

H. Alvarado  
X. Gastaminza  
M. Bargadá  
R. Vacas  
J. Tomàs

## Tentativa de suicidio en adolescentes

Unidad de Paidopsiquiatría.  
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón. Barcelona

## *Attempted suicide in adolescence*

**Correspondencia:**

X. Gastaminza.  
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón.  
Paseo Vall d'Hebrón 119-129. 08035. Barcelona

### RESUMEN

El propósito de este estudio es realizar una revisión general sobre el suicidio en la adolescencia, junto a una valoración de los aspectos clínicos y epidemiológicos de intentos de suicidio frustrado en una población de adolescentes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, en una muestra de 25 casos estudiados en nuestra unidad y obtenidos en el periodo comprendido entre abril de 1996 y marzo de 1997.

Las variables estudiadas son: edad, sexo, CI, modalidad de la tentativa, personas con las que convive, relaciones matrimoniales entre los padres, número de hermanos, lugar en la patria, nivel socio-económico, desencadenante, número de tentativas, grado de afectación clínica y fecha de la tentativa.

### PALABRAS CLAVE

Intento de suicidio; adolescencia.

### ABSTRACT

*The intention of this study is to make a general overhaul on the suicide in the adolescence, as well an eva-*

*luation of the clinical aspects and epidemiologists on attempts of suicide attempted in a population of adolescents of between ages 12 and 17, in a sample of 25 cases studied in our unit and obtained in the period between april of 1996 and march of 1997.*

*The variables that were studied are: age, sex, IQ, attempted method of suicide, people they live with, relations between the parents, number of brothers, birth order, socioeconomic status, cause, number of attempts, degree of clinical effect and date of the attempt.*

### KEY WORDS

*Suicide attempt; adolescence.*

### INTRODUCCIÓN

El intento de suicidio en adolescentes es un problema de salud de gran importancia. Informaciones recientes aluden a un aumento dramático en la frecuencia del intento de suicidio y del suicidio consumado en esta población.

Cada año miles de adolescentes se suicidan en los Estados Unidos. El suicidio es la tercera causa de muerte más frecuente para los jóvenes comprendidos entre los

15 y los 24 años de edad, y es la sexta causa de muerte para los de entre 5 y 14 años (AACAP, 1998).

Según Hidalgo (1992), muchos factores de riesgo actúan entre sí para afectar a los adolescentes que atentan contra su vida: desórdenes afectivos, sociopáticos, drogas, alcohol, trastornos de conducta, estrés prolongado, pérdidas, abuso físico o sexual, proceso escolar, familias caóticas, alcohólicas y conflictivas y muy frecuentemente la depresión. Factores genéticos y biológicos están también implicados. En la mayoría de los casos se suman dos o tres factores.

El suicidio es más frecuente en el sexo masculino en una proporción 3:1 con relación al sexo femenino. El intento suicida es más frecuente en este último en una proporción 3:1 con relación al sexo masculino. Por cada suicidio se manifiestan de 8 a 10 intentos suicidas. Los hombres tienden a utilizar los métodos violentos con más frecuencia que las mujeres.

Nos proponemos estudiar las tentativas de suicidio del adolescente sobre una muestra de 25 casos.

### Concepto

La definición de Durkheim (1897) sobre el suicidio es posiblemente la más citada. El autor alude al término de la siguiente manera "*Se llama suicidio, toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte*". Esta definición supone una primera delimitación de la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte mediante las características de finalidad intencional por un lado y de autoprovocación por otro, siendo la tentativa de suicidio un fracaso material de dicha intencionalidad.

Sin embargo, las investigaciones llevaron progresivamente a cuestionar la definición citada ya que, por un lado, los datos clínicos descubrían que la intencionalidad de la conducta de los "suicidas" no siempre era la de matarse, y, a veces, ni siquiera la de hacerse daño (Hendin, 1965; Menninger, 1972).

Los intentos de unificar la terminología llevaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1969, a proponer como ayuda a la investigación unos términos muy concretos, muy útiles como base común para la designación:

- *Acto suicida*: hecho por el que un sujeto se causa una lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos.

- *Suicidio*: muerte que resulta de un acto suicida

- *Intento de suicidio*: acto suicida cuyo resultado no fue la muerte.

Por otra parte está también la ideación suicida, referida a los pensamientos, planes o deseos persistentes de un sujeto a cometer suicidio (Beck y cols. 1985). Stengel, en 1980 ya planteó la cuestión de la unidad de los actos suicidas -independientemente de su letalidad y situación que aparezca en un primer plano- por la intencionalidad de morir, distinguiéndolos de otras formas de comportamiento autodestructivo, por el hecho de que en ésta últimas no está presente la intención de morir, ni siquiera ambiguamente, como en las tentativas (Suarez y cols., 1997).

### MÉTODO

Se estudian 25 casos de adolescentes que han realizado, durante el periodo comprendido de abril de 1996 a mayo de 1997, una o más tentativas de suicidio. El grupo está comprendido entre los 12 y los 17 años, todos ellos residentes en Cataluña, correspondiendo a 21 chicas y únicamente 4 chicos, del total de casos atendidos que fue de 983.

Procedencia: El 100% de los casos fueron atendidos por los facultativos del Servicio de Paidopsiquiatría del Hospital Materno-Infantil Vall d' Hebrón.

### RESULTADOS

Los 25 casos corresponden a tentativas individuales. Las variables examinadas son: Edad, sexo, nivel intelectual, medio familiar (padres, relaciones de los padres, conflictividad, patria: número de hermanos, y lugar y nivel social), desencadenante, número de tentativas, grado de afectación clínica y fecha de la tentativa.

#### Tentativa de suicidio y edad

Uno de los hechos básicos que se relacionan con el suicidio, es que el riesgo de dicha conducta se incrementa con la edad, siendo un hecho menos común los casos de suicidio en menores de 12 años, comenzando a ser un hecho mucho más frecuente tras la pubertad.

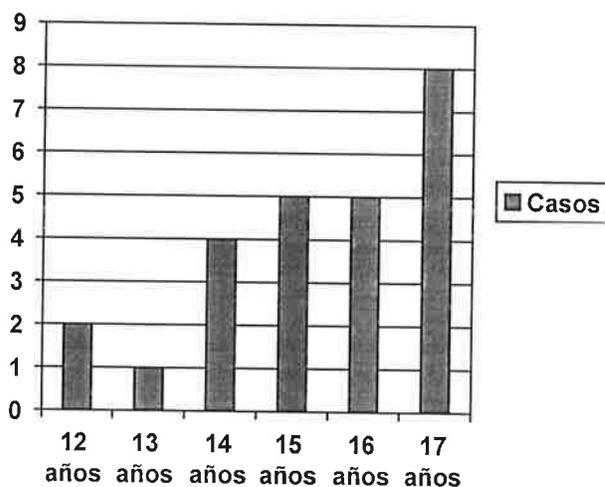
En lo que se refiere a tentativas de suicidio, los jóvenes son el grupo de edad en el que esta conducta es más frecuente, sobre todo en el sexo femenino. Según Duché la edad correspondiente al intervalo de los 14-16 años es la más propicia a los intentos de suicidio.

En nuestra muestra, los rangos en función de la edad son los siguientes:

**Tabla 1**

Rango	Edad	Nº de casos
1º	17 a.	8
2º	16 a.	5
2º	15 a.	5
4º	14 a.	4
5º	12 a.	2
6º	13 a.	1

La representación gráfica (Figura 1) muestra una curva en sentido ascendente (exceptuando los 13 años) a medida que aumenta la edad, encontrándose el pico mayor a los 17 años. La edad de 18 años fue descartada de la muestra por falta de casos, por cuanto a que a partir de los 18 años de edad los pacientes pasan a ser atendidos por los Servicios de Psiquiatría General para adultos. Por tanto, a partir de los datos obtenidos de nuestra muestra podemos concluir que existe un claro predominio de la conducta suicida en la segunda etapa de la adolescencia (72% de los casos), lo que coincide con la práctica totalidad de los autores consultados.



**Figura 1.** Tentativa de suicidio y edad

### Tentativa de suicidio y sexo

De las 25 observaciones, 21 corresponden al sexo femenino y 4 a varones.

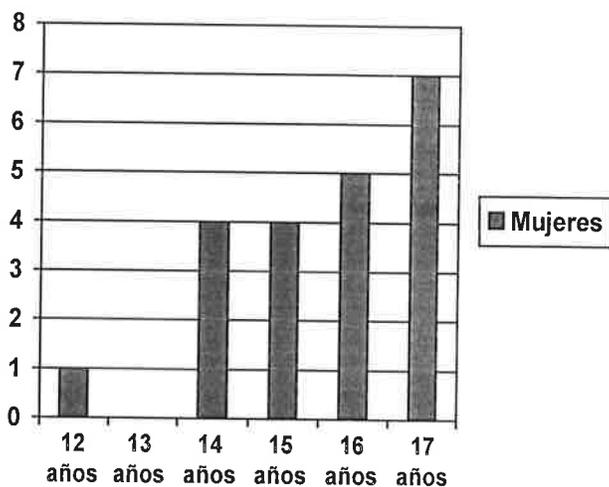
#### A. En las mujeres

La distribución por edades de las adolescentes mujeres, fue la siguiente:

**Tabla 2**

Edad	Nº de casos	Porcentaje
12	1	4,76
13	0	0
14	4	19,05
15	4	19,05
16	5	23,81
17	7	33,3

La representación gráfica de las mujeres muestra un ascenso igual al de la muestra total, no habiéndose encontrado sin embargo, ningún caso de intento autolítico a la edad de 13 años.



**Figura 2.** Tentativa de suicidio de adolescentes mujeres

#### B. En los varones

En el sexo masculino, el 16% del total de la muestra, las frecuencias de casos se reparte así en función de la edad:

**Tabla 3**

Edad	Nº de casos	Porcentaje
12	1	25
13	1	25
14	0	0
15	1	25
16	0	0
17	1	25

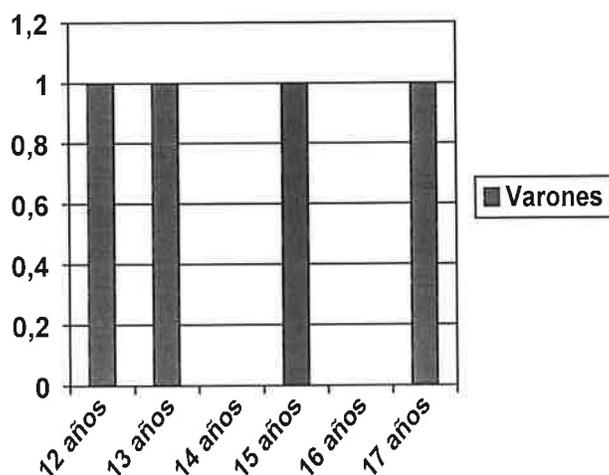


Figura 3. Tentativa de suicidio en adolescentes varones

Globalmente existe una mayor proporción de tentativas en las chicas (84% de la muestra total). Nuestros resultados indican una incidencia mayor en ellas de 5 a 1. Estos datos correlacionan con los obtenidos por Iancu I., Laufer N., Dannon P., y Zohar R, en un estudio epidemiológico realizado en 1997 sobre una muestra de 404 casos.

En cuanto a la representación gráfica, ambos sexos siguen una distribución similar, aunque en los varones encontramos un caso de 12 y 13 años, cifra equiparable a otras edades más avanzadas en la adolescencia, mientras que en las chicas la proporción de tentativa de suicidio es más elevada cuanto mayor sea la edad.

#### Tentativa de suicidio y C.I.

Se estableció el C.I. en 20 de los 25 casos de la muestra. Más de la mitad de los adolescentes valorados pertenecen al grupo medio en lo que se refiere a su capacidad intelectual. Seis corresponden al intervalo medio-alto, dos obtuvieron un C.I. superior y únicamente uno de ellos, el único adolescente de 13 años (varón) obtuvo un C.I. límite (borderline).

Se les aplicó la Escala de Inteligencia General WISC-R y WAIS en función de la edad. A continuación se expone la clasificación de la inteligencia (C.I.) extraída del manual de la escala de inteligencia Weschler Revisada (1996):

Tabla 4

C.I.	Clasificación	% teórico (curva normal)
130 y más	Muy superior	2,2
120-129	Superior	6,7
110-119	Media-alta	16,1
90-109	Media	50
80-89	Media-baja	16,1
70-79	Baja	6,7
69 y menos	Muy baja (deficiente)	2,2

La distribución de nuestra muestra es la siguiente:

Tabla 5

C.I.	Clasificación	Nº de casos	Porcentaje
130 y más	Muy superior	0	0
120-129	Superior	2	10
110-119	Media-alta	6	30
90-109	Media	11	55
80-89	Media-baja	0	0
70-79	Baja	1	5
69 y menos	Muy baja	0	0

En función del sexo obtenemos los siguientes resultados

#### A. Mujeres

Tabla 6

C.I.	Clasificación	Nº de casos	Porcentaje
130 y más	Muy superior	0	0
120-129	Superior	2	0
110-119	Media-alta	3	21
90-109	Media	11	79
80-89	Media-baja	0	0
70-79	Baja	0	0
69 y menos	Muy baja	0	0

#### C. Varones

Tabla 7

C.I.	Clasificación	Nº de casos	Porcentaje
130 y más	Muy superior	0	0
120-129	Superior	0	0
110-119	Media-alta	3	75
90-109	Media	0	0
80-89	Media-baja	0	0
70-79	Baja	1	25
69 y menos	Muy baja	0	0

68 Correlacionando las variables Cociente Intelectual y sexo, los resultados señalan una proporción mayor de CI medio en las mujeres, a diferencia de los varones, cuya proporción es más elevada en el CI medio-alto.

**Modalidad de la tentativa de suicidio**

En lo que a tentativas de suicidio se refiere, todos los autores están de acuerdo en afirmar que la ingesta de fármacos es el método más utilizado en la población general. Estos datos son corroborados en el estudio realizado por la OMS, que pone de manifiesto que la intoxicación medicamentosa fue el método más utilizado (64% de los varones y 80% de las mujeres).

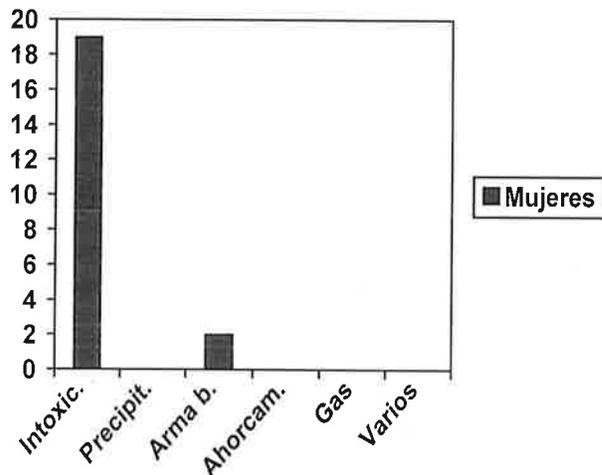
En nuestra muestra estos datos son también corroborados, aunque los porcentajes varían ligeramente.

**Tabla 8**

Modalidad	Nº de Casos	varones	mujeres	% Total
Intoxicación	21	2	19	84
Precipitación	1	1	0	4
Arma blanca	2	0	2	8
Varios métodos	0	0	0	0
Ahorcamiento	1	1	0	4
Gas	0	0	0	0

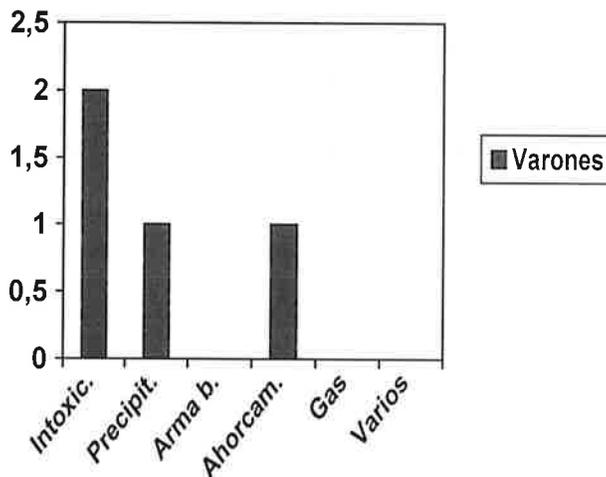
En función del sexo, la modalidad de la tentativa varía, encontrando métodos más violentos en los adolescentes varones que en las adolescentes mujeres. La representación gráfica nos muestra este hecho:

*A. Mujeres*



**Figura 4.** Modalidad de la tentativa en adolescentes mujeres

*B. Varones*



**Figura 5.** Modalidad de la tentativa en adolescentes varones

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

**Tabla 9**

Edad	Varones	Mujeres	Total	% por edad
12	0	1	1	50
13	0	0	0	0
14	0	3	3	75
15	1	4	5	80
16	0	5	5	100
17	1	6	7	87,5

**Elementos usados en la intoxicación:** Nuestros resultados indican que la ingesta de tóxicos es el procedimiento más utilizado en la adolescencia (84%), siendo mayor su frecuencia en las mujeres (90%) que en los varones (50%). Otro aspecto destacable es que la intoxicación medicamentosa no muestra diferencias significativas con respecto a la edad.

**Tabla 10**

Elementos de intoxicación	Nº Casos	% Total
Hipoanalgésicos y analgésicos	4	19,05
Antidepresivos	3	14,28
Neurolépticos y tranquilizantes	6	28,57
Antidepresivos + Tranquilizantes	2	9,52
Tranquilizantes + Alcohol	1	4,76
Varios conjuntamente	1	4,76
Otros	2	9,52
Desconocido	2	9,52

En nuestra muestra los varones utilizaron métodos más violentos que las mujeres (precipitación y ahorcamiento). Sin embargo, ninguno de ellos utilizó arma blanca para realizar la tentativa, cosa que si ocurrió en el 8% de los casos de las adolescentes (flebotomía).

En cuanto a la tentativa de suicidio por medio de la ingestión de tóxicos la distribución por tipo de fármacos utilizados nos indica que los neurolépticos y tranquilizantes son los más utilizados (28,57%), seguido de los analgésicos (19,05%), los antidepresivos (14,28%) y de antidepresivos y tranquilizantes combinados (9,52%). El último porcentaje fue obtenido a su vez por otro tipo de fármacos. Dos de los casos, tal como indica la muestra, corresponden a farmacología desconocida. Uno de los casos estudiados combinó tranquilizantes con alcohol.

En función del sexo, los resultados de la muestra de mujeres coincide con la muestra general obtenida, mientras que en el caso de los varones la muestra queda reducida únicamente a dos casos, uno con ingesta de tranquilizantes y el otro de etiología desconocida.

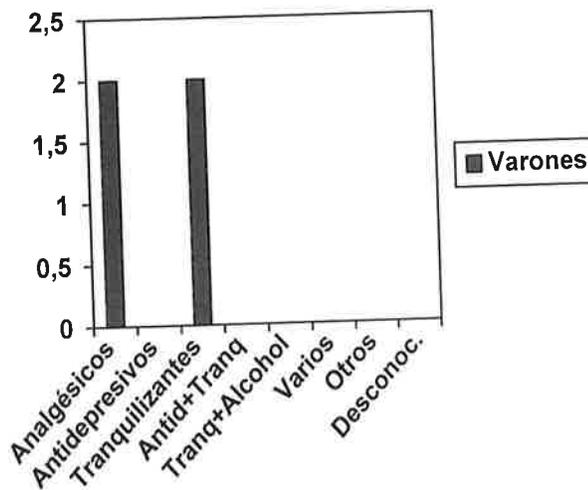


Figura 7. Modalidad de la intoxicación en adolescentes varones

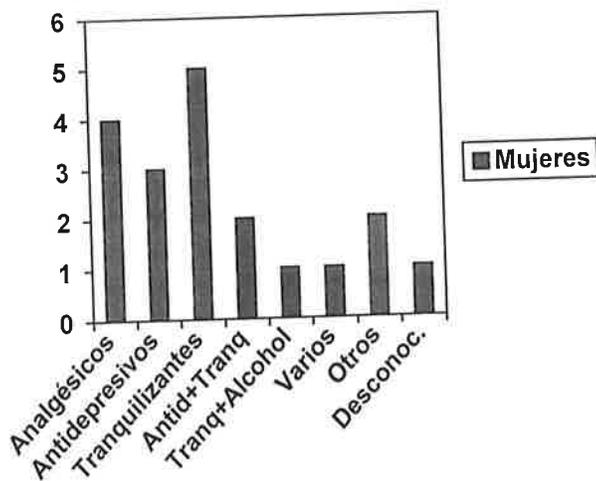


Figura 6. Uso de la intoxicación en adolescentes mujeres

### Medio familiar

Son numerosos los trabajos que se refieren al medio familiar de los adolescentes con historia de tentativa de suicidio. Según González Seijo (1996) los factores familiares que incrementan significativamente el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes de nuestro medio social son principalmente: las pérdidas parentales, enfermedad psiquiátrica del padre, enfermedad psiquiátrica de la madre, enfermedad psiquiátrica de los hermanos, las

relaciones familiares conflictivas, la no convivencia con ambos padres y la adaptación familiar insatisfactoria.

Entre la psicopatología prevalente en las familias de los adolescentes suicidas o con intento de suicidio, dentro de los pocos datos de referencia que existen, destacan: abuso de drogas y alcohol, presencia de enfermedad mental u orgánica, historia de antecedente de suicidio, violencia, maltratos físicos (destacando el abuso sexual) y absentismo familiar del hogar.

El adolescente puede sentirse en situación de agobio, con sentimientos de impotencia frente a los problemas familiares y al déficit de comunicación, junto a los abusos contra la dignidad que le llevan a una falta de autoestima. (Tomás, J.; Gastaminza, X.; Bielsa, A., 1993).

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

### Personas con las que convive

A través del análisis de los datos obtenemos que el 84% de nuestra muestra convive con los dos padres, resultado alto que corresponde a la situación real en el momento de la tentativa, pero que no descarta posibles vivencias o sentimientos de pérdida experimentados. Los 4 restantes conviven con la madre o el padre por viudez, separación o divorcio. No existe ningún caso donde el adolescente en el momento de la tentativa no conviviera con ninguno de los dos padres.

70 *Relaciones matrimoniales de los padres*

En nuestra muestra, las relaciones matrimoniales fueron clasificadas en función de tres tipos: alteradas, inexistentes (incluyendo los casos de separación o divorcio donde los padres no mantienen ningún tipo de contacto, y los casos de viudez de uno de los dos conyuges) y armónicas.

El 72% de los padres mantienen unas relaciones matrimoniales alteradas, en un 28% las relaciones son armónicas, y en el 8% restante la relación entre ambos cónyuges es inexistente.

Más de la mitad de la población estudiada mostraban una relación conflictiva entre ambos progenitores, lo que, consecuentemente deriva en un ambiente familiar conflictivo, factor de riesgo de la población adolescente en lo referente a la tentativa autolítica.

*Fatria*

De las 25 observaciones, la distribución de nuestra muestra en función del lugar ocupado dentro de la fatria fue el siguiente:

**Tabla 11**

Nº de Hermanos	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
1	4	0	11	44
2	8	3	6	24
3	6	0	2	8
4	2	0	2	8
5	1	1	2	8

El lugar en la fatria queda reflejado en la siguiente tabla:

**Tabla 12**

Lugar	Nº de Casos	Porcentaje
Hijos únicos	3	12
Primogénitos	8	32
Benjamines	11	44
Posición Intermedia	3	12

Y en función del sexo, nuestra muestra sigue esta distribución:

**Tabla 13**

Lugar fatria	Mujeres	Varones	% Mujeres	% Varones
Hijos únicos	3	0	12	0
Primogénitos	7	1	28	25
Benjamines	8	3	32	75
Intermedio	3	0	12	0

Los resultados indican una mayor prevalencia de la fatria formada por dos hermanos (44%), seguida a cierta distancia de la fatria formada por tres hermanos (24%), no coincidiendo con la opinión de Marcelli quien señala la predominancia de las familias numerosas, ni con la idea de mayor incidencia en los hijos únicos. Por otro lado se recoge un predominio ligeramente superior en los benjamines (44%), seguido de los hijos primogénitos (32%), obteniendo finalmente la misma incidencia los adolescentes en posición intermedia o hijos únicos (12%).

**Tentativa de suicidio y clase social**

Estudiamos la clase social a la que pertenecían los adolescentes de nuestra muestra, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 14**

Clase	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
Alta	2	0	2	8
Media	6	2	8	32
Obrera	13	2	15	60

Los resultados reflejan una mayor prevalencia de tentativa de suicidio en la clase social obrera que en las restantes.

**Desencadenante**

Hemos dividido el desencadenante del intento de suicidio en función de las causas encontradas en nuestra población adolescente. Los motivos aparentes conocidos incluyen problemas familiares, rupturas sentimentales, dificultades escolares, problemas relacionales (en el ámbito social) y causas inespecíficas.

**Tabla 15**

Desencadenantes	Nº de Casos	Porcentaje
Problemas Familiares	9	36
Rupturas Sentimentales	5	20
Dificultades Escolares	6	24
Problemas Relacionales	1	4
Inespecíficos	4	16

Hablamos de causas desencadenantes por cuanto son solamente precipitantes de la tentativa autolítica. Los resultados nos indican una mayor prevalencia de los problemas familiares como desencadenante (36%), seguido de las dificultades escolares (24%) y de la problemática de pérdida de pareja (20%).

En función del sexo los resultados avalan una mayor proporción de problemas familiares y de rupturas sentimentales como factores desencadenantes significativos en la muestra de mujeres, en contraposición con los resultados obtenidos por los varones que apuntan a una prevalencia mayor hacia las dificultades escolares como precipitante de la tentativa de suicidio.

**Tabla 16**

Desencadenante	Mujeres	Varones	% Mujeres	% Varones	% Total
Prob. Familiares	8	1	38,1	25	36
Ruptura sentim.	5	0	23,8	0	20
Dific. Escolares	4	2	19,04	50	24
Prob. Relacional	1	0	4,76	0	4
Inespecíficos	3	1	14,28	25	16

### Número de Tentativa

La distribución del número de tentativas realizadas por nuestra muestra de adolescentes es la siguiente:

**Tabla 17**

Nº de tentativas	Mujeres	Varones	Total	Porcentaje
Una tentativa	18	4	22	88
Dos tentativas	2	0	2	8
Más de dos tentativas	1	0	1	4

La probabilidad de realizar una nueva tentativa de suicidio, en función de los resultados obtenidos en nuestra muestra se eleva a un 12%. Las repeticiones suelen ser con el mismo método. En función del sexo, los cuatro casos de adolescentes varones (100%) realizaron únicamente una tentativa autolítica.

### Grado de Afectación Clínica

El grado de afectación clínica fue categorizado de esta manera: sin afectación, leve, grave, muy grave y mortal. La distribución es la siguiente:

**Tabla 18**

Grado de afectación	Nº de Casos	Porcentaje
Sin afectación	4	16
Leve	21	84
Grave	0	0
Muy Grave	0	0
Mortal	0	0

El 84% de los adolescentes presentaron un grado de afectación leve, mientras que el 16% restante no presentaron ningún tipo de afectación. No se encontró ningún caso donde el grado de afectación fuera grave, muy grave o mortal.

### Fecha de la tentativa de suicidio

La muestra fue obtenida, tal como indicamos, en el periodo comprendido entre abril de 1996 y marzo de 1997. La distribución obtenida en función del año, mes y día es la siguiente:

Distribución de la muestra anual:

**Tabla 19**

Año	Nº de Casos	Porcentaje
1996	21	84
1997	4	16

Distribución de la muestra mensual.

**Tabla 20**

Mes	Nº de Casos	Porcentaje
Enero	3	12
Febrero	0	0
Marzo	1	4
Abril	6	24
Mayo	3	12
Junio	5	20
Julio	2	8
Agosto	0	0
Septiembre	0	0
Octubre	2	8
Noviembre	2	8
Diciembre	1	4

Distribución de la muestra en función del día del mes: (Desconocemos el día del mes de 12 de los 25 casos estudiados).

**Tabla 21**

Día del mes	Nº de casos	Porcentaje
1-5	1	7.69
6-10	2	15.38
11-15	3	23.08
16-20	2	15.38
21-25	5	38.46
26-31	0	0

72 Distribución de la muestra en función del día de la semana: (Desconocemos el día de la semana de 12 de los 25 casos de la muestra).

Tabla 22

Día de la semana	Nº de Casos	Porcentaje
Lunes	3	23.08
Martes	1	7.69
Miércoles	3	23.08
Jueves	2	15.38
Viernes	1	7.69
Sábado	1	7.69
Domingo	2	15.38

Vistos los resultados podríamos esbozar lo que sería la fecha más frecuente de la tentativa de suicidio, esta es un día laborable, preferentemente lunes o miércoles, pudiendo señalar los días entre el 20 y el 25 de cada mes como los de mayor incidencia. En cuanto a los meses del año, obtenemos una mayor incidencia durante el primer semestre (72% de los casos), especialmente en los meses de abril y de junio. En cuanto a la distribución anual, el 84% de los casos corresponden al año 1996, debido a que la muestra recoge 9 de los 12 meses de ese año y únicamente 3 meses del año 1997.

## CONCLUSIONES

A través de los datos obtenidos podemos concluir que la edad de mayor riesgo se sitúa en la segunda parte de la adolescencia (72%). La mayoría de los adolescentes suicidas eran mujeres, un 84%, mientras que el 16% restante eran varones. Este hecho sitúa la proporción de mujeres en 5 por cada varón.

El Cociente Intelectual medio es el que más prevalece en la muestra estudiada. Sin embargo encontramos diferencias significativas en función del sexo. Mientras que la mayoría de las mujeres pertenecen al grupo medio (79%), el 75% de los adolescentes varones se sitúan en el grupo medio-alto, menos el 25% restante (1 caso) que corresponde a un C.I. borderline.

La intoxicación medicamentosa es el método más utilizado, en un 84% de los casos. Uno de los hechos más significativos es la alta utilización de farmacología psiquiátrica (ansiolíticos y/o antidepresivos) como medio de intoxicación (52,37%). Una de las hipótesis que podrían explicar esta causa es que actualmente la medicación psiquiátrica está más al alcance de la población general y, en consecuencia, de los adolescentes, que en la década anterior. Otro aspecto a resaltar es el hecho de que la muestra de varones utiliza métodos más violentos en la tentativa de suicidio.

El medio familiar conflictivo es frecuente en los adolescentes que realizan una o más tentativas de suicidio. En un 84% de los casos encontramos una relación entre los padres alterada. La mayor parte de la muestra estaba formada por una familia de dos hermanos (44%), y encontramos un predominio ligeramente superior en los benjamines (44%). En cuanto a la clase social, los datos reflejan una mayor prevalencia de intentos de suicidio en la clase obrera (60% de los casos).

El desencadenante de la tentativa autolítica varía en función del sexo. En general, los problemas familiares son el primer desencadenante de la tentativa en los adolescentes (36%). Sin embargo, a través del análisis de esta variable en función del sexo encontramos que mientras que el desencadenante principal de las mujeres son los problemas familiares (38,25%), en los varones son las dificultades escolares (50%) los principales precipitantes de la tentativa. Las rupturas sentimentales prevalecen en segundo lugar en la muestra perteneciente a las mujeres (23%), mientras que nosotros no encontramos ningún caso de adolescentes varones que hayan realizado la tentativa a causa de éstas.

El número de tentativas realizadas se reduce en la mayoría de los casos a una sola tentativa (88%), siendo únicamente tres los casos que realizan dos tentativas o más. A su vez, el 84% de la muestra tiene un grado de afectación clínica leve.

Finalmente, la especificación de la época del año más frecuente en lo referente a la tentativa de suicidio se sitúa en el primer semestre (72% de los casos), especialmente en los meses de abril y de junio. El día más común sería un lunes o un miércoles entre el 20 y el 25 de cada mes.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. AACAP, Special Friends of Children Fund. P.O. Box 96106. Washington DC 20090. N° 2, Revisado 4/98.
2. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and Eventual Suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985; 142: 559-563.
3. Durkheim, E (1897; v.e. 1989). *El suicidio*. Madrid, Akal Editora.
4. González Seijo JC, Ramos Vicente YM, Lastra Martínez I, De Dios Vega JL, Carbonell Masia C. Factores familiares en adolescentes con tentativa de suicidio. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*, 1996 En-Feb; 21(1): 12-8
5. Iancu I, Laufer N, Dannon PN, Zohar-Kadouch R; Apter A; Zohor J. A general Hospital study of attempted suicide in adolescence; age and method of attempt. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 1997; 34(3): 228-234.
6. Stengel E. *Suicidio e Tentativa de suicidio*. Lisboa. Dom Quixote, 1980.
7. Suarez J, Saiz P, Bousoño, M, Botes, J. Concepto y clasificación de las conductas suicidas. En: Bobes García J, González Seijo JC, Sáiz Martínez P. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. pp 13-19.
8. Tomás J, Gastaminza X, Bielsa A. Suicidio y tentativa de suicidio en la infancia y adolescencia. *Rev Psiquiatría infanto-juvenil*, 1993; 3: 175-189.