
ESTUDIO CLINICO

LAS TENTATIVAS DE SUICIDIO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA: APROXIMACION PARAMETRICO-EPIDEMIOLOGICA (BARCELONA).

Dres.: Gastaminza Pérez, X.; Alvarez Peña, M.; Venteo Méndez, M. P.; Tomás Vilaltella, J.

Hospital Infantil. Vall d'Hebrón. Barcelona.
Director: Prof. Angel Ballabriga

RESUMEN:

Se examinaron 85 casos de niños y adolescentes, estudiando sucesivamente: edad, sexo, CI, modalidad de la tentativa, presencia de los padres, relaciones de los padres, número de hermanos, lugar en la fratria, nivel socio-económico, desencadenante, número de tentativas, grado de afec-

tación clínica, fecha de la tentativa, y lugar de nacimiento y de residencia.

Palabras clave:

- Tentativa de suicidio. Infancia. Adolescencia.
- Attempted suicide. Children. Adolescent.

INTRODUCCION

Los suicidios y las tentativas de suicidio, en la infancia y adolescencia, han aumentado en las últimas décadas. Holinger (1) señala que en 1975, el índice de suicidios, entre los 15 y 19 años de edad, ha aumentado un 124% desde 1961. El suicidio en Estados Unidos, ha pasado de ser la cuarta causa de muerte, entre los 15 y 19 años, en 1969, a ocupar el tercer lugar en 1974 (2). En Francia, Davidson et Alter (3) encuentran en su estudio, desde 1936 a 1969, un aumento progresivo de las tasa de defunción por suicidio en los adolescentes, siendo la segunda causa de muerte después de los accidentes. Cerny (4) por su parte, refiere, un aumento de más del doble en los suicidios realizados por niños y adolescentes de 1954-1955 a 1964-1965.

Por otra parte, se ha de tener presente la infravaloración real existente en todos los estudios estadísticos del suicidio. El Centro para la Prevención del Suicidio de los Angeles estima que más del 50% de todos los suicidios son disimulados como accidentes (5). Hecho que probablemente sea mayor para los niños y adolescentes que para los adultos.

Este punto es resaltado por numerosos autores, como Duche (6) quien destaca como, especialmente los de los niños pequeños, son camuflados como accidentes. En este sentido existe un trabajo de Riquet —citado por Marcell (7)— que con un estudio estadístico comparativo concluye, encontrando una relación entre las muertes infantiles por suicidio y los accidentes.

Nos proponemos estudiar las tentativas de suicidio del adolescente y del niño sobre una muestra de 85 casos.

Concepto

El primero en emplear la palabra suicidio fue el Abate Desfontaines (1737) quien atendiéndose a su etimología (del latín: *sui*, de si mismo, y *caedere*, matar) lo definía como "meurtre de soimême".

Ahora bien tras y con la palabra suicidio, término de naturaleza descriptiva, se encuentran toda una serie de conductas suicidas variadas y diferentes. De aquí la dificultad de sistematizar una definición universal y la existencia de numerosas definiciones con distintos enfoques (sociológicos, psicopatológicos, antropológicos...) Como quiera que este aspecto sale de los objetivos de nuestro estudio, nos remitiremos a la revisión de Costa Molinari y colaboradores (8) y de Rojas (9) sobre este punto.

Nosotros como definiciones operativas utilizaremos las mismas que Duche (10)

Suicidio es la "muerte intencional de si mismo" (Baldwin)

Tentativa de suicidio: "suicidio errado, por diversas razones (medios inadecuados, intervención de otros, tratamiento eficaz...) (Schneider).

Material y método

Se han recogido 85 casos de niños y adolescentes que han hecho una tentativa de suicidio. El grupo está comprendido entre los 5 y los 20 años, encontrando 49 chicas (57,64%) y 36 chicos (42,35%), todos ellos residentes en la provincia de Barcelona menos uno (niña lla. residente en Torre del Mar Málaga).

Procedencia: 39 casos (45,9%) fueron atendidos por los facultativos del servicio de Paidopsiquiatría de la Clínica Infantil de la Residencia del Valle de Hebrón, y los restantes 46 casos (54,1%) proceden de otros 7 centros

hospitalarios (citados al final). En este sentido entre Diciembre de 1981 y Abril de 1982 se contactó personalmente con once centros hospitalarios que presumiblemente podían atender tentativas de suicidio infanto-juvenil. Contactando en cada centro, con todos los servicios que atendían las Urgencias y con los de Psiquiatría. En 73 casos (85,9%) se procedió a la recogida de datos revisando las historias clínicas o directamente por los autores en 12 casos (14,11%) fueron los propios Servicios los que rellenaron el protocolo.

Los 85 casos se dividieron en dos grupos, en función de la fecha de la tentativa.

1. Se agruparon las tentativas realizadas de Abril de 1981 a Marzo de 1982, siendo 38 casos (Muestra I, MI).

2. Con los casos anteriores al mes de Abril de 1981, 47 casos, se hizo otro grupo (Muestra II, MII).

Se hizo esta división inicialmente por considerar posible una diferencia de resultados entre los "últimos" casos recogidos en el plazo de un año (Abril-81 Marzo-82) frente a los "acumulados" con anterioridad, estudiándose en ambos grupos los mismos parámetros y correlaciones. (Anexo I). Utilizando finalmente esta división solo cuando se encontraron diferencias significativas ente las dos muestras.

RESULTADOS

Los 85 casos corresponden a 83 tentativas individuales y a un suicidio doble o pacto suicida (correspondiente a dos jóvenes de 13 años, una de las cuales perdió a su pareja, por lo que

hizo la tentativa, y su amiga la imitó "por solidaridad").

En cuanto a la incidencia no tenemos datos comparativos suficientes. De todas formas en la literatura revisada hemos encontrado una cierta concordancia. Así Mattson (11) encuentra que el 7% de las consultas de una clínica psiquiátrica infantil lo son por tentativas o amenazas serias, Lukianowichz (12) refiere un 8% y Leese la sitúa en un 10%. Por otra parte la conducta suicida es la causa única más frecuente de Urgencia Psiquiátrica Infanto-Juvenil con un frecuencia del 44% (11).

Examinaremos sucesivamente: Edad, sexo, nivel intelectual, procedimientos, medio familiar (padres, relaciones de los padres, conflictividad, fratría: nº hermanos, y lugar, nivel social) desencadenante, nº de tentativas, grado de afectación clínica, fecha de la tentativa, lugar de nacimiento y de residencia:

Tentativa de suicidio y edad

Se observa un aumento de incidencia con la edad, coincidiendo con otros trabajos (12, 14). Siendo la máxima incidencia a los 16 años. Duche (10) denomina a los 14-16 años momento fecundo para la tentativa de suicidio.

Encontramos en un 17,6% las tentativas en menores de 12 años cifra igual a la que da Toolan (5) y doble a la de Mattson (11). Es decir, las tentativas en la adolescencia son 4,7 veces más frecuentes que en la infancia.

De los 85 casos, 18 pertenecen a niños y 67 a adolescentes su distribución en función de la edad es la siguiente:

edad	n° de casos
5a.	3
6a.	2
7a.	3
8a.	2
9a.	2
10a.	0
11a.	3
12a.	3
13a.	10
14a.	10
15a.	5
16a.	17
17a.	8
18a.	3
19a.	6
20a.	8

Los rangos de las edades según las frecuencias observadas son los siguientes:

rango	edad	n° de casos
1°	16a.	17
2,5°	14a.	10
2,5°	13a.	10
4,5°	20a.	8
4,5°	17a.	8
6°	19a.	6
7°	15a.	5
10°	18a.	3
10°	12a.	3
10°	11a.	3
10°	7a.	3
14°	9a.	2
14°	6a.	2
16°	10a.	0

La representación gráfica (fig. 1) muestra una curva con una subida muy alta a los 16a. precedida de un ascenso rápido a los 18a. Similar a la hallada por Duche (6), coincidiendo por tanto en la diferenciación según la edad de 2 grupos: hasta 12a. y mayores de 13a.

TENTATIVA DE SUICIDIO Y SEXO

A. En las hembras.

De las 85 observaciones 49 son de chicas, es decir el 57,64% del total. Entre ellas encontramos a 4 niñas y a 45 adolescentes. Su distribución por edades es la siguiente:

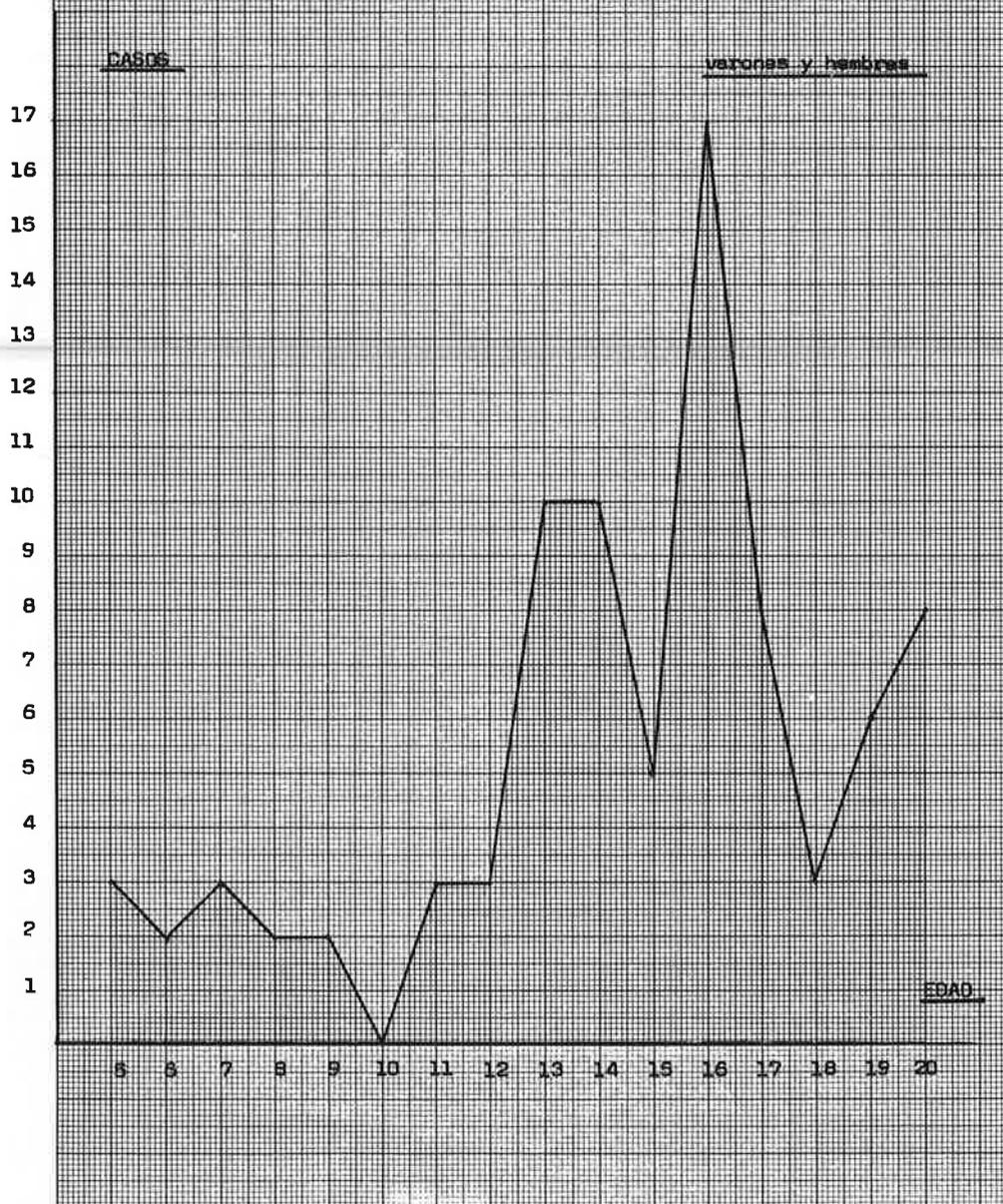
edad	n° de casos
8a.	1
9a.	1
10a.	0
11a.	2
12a.	0
13a.	9
14a.	6
15a.	4
16a.	13
17a.	2
18a.	1
19a.	5
20a.	5

B. En los varones.

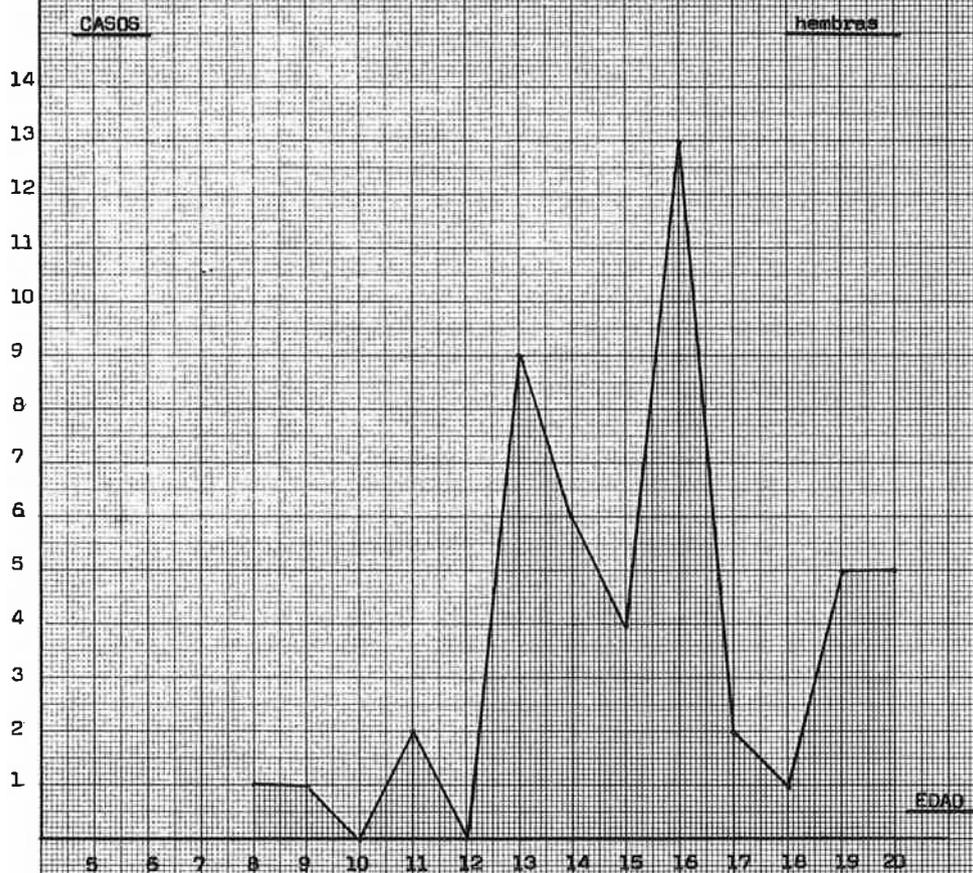
De las 85 observaciones, 36 son de varones, el 42,35% del total. Encontramos 14 niños y 22 adolescentes. Las frecuencias de casos se reparten así en función de la edad:

edad	n° de casos
5a.	3
6a.	2
7a.	3
8a.	1
9a.	1
10a.	0
11a.	1
12a.	3
13a.	1
14a.	4
15a.	1
16a.	4
17a.	6
18a.	2
19a.	1
20a.	3

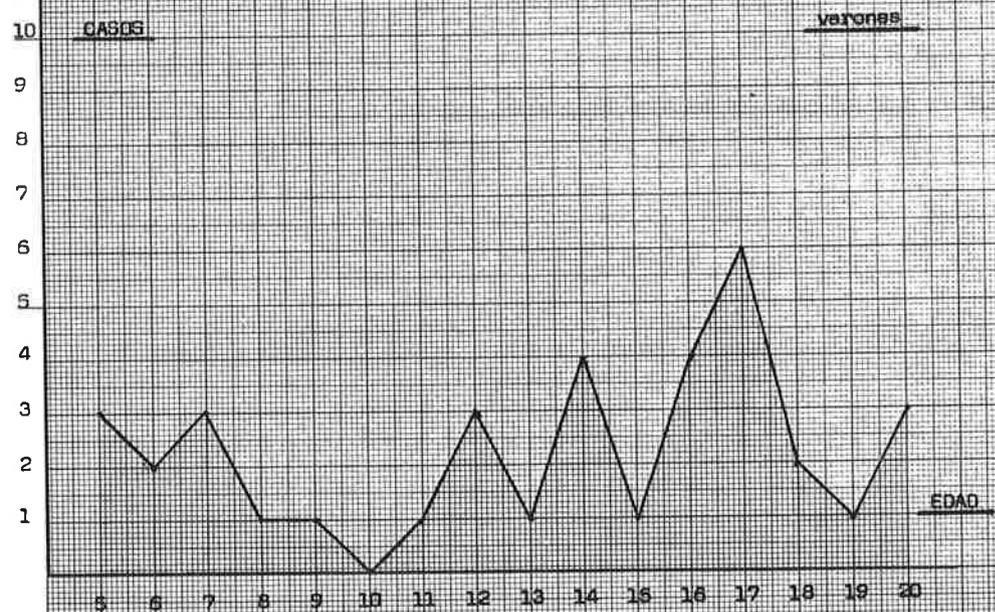
Tentativa de suicidio y edad (Fig. 1)



Tentativa de suicidio y sexo (FIG 2)



Intentos de suicidio y sexo (FIG. 3)



Globalmente existe una mayor proporción de tentativas en las chicas: 1,36 por cada chico. Proporción que varía al considerar separadamente infancia (hasta 12a.) y adolescencia. En efecto en la infancia predomina el sexo masculino: 2,75 varones por cada niña mientras que para los adolescentes la proporción se invierte, predominando el sexo femenino: 1,8 chicas por uno.

En ambos sexos las tentativas de suicidio son más frecuentes durante la adolescencia aunque en distinta proporción. Así en la chica las tentativas de suicidio son 11,2 veces más frecuentes en la adolescencia, mientras que en los chicos 1,5 veces más.

Resultados que están en las líneas de los distintos estudios estadísticos (4, 5, 6, 10, 15 y 16) aunque encuentran estas diferencias más acentuadas.

Por otro lado llama la atención como para las chicas no hay, en nuestra muestra ningún caso hasta los 8 años (1 caso), mientras que en los chicos tenemos ya a los 5 años tres casos (8 antes de los 8 años)

En cuanto a las representaciones gráficas siguen una distribución similar que, en las chicas se presenta, a partir de los 11 años como si fuera un año adelantada con respecto a la curva de los chicos.

TENTATIVA DE SUICIDIO Y C.I.

A. Niños

Se ha podido establecer el C.I. únicamente en 7 casos. Obtenemos una media $m = 95$, y una desviación tipo $s = 21,5$. Con un riesgo de error $\alpha = 0,05$ y $? = 6$ podemos afirmar que esta muestra proviene de una población normal.

B. Adolescentes

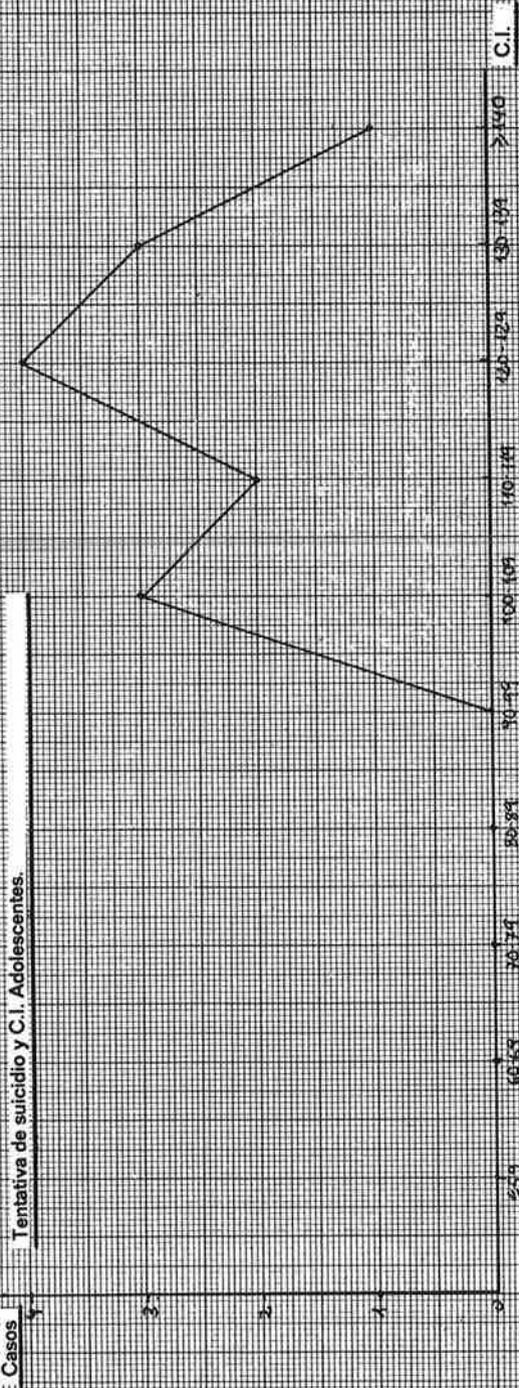
Poseemos el C.I. de 13 casos. Obtenemos una media $m = 121,3$ y una desviación tipo $s = 13,8$. Con un riesgo de error $\alpha = 0,05$ y $? = 12$, no podemos afirmar que esta muestra proviene de una población normal, ya que existe una diferencia significativa entre los estadísticos obtenidos y los parámetros poblacionales.

Este resultado en los adolescentes no coincide con otros autores, quienes no encuentran nada en relación con el nivel intelectual (7, 13, 17) hallan unos valores correspondientes a una población encontrada al azar (10) tal como ocurre en nuestra muestra con los niños.

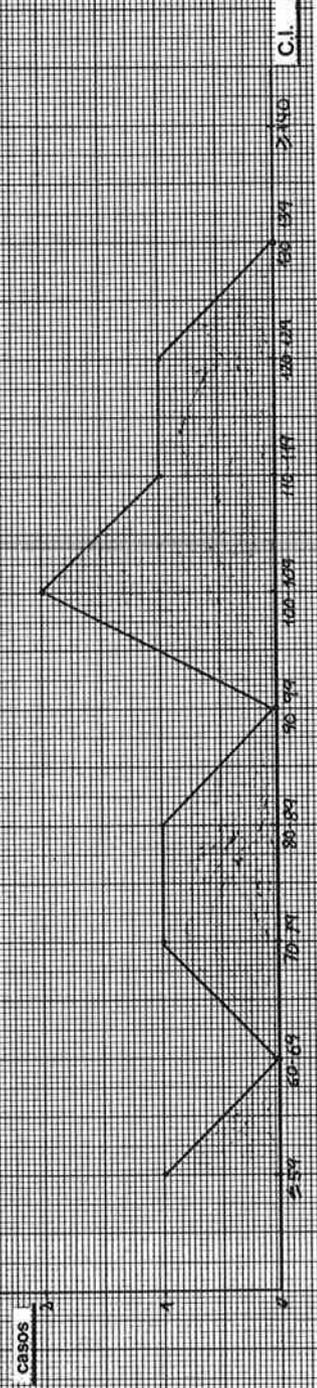
Esta divergencia posiblemente sea resultado del corto número de casos en que se determino el C.I. (Weschler).

Obteniéndose las siguientes representaciones gráficas (Fig. 4 y 5)

Tentativa de suicidio y C.I. Adolescentes.

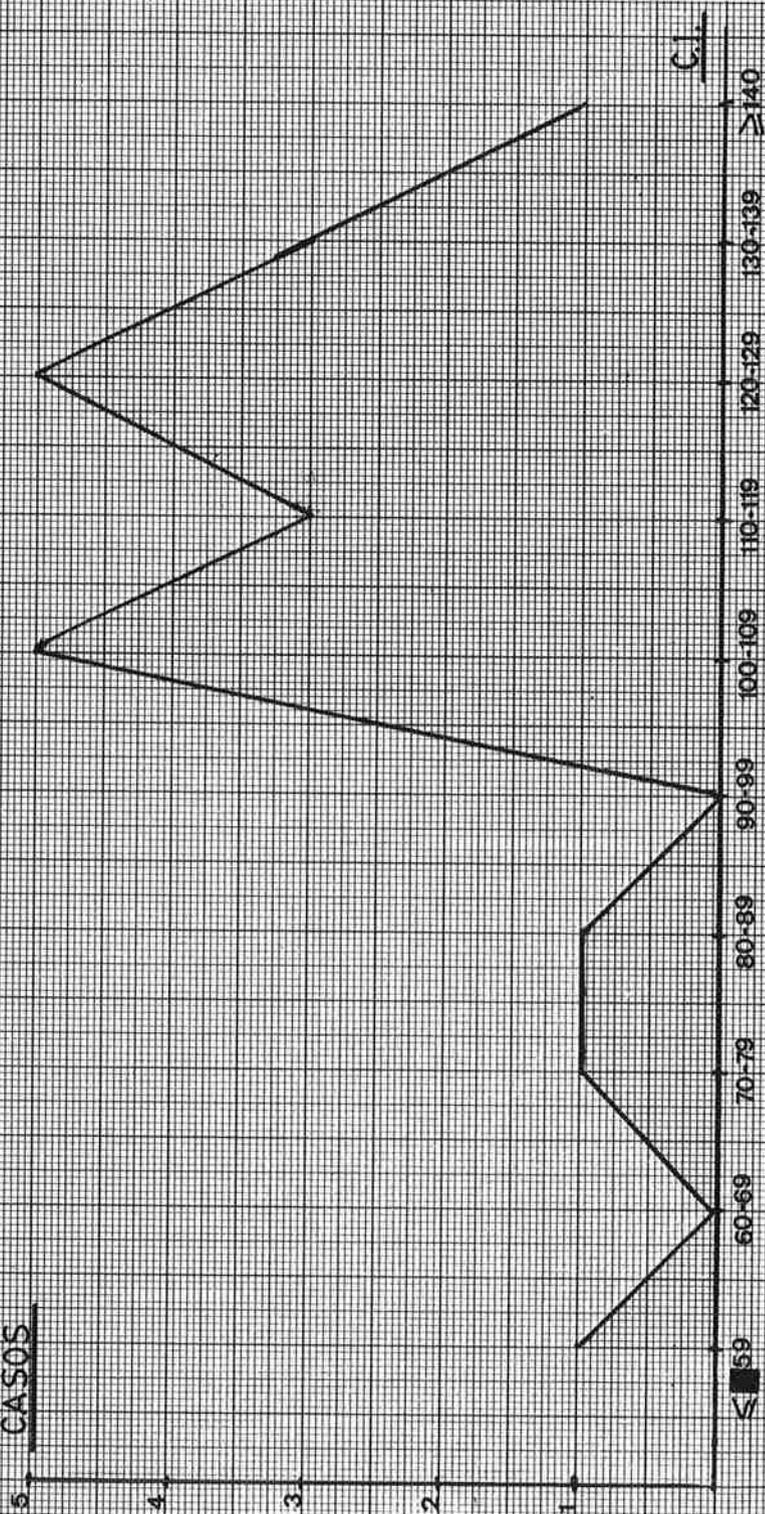


Tentativa de suicidio y C.I. Niños.



Tentativa de suicidio y C.I.

CASOS



MODALIDAD DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO

A. Niños

modalidad	casos	% de niños	% del total
Intoxicación	8	44,44	9,41
Precipitación desde alturas	4	22,22	4,70
Arma blanca	3	16,66	3,52
Varios métodos conjuntamente	1	5,55	1,77
Ahorcamiento	1	5,55	1,17
Desconocido	1	5,55	1,77
Gas	0	0	0

A. Adolescentes

modalidad	casos	% de adol.	% del total
Intoxicación	61	91,04	71,76
Precipitación desde alturas	3	4,47	3,52
Arma blanca	2	2,98	2,35
Gas	1	1,49	1,17
Varios	0	0	0
Ahorcamiento	0	0	0

La intoxicación es el método más utilizado tanto en niños como en adolescentes, aunque se encuentra en proporciones notablemente superiores en los segundos.

El uso de la intoxicación en función de la edad es el siguiente:

edad	varones	hembras	Total	% por edad
12a	3	0	3 de 3	100
13a	1	9	10 de 10	100
14a	4	6	10 de 10	100
15a	1	4	5 de 5	100
18a	2	1	3 de 3	100
16a	4	11	15 a 17	88,23
20a	2	5	7 de 8	87,50
19a	1	4	5 de 6	83,33

edad	varones	hembras	total	% por edad
19a	1	4	5 de 6	83,33
17a	4	2	6 de 8	75
11a	1	1	2 de 3	66,6
9a	0	1	1 de 2	50
8a	1	0	1 de 2	50
7a	1	0	1 de 3	33,3

Elementos usados en la intoxicación

A. Niños.

	casos	% niños	% del total
Hipoanalgésicos y analgésicos - antipiréticos	1	12,5	1,44
Neurolépticos y tranquilizantes	1	12,5	1,44
Parasimpaticomiméticos	1	12,5	1,44
Tuberculostáticos	1	12,5	1,44
Varios conjuntamente	2	25	2,89
Desconocido	2	25	2,89

B. Adolescentes

	casos	% adol.	% del total
Hipoanalgésicos y analgésicos - antipiréticos	18	29,50	26,08
Hipnóticos y sedantes	6	9,83	8,69
Neurolépticos y tranquilizantes	15	24,5	21,73
Antitusígenos	2	3,27	2,89
Varios conjuntamente	12	19,67	17,39
Otros	3	4,91	4,34
Desconocido	5	8,19	7,24

El segundo procedimiento más empleado es la Precipitación desde alturas. Su distribución es la siguiente:

edad	varones	hembras	total	% por edad
6a	2	0	2 de 2	100
11a	0	1	1 de 3	33,33
5a	1	0	1 de 3	33,33
19a	0	1	1 de 6	16,66
20a	1	0	1 de 8	12,50
17a	1	0	1 de 8	12,50

La tercera modalidad más empleada es el Arma blanca.

edad	varones	hembras	total	% por edad
7a	1	0	1 de 3	33,33
5a	1	0	1 de 3	33,33
8a	0	1	1 de 2	50
17a	1	0	1 de 8	12,50
16a	0	1	1 de 17	5,88

Las diferentes modalidades en función del sexo:

A. Niños.

Modalidad	varones	hembras	total
Intoxicación	6	2	8
Precipitación alturas	3	1	4
Arma blanca	2	1	3
Varios métodos conjuntamente	1	0	1
Ahorcamiento	1	0	1
Desconocido	1	0	1

B. Adolescentes.

Modalidad	varones	hembras	total
Intoxicación	19	42	61
Precipitación alturas	2	1	3
Arma blanca	1	1	2
Gas	0	1	1

La ingesta de tóxicos es el método más frecuentemente usado: 81,17%. Procedimiento más utilizado por las chicas: 44 (89,7%) que por los chicos 25 (69,4%). Es el método habitual en la adolescencia, el 91,4% de las tentativas del adolescentes utilizaron tóxicos mientras que solo lo utilizaron el 33,3% de los niños.

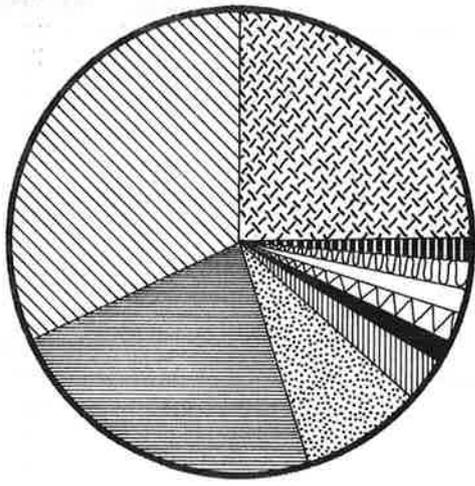
Los niños, a diferencia de los adolescentes, utilizan preferentemente métodos violentos el 66,6%. Aspecto ya observado por varios autores (18,7) señalando así Marcelli "como cuanto más joven es el niño más brutal violento y traumático es el método utilizado.

En cuanto a la tentativa de suicidio por medio de la intoxicación (ingesta de tóxicos) si hemos encontrado dife-

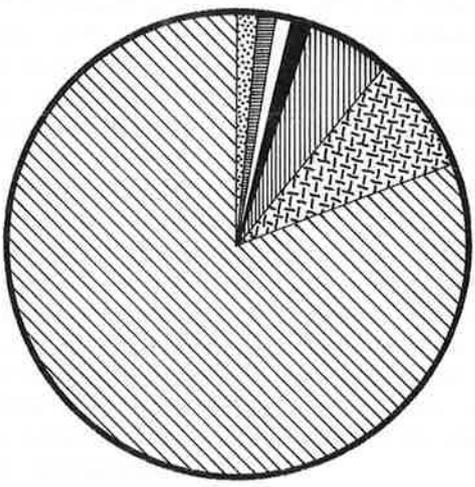
rencias significativas entre la Muestra I (MI) y la Muestra II (MII). En efecto, en la MI el 97,36% de las tentativas lo fueron por intoxicación (con un caso 2,63% por gas), mientras que en la Muestra II (MII) desciende al 68,08% (32 casos) el número de tentativas por ingesta de tóxicos. Diferencia que pensamos es consecuencia de varios distintos factores desde que la MI incluye una muestra importante "hospitalaria" que se fue a "buscar" hasta las variaciones modificaciones "con el dicurrir del tiempo (divulgaciones, cambios culturales,...) ya señalados por Luckianowicz (12). No encontrándose diferencias significativas en el resto.

Resultados que se expresan gráficamente en las figuras 6 y 7.

Elementos usados en la intoxicación

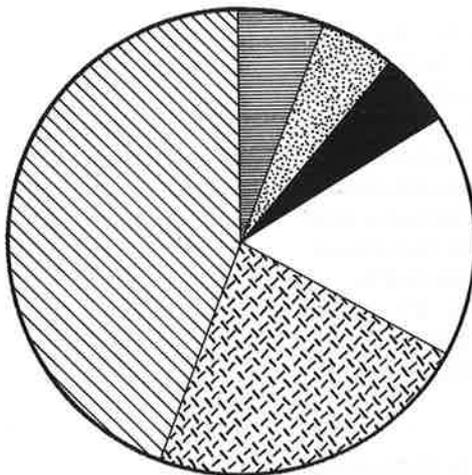


Modalidad de la tentativa de suicidio



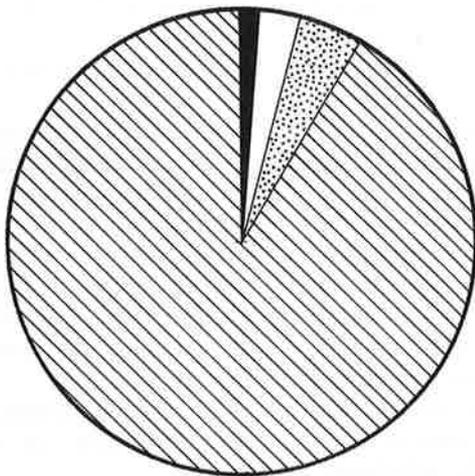
Modalidades de la tentativa de suicidio

Niños



- intoxicación
- precipit. alturas
- arma blanca
- varios métodos conjuntamente
- ahorcamiento
- deconocido

Adolescente



- intoxicación
- precipit. alturas
- arma blanca
- gas

MEDIO FAMILIAR

Son numerosos los trabajos que se refieren a este aspecto resaltando su importancia. Así Leese (13) encuentra en su casuística un 65% de casos con "broken houses", Mattson (11) halla en un 54,6% de niños con conducta suicida han tenido experiencia de pérdida de uno o ambos padres. Otros autores dan otras cifras: familia disociada en un 48,9% (3), en un tercio (14) familia inestable (divorciada o separada) en 2/3. Hallazgos con los que se plantea diversas hipótesis, observaciones y análisis dinámicos como en (12, 5, 10) hablándose del rol de los padres (20) o incluso de "inducción de los padres" tras la conducta suicida (21).

Dentro de este apartado estudiaremos: personas con las que convive, relaciones entre los padres, conflictividad en el ambiente, número de elementos que constituyen la familia y lugar que ocupa en ella.

Personas con las que convive

No se tienen datos de las personas con las que convive el chico en 34 casos (40% del total).

En el 78,4% viven con los dos padres, resultado elevado de la situación real, puntual, en el momento de la tentativa, pero no revelador de las posibles experiencias vivenciales o sentimientos de pérdida experimentados. Destaca la comparativamente alta frecuencia de adolescentes femeninas que viven con un solo padre 9,8%.

La distribución de los 51 niños restantes, en función de las personas que conviven con ellos es la siguiente tabla (Tabla 1)

Relaciones matrimoniales de los padres

Tenemos datos suficientes en 37 casos, o sea el 43,52% del total.

Mostrando unas relaciones alteradas en un 89,1%; siendo inexistentes en un 29,72%.

La distribución de los resultados viene en la Tabla II.

Conflictividad en el ambiente

No disponemos de suficientes datos en 36 casos (42,35% del total).

Se encuentra un ambiente conflictivo en un 91,83%. Presentando la mayor frecuencia de conflictividad en la infancia los varones (22,44%), mientras que son las chicas en la adolescencia las que presentan la mayor frecuencia.

La Tabla III expresa la distribución de los 49 casos de que disponemos datos.

TABLA I

Personas que conviven con el niño

	niños			
	o		o	
	casos	%	casos	%
vive con los dos padres	8	15,6	1	1,96
vive con un padre	3	5,88	1	1,96
no vive con ninguno	1	1,96	0	0

	adolescentes			
	o		o	
	casos	%	casos	%
vive con los dos padres	12	23,5	19	37,2
vive con un padre	0	0	5	9,8
no vive con ninguno	1	1,96	0	0

total

casos	%
40	78,43
9	17,64
2	3,92

TABLA II

Relaciones matrimoniales de los padres

	niños			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
armónicas	1	2,7	0	0
alteradas	7	18,9	0	0
inexistentes	6	16,2	0	0

	adolescentes			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
armónicas	2	5,4	1	2,7
alteradas	7	18,9	8	21,6
inexistentes	1	2,7	4	10,8

total	
4	10,8
22	59,45
11	29,72

TABLA III

Ambiente

	niños			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
conflictivo	11	22,44	2	4,08
no conflictivo	1	2,04	0	0

	adolescentes			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
conflictivo	10	20,04	22	44,89
no conflictivo	2	4,08	1	2,04

total	
casos	%
45	91,83
4	8,16

FRATRÍA

Conocemos la fratria en 54 casos, el 63,53% del total.

nº de hermanos	varones	hembras	total
1	2	1	3
2	17	10	27
3	4	5	9
4	2	5	7
5	2	1	3
6	1	1	2
7	1	0	1
8	0	2	2

LUGAR EN LA FRATRÍA:

	nº de casos	%
hijos únicos	3	5,55
primogénitos	22	40,74
benjamines	19	35,18
posición intermedia	10	18,51

NIÑOS

Conocemos la fratria de 17 niños, su distribución es la siguiente:

nº de hermanos	varones	hembras	total
1	1	0	1
2	10	1	11
3	1	1	2
4	0	0	0
5	1	0	1
6	1	0	1
7	0	0	0
8	0	1	1

	nº de casos	% niños	% del total
hijos únicos	1	5,88	1,85
primogénitos	6	35,29	11,11
benjamines	10	58,82	18,51
posición intermedia	0	0	0

ADOLESCENTES

Conocemos la fratria de 37 adolescentes, se distribuyen asi:

nº de hermanos	varones	hembras	total
		1	1
		2	
2	7	9	16
3	3	4	7
4	2	5	7
5	1	1	2
6	0	1	1
7	1	0	1
8	0	1	1

	nº de casos	% adol.	% del total
hijos únicos	2	5,4	3,07
primogénitos	16	43,24	29,62
benjamines	9	24,32	16,66
posición intermedia	10	27,07	18,51

Siendo así lo más frecuente (50%) ser dos hermanos (tanto en la infancia como en la adolescencia), no coincidiendo con la opinión de Marcelli, quien señala la predominancia de las familias numerosas (7), ni con la idea de mayor incidencia en los hijos únicos. Siendo los resultados similares a los obtenidos por Duche (10).

Por otra parte se recoge un ligero predominio global de primogénitos (40,7%) seguido a continuación (35,1%) de los benjamines.

Predominio de primogénitos que si bien no ratifica la "desproporcionada representación de los primogénitos" que encuentra Toolan (5) tampoco la contraría como Duche. (10), quien sólo encuentra un 18% de primogénitos. Este predominio desaparece en la infancia, donde son más frecuentes los hijos menores (58,8%) y aumenta en la adolescencia.

TENTATIVA DE SUICIDIO Y CLASE SOCIAL

Conocemos la clase social a la que pertenecen 7 niños, su distribución es la siguiente:

clase	varones	hembras	total	% niños	% del total
alta	0	1	1	14,28	3,57
media	0	1	1	14,28	3,57
obrera	5	0	5	71,42	17,85

En 21 adolescentes sabemos a la clase social a la que pertenecen, se distribuyen así:

clase	varones	hembras	total	% adol.	% del total
alta	3	2	5	23,8	17,85
media	0	2	2	9,85	7,14
obrera	4	10	14	66,66	50,00

TENTATIVA DE SUICIDIO Y CLASE SOCIAL (Datos agrupados)

Desconocemos la clase social a la que pertenecen 59 sujetos, el 69,41% del total. Los 26 casos conocidos se distribuyen así:

clase	nº de casos	%
alta	6	23,07
media	3	11,53
obrera	17	65,38

Siendo la más frecuente la clase obrera. Cerny (4) y Lukiamowicz (12) obtienen resultados similares.

DESENCADENANTE

Desconocemos el motivo aparente del acto suicida en 6 niños, el 33,33 del total. Los desencadenantes de los casos conocidos son:

desencadenantes	casos	%
problemas familiares	7	58,33
dificultades escolares	3	25
otras causas	2	16,66

No sabemos cual fue el desencadenante del intento de suicidio de 19 adolescentes, el 28,35% del total. Los motivos aparentes conocidos son los siguientes:

desencadenantes	casos	%
problemas familiares	15	31,25
pérdida de pareja	14	29,16
dificultades escolares	5	10,41
problemas laborales	1	2,08
otras causas	13	27,08

Resultados, que con algunas oscilaciones en las cifras, son bastantes coincidentes con los diversos autores consultados.

Hablamos de causas desencadenantes por cuanto son sólo precipitantes. Innumerables desencadenantes que, frecuentemente, tienen el tema común de la pérdida, privación, y rechazo o en el miedo a la pérdida y rechazo.

Observándose diferencias entre la infancia y la adolescencia. En los niños la causa más frecuente es un conflicto agudo entre el niño y las figuras parentales, seguido a distancia de las dificultades escolares. Mientras que en el adolescente en aproximadamente 2/3 se relaciona con problemática de pérdida de su pareja.

NUMERO DE TENTATIVA

Conocemos el número de tentativas efectuadas por 14 niños, su distribución es la que sigue:

	varones	hembras	total	% niños	% del total
una tentativa	9	1	10	71,4	21,73
dos tentativas	1	1	2	14,2	4,34
más de dos tent.	1	1	2	14,2	4,34

También sabemos el número de tentativas que han efectuado 32 adolescentes.

	varones	hembras	total	% adol.	% del total
una tentativa	9	15	24	75	52,17
dos tentativas	3	3	6	18,75	13,04
más de dos tentat.	1	1	2	6,25	4,34

NUMERO DE TENTATIVAS (Datos agrupados)

Conocemos el número de tentativas efectuadas por 46 sujetos, el 54,11 % del total.

	varones	hembras	total	%
una tentativa	18	16	34	73,9
dos tentativas	4	4	8	17,39
más de dos tent.	2	2	4	8,69

Aspecto este de interés por su valor pronóstico. Presentando una reincidencia en el 26%. Cifra de por sí suficientemente significativa. Resultado similar a los presentados por Leese (13) y menor al publicado por Crumley (17) para adolescentes: 40%.

Repeticiones en las que suele usar el mismo método.

GRADO DE AFECTACION CLINICA

En los niños la distribución del grado de afectación clínica es el siguiente:

	varones	hembras	total
sin afectación	6	1	7
leve	10	2	12
grave	0	0	0
muy grave	0	1	0
mortal	0	0	0

N Los adolescentes obtienen la siguiente distribución respecto al grado de afectación clínica:

	varones	hembras	total
sin afectación	0	0	0
leve	14	21	35
grave	2	2	4
muy grave	0	2	2
mortal	2	1	3

GRADO DE AFECTACION CLINICA (Datos agrupados)

Desconocemos el grado de afectación clínica de 21 sujetos, el 24,7 % del total. Los 64 casos conocidos tienen la siguiente distribución:

grado de afectación	nº de casos	%
sin afectación	7	10,93
leve	47	73,43
grave	4	6,25
muy grave	3	4,68
mortal	3	4,68

En el 84,1% el grado de severidad es ligero, resultando similar al de Barter (19): 86%. Destacando en la infancia un solo caso severo: muy grave.

FECHA DE LA TENTATIVA DE SUICIDIO

año	nº de casos
1982	27
1981	12
1980	11
1979	6
1978	4
1977	2
1976	7
desconocido	16

mes	nº de casos
1	13
2	13
3	7
4	1
5	4
6	5
7	3
8	2
9	1
10	4
11	3
12	6
desconocido	23

día mes	nº de casos
1	2
2	2
3	3
4	2
5	4
6	1
8	3
9	2
10	5
12	2
15	4
16	4
17	1
18	2
19	3
20	4
21	2

24	1
26	1
27	1
28	1
29	1
30	2
31	1
desconocido	31

día semana	nº de casos
Lunes	9
Martes	11
Miércoles	12
Jueves	5
Viernes	6
Sábado	4
Domingo	2
desconocidos	27

hora	nº de casos
0-3	4
4-7	0
8-11	6
12-15	3
16-19	11
20-23	12
desconocidos	48

Vistos los resultados podríamos esbozar lo que sería la fecha más frecuente, esto es: un día laborable (coincidiendo con los estudios de Davidson y Mattson 3 y 11), preferentemente Martes o Miércoles, de las 16 a las 23 horas. Pudiendo señalar los días 10, 15, 16, 20 y 4 como los de mayor incidencia.

En cuanto a los meses del año si se obtiene una diferencia significativa entre la Muestra I y la Muestra II. Obteniéndose una mayor incidencia en los meses que con mayor intensidad se desarrolló la recogida multicéntrica de datos: Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero. Es por ello que en este apartado incluimos los resultados de la muestra II.

TENTATIVA DE SUICIDIO Y FECHA. (MUESTRA II)

Mes

A. Niños.

mes	varones	hembras	total	% niños	% del total
1	1	0	1	11,11	3,84
2	0	1	1	11,11	3,84
3	0	1	1	11,11	3,84
4	0	0	0	0	0
5	1	0	1	11,11	3,84
6	2	1	3	33,33	11,53
7	1	0	1	11,11	3,84
8	1	0	1	11,11	3,84
9	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0

B. Adolescentes

mes	varones	hembras	total	% adol.	% del total
1	0	1	1	5,88	3,84
2	0	2	2	11,76	7,69
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	1	1	2	11,76	7,69
6	0	2	2	11,76	7,69
7	0	1	1	5,88	3,84
8	0	0	0	0	0
9	0	1	1	5,88	3,84
10	1	2	3	17,64	11,53
11	1	0	1	5,88	3,84
12	2	2	4	23,52	15,38

día del mes

A. Niños.

	varones	hembras	total	% niños	% del total
1-5	0	1	1	50	6,66
6-10	0	0	0	0	0
11-15	0	0	0	0	0
16-20	1	0	1	50	6,66
21-25	0	0	0	0	0
26-31	0	0	0	0	0

B. Adolescentes.

	varones	hembras	total	% adol.	% del total
1-5	0	3	3	23,07	20
6-10	0	3	3	23,07	20
11-15	1	0	1	7,69	6,66
16-20	2	1	3	23,07	20
21-35	0	1	1	7,69	6,66
26-31	1	1	2	15,38	13,33

día semana

A. Niños.

Sólo conocemos el día de la semana del intento de suicidio de un niño y de una niña, y ambos se efectuaron en Miércoles.

B. Adolescentes

	varones	hembras	total	% adol.	% del total
Lunes	0	3	3	30	25
Martes	1	1	2	20	16,66
Miercoles	0	1	1	10	8,33
Jueves	1	0	1	10	8,33
Viernes	1	0	1	10	8,33
Sábado	0	2	2	20	16,66
Domingo	0	0	0	0	0

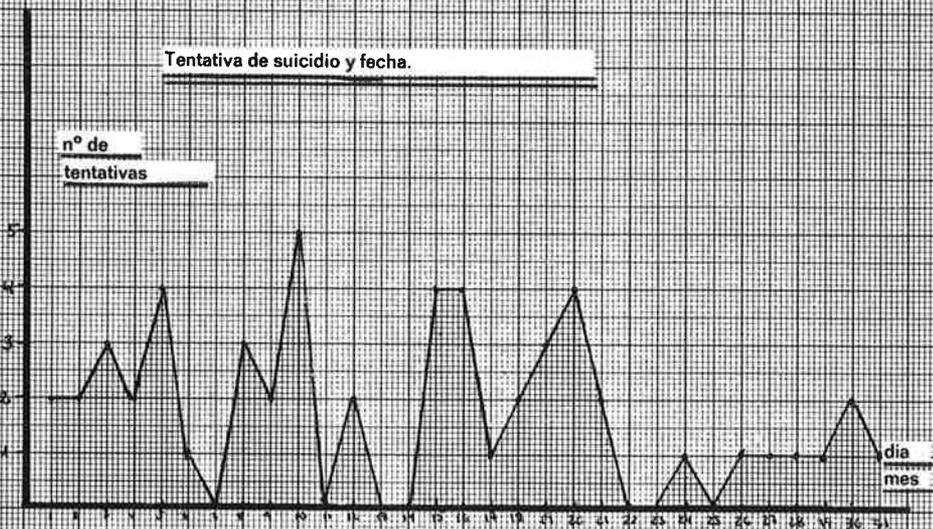
Hora.

Únicamente conocemos la hora a la cual se efectuó el intento de suicidio en 5 casos, son los siguientes:

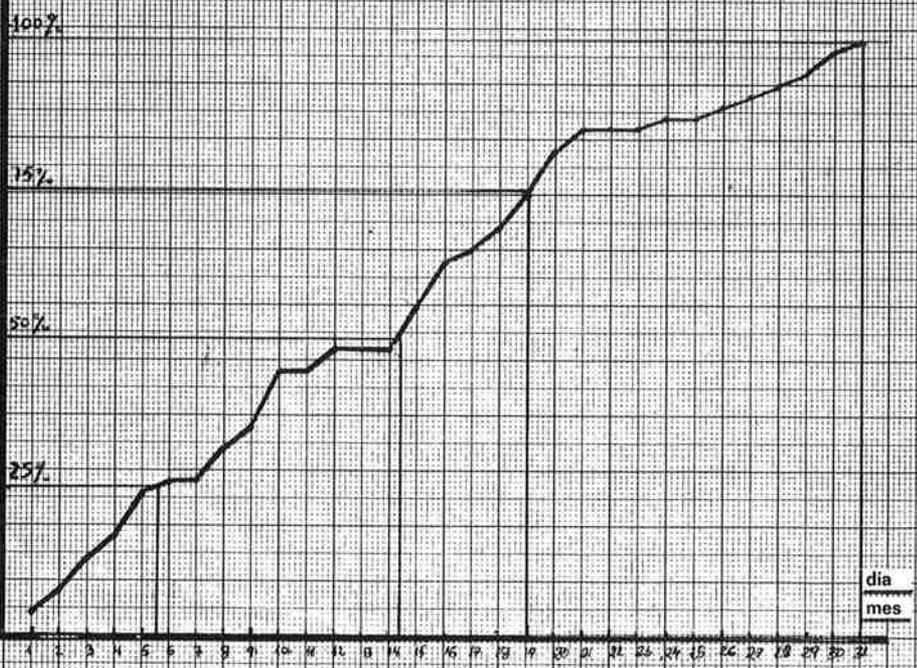
hora	edad	sexo
2	13a	hembra
2	13a	hembra
12	13a	varón
20	14a	hembra
22	13a	hembra

Tentativa de suicidio y fecha.

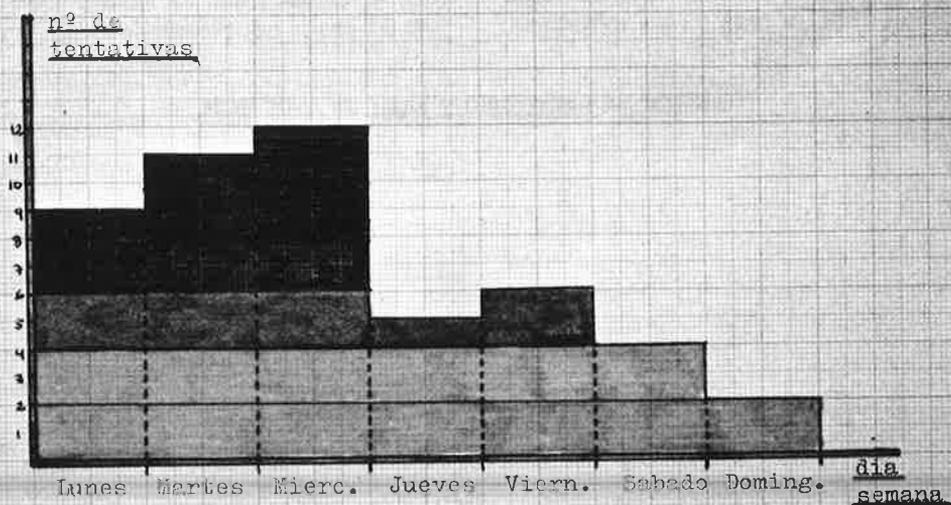
n° de tentativas



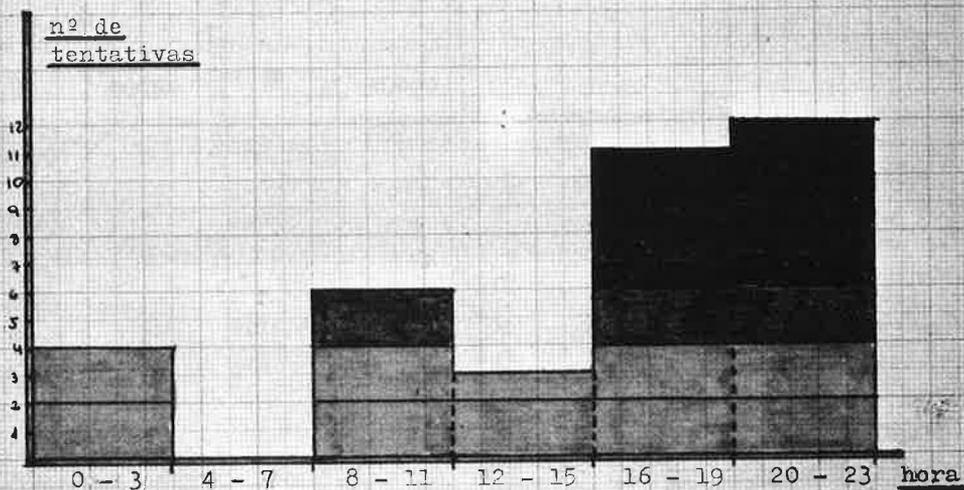
Frecuencias acumuladas de tentativas



Tentativa de suicidio y fecha



Tentativa de suicidio y hora



LUGAR DE NACIMIENTO Y LUGAR DE RESIDENCIA

Finalmente se introdujo este parámetro tras encontrar en la literatura revisada el traslado (cambio) de lugar como un factor más en las tentativas,

planteándonos la posible influencia de la inmigración, no confirmada por los resultados.

Desconocemos el lugar de nacimiento y de residencia de 54 sujetos, el 36, 47% del total. La distribución de los 31 casos conocidos es la siguiente:

Lugar de nacimiento y lugar de residencia

	niños			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
mismo lugar	1	3,22	5	16,12
distinto lugar	1	3,22	1	3,22

	adolescentes			
	♂		♀	
	casos	%	casos	%
mismo lugar	7	22,58	6	19,35
distinto lugar	2	6,45	8	25,80

total	
casos	%
19	61,29
12	38,70

CONCLUSIONES

La frecuencia aumenta con la edad siendo la mayor a los 16 años.

Las tentativas son más frecuentes en la adolescencia (4,7) veces, con mayor proporción en las chicas (11,2) que en los chicos (1,5).

Las tentativas en la infancia muestran un predominio masculino (2,5/1), mientras que en la adolescencia predomina el sexo femenino (1,8/1).

El método más habitual en la infancia no difiere de la población normal, siendo en la adolescencia ligeramente superior.

El método más habitual es la ingesta de tóxicos, con un mayor índice en la adolescencia y en las chicas. Observándose, desde 1976 una tendencia al aumento en la utilización de este método.

En la infancia predominan los métodos violentos (66,6%).

Para los dos grupos, infancia y adolescencia, el segundo método más empleado es la precipitación desde alturas, siendo el tercero el arma blanca.

Habitualmente (78,4%) los chicos que realizan una tentativa convienen con sus dos padres, quienes con frecuencia (89,1%) mantienen unas relaciones matrimoniales alteradas o inexistentes, siendo el ambiente familiar conflictivo en un 91,83%.

Predominan las fratrias de dos hermanos, siendo las tentativas en la adolescencia ligeramente más numerosas en los primogénitos (40,7%), seguidos a continuación de los benjamines (35,1%), mientras que en la infancia priman los hijos menores (58,8%).

Se presentan más casos en el nivel socio-económico obrero.

En el niño generalmente el desencadenante es un conflicto agudo con las figuras parentales, encontrándose en

segundo lugar las dificultades escolares.

En el adolescente el desencadenante más frecuente (2/3) es la problemática de pérdida (padres o pareja), ocupando el tercer lugar las dificultades escolares.

En el 26% se presentó por lo menos una segunda tentativa.

El grado de severidad (grado de afectación clínica) de la tentativa es ligero en la mayoría de los casos (84,1%)

Las tentativas se presentan con mayor frecuencia los días laborales preferentemente Martes o Miércoles, de las 16 a las 23 horas. Siendo los días 10, 15, 16, 20 y 4 los de mayor incidencia.

No se obtienen resultados significativos en cuanto a la inmigración.

Se observan numerosas diferencias entre las tentativas en la infancia y las de la adolescencia considerando por ello los intentos de suicidio en el niño de características distintas de los intentos de suicidio del adolescente.

AGRADECIMIENTOS

No podemos terminar sin poner de manifiesto nuestro agradecimiento a las personas y centros que colaboraron en el estudio: Dr. Bosch y Dra. Zuesnabar (Dpto. de Pediatría del Hospital General de Granollers), Dr. García Pelleiro (Servicio de Urgencias del Hospital Nuestra Señora de Mar), Dr. Planas (Hospital Municipal de Badalona), Dr. Pou (Servicio de Urgencias del Hospital de San Juan de Dios), Dr. Nadal (Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de San Pablo), Dr. Fernández (Residencia General de la Ciudad Sanitaria del Valle Hebrón), Dra. Torras y Dr. Córdoba (Servicios de Psiquiatría de la Cruz Roja), Dr. Verdiell (Servicio de Urgencia de la Residencia Príncipes de España), Dr. Martí-Tusquets (Instituto Frenopático).

ANEXO I

DECISION ESTADISTICA MUESTRAS 1 y 2

$$p = 0,05$$

Tentativas de suicidio y edad

$$\gamma = 5 \quad \chi^2 = 11,05 < 11,1 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Tentativas de suicidio y sexo.

Varones

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 3,83 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Hembras

$$\gamma = 2 \quad \chi^2 = 5,45 < 5,99 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Frecuencia del uso de la intoxicación como modalidad.

$$\gamma = \quad \chi^2 = 11,79 > 3,84 \quad \text{Existe diferencia significativa.}$$

Niños que viven con los dos padres.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,69 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Alteración de las relaciones matrimoniales de los padres.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,31 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Fratría.

$$\gamma = 2 \quad \chi^2 = 2,59 < 5,99 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Desencadenantes.

$$\gamma = 3 \quad \chi^2 = 0,066 < 7,81 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Nº de tentativas.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,117 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Fecha.

Mes.

$$\gamma = 2 \quad \chi^2 = 16,87 > 5,99 \quad \text{Existe diferencia significativa.}$$

Día del mes.

$$\gamma = 3 \quad \chi^2 = 4,37 < 7,81 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Día de la semana.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,26 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Tentativa de suicidio y clase social.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 1,17 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

Lugar de nacimiento y lugar de residencia.

$$\gamma = 1 \quad \chi^2 = 0,246 < 3,84 \quad \text{No existe diferencia significativa.}$$

BIBLIOGRAFIA

1. Holinger, CP: Adolescent suicide: An epidemiological study of recent trends. *Am. J. Psychiatr y* 135: 754-756, 1978.
2. Murphy, GK: Sudden in adolescents. *Pediatrics*, 61: 204-210, 1978.
3. Davidson F. et alter: Suicide among adolescents: A medical-social report of 139 who attempted suicide. *Hygiene Mentale* 1972 Jul Vol. 61 (1) 1-32.
4. Cerny, L.: Suicides in children and adolescents in Czechoslovakia. *Acta Paedopsychiatr ic a* 1968 35 (11-12) 380-388.
5. Tooland J.M.: Suicide in chil dren and adolescents. *Am. J. of. Psychoterapy* 1975 Jul Vol. 29 (3) 339-344.
6. Duche, D.J.: Suicides et tentatives de suicide de l'enfant. *Acta Paedo psychiatr.* 1978. Vol. 43 (5-9) 209-211.
7. Marcelli, D. Les tentatives de suicide de l'enfant. Aspect stadistique et epidemiologique general. *Acta Paedopsychiatr.* 1978. Vol. 43 (5-9) 213-221.
8. Costa i Molinari et alter. El Suicidi. *Monografies Mediques*, 15 *Academia de Ciencies Mèdiques de Catalunya y de Balears*.
9. Rojas, E.: *Estudios sobre el suicidio*. Ed. Salvat. Barcelona 1978.
10. Duche, D.J.: Attempted suicide in the children and adolescent. *Acta Paedopsychiatria.* 1968 35 (11-12) 345-373.
11. Mattsson, A. et alter. Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. Clinical characteristics and follow-up results. *Archives of General Psychiatry* 1969 20 (1) 100-109.
12. Lukiamowicz, N. Attempted suicide in children. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1969 Vol. 44 (4) 415-435.
13. Leese, S.M. Suicide behavior in twenty adolescents. *British J. Of Psychiatry* 1969 115 (521) 478-480
14. Renschmidt, H. Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Acta Paedopsychiatr.* 1978 Vol. 43 (5-9) 197-208.
15. Geraud, J. et alter. Adolescence and attempted suicide. *Acta Paedopsychiatria.* 1968. 35 (11-12) 376-380.
16. Schsut, A. Sone typical patterns in the behaviour and background of adolescent girls who attempt suicide. *American Journal of Psychiatry* 1968. 125 (1) 69-74
17. Crumley F.E. Adolescent suicide attempts. *JAMA* 1979 Vol. 241 (22) 2404-2407.
18. Mouren, M.C. Soulayrol R. La depression chez l'enfant: Aspects cliniques et psychopathologiques. *Ann. Medico-Psychol. Fra.* 1978 Vol. 136 (10) 1147-1165.
19. Barter, James T. et alter. Adolescent suicide attempts: A followup study off hospitalized patients. *Archives of General Psychiatry* 1968 19 (5) 523-527.
20. Friedman Maurice et alter: Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: Some observations from a psychanalytic research proyecto. *Internacional Journal of Psycho-Analisis* 1972 Vol. 53 (2) 179-183.
21. Sabbatch J.C.: The role of the parents in adolescent suicidal behavior. *Acta Paedopsychiatria* 1971 Jul Vol. 38 (7-8) 211-220.