los elementos de la muestra de menor tamaño (AC) será:
  $f_1xr_0+f_2xr_1$=3x8,5+8x23,5=25,5+188=213,5=$R_{EXP.}$

- Riesgo relativo
  Primero se organizan los datos obtenidos en una tabla 2x2:

CI / IS	AC	CP	Totales
1	O_{11}=8	O_{12}=6	F_1=14
0	O_{21}=3	O_{22}=13	F_2=16
Totales	C_1=11	C_2=19	N=30

  Se aplica la fórmula con los datos de la tabla anterior:
  $\hat{R}=(O_{11}xC_2)/(O_{12}xC_1)$=(8x19)/(6x11)=152/66=2,30.

- Razón del producto cruzado (odds ratio):
  Se usan los datos de la misma tabla anterior y se aplica la fórmula:
  $\hat{O}=(O_{11}xO_{22})/(O_{12}xO_{21})$=(8x13)/(6x3)=104/18=5,78.