

M.J. Mardomingo Sanz<sup>1</sup>  
M.L. Catalina Zamora<sup>2</sup>

## Intento de suicidio en la infancia y adolescencia: factores de riesgo

1 Jefe de la Sección de Psiquiatría Infantil  
2 Sección de Psiquiatría Infantil.  
Hospital General Gregorio Marañón.  
Madrid

*Attempted suicide in childhood and adolescence: risk factors*

### RESUMEN

El *suicidio* constituye una de las primeras causas de muerte durante la adolescencia y los intentos de suicidio se han incrementado dramáticamente en los últimos años, convirtiéndose en un tema central dentro de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia. El intento de suicidio de un niño plantea al clínico múltiples dilemas, especialmente la identificación de los factores de riesgo de un posible suicidio consumado. En este trabajo se estudian los posibles factores de riesgo en el medio familiar y escolar de un grupo de 30 niños y adolescentes con intentos de suicidio, comparándolos con un grupo control. La ausencia del padre del medio familiar, el alcoholismo del padre, los trastornos en la interacción familiar, la conducta suicida previa, el fracaso escolar y el aislamiento social de la familia, aparecen como variables altamente significativas.

### PALABRAS CLAVE

Intento de suicidio. Factores de riesgo.

### ABSTRACT

*The rate of suicide among adolescents have shown a disturbing increase in the last decades, becoming one of the most important issues in Child and Adolescent Psychiatry. Suicide attempts increases steadily with age, especially among girls, who grossly outnumber boys.*

*Clinicians face difficult dilemmas, however, in identifying those children who are at greatest risk for medically serious suicide attempts. This paper presents the results of the risk factors studied in 30 children and adolescents who have made suicide attempts compared to a matched control group. A broken home or loss of the father, alcoholism, disturbed upbringing and family relationships, previous suicide attempts, school failure and social isolation of the family are significantly present.*

### KEY WORDS

*Suicide attempts. Risk factors.*

**Tabla 1 Características demográficas**

	GE		GC		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
Número de sujetos	30	100	45	100		
Media de edad	13,2		13			
Ingresos mensuales familiares	96000		108000			
<b>Sexo</b>						
Varones	5	16,6	12	26,6		
Mujeres	25	83,3	33	73,3		
<b>Nivel educativo del padre</b>					6,79	NS
Analfabeto	3	10	0	0		
Estudios primarios	21	70	28	62,2		
Bachillerato superior	4	13,3	9	20		
Estudios universitarios	2	6,6	8	17,7		
<b>Nivel educativo de la madre</b>					6,62	NS
Analfabeta	3	10	0	0		
Estudios primarios	23	76,6	32	71,1		
Bachillerato superior	2	6,6	8	17,7		
Estudios universitarios	2	6,6	5	11,1		

df= 3.

**Tabla 2 Distribución por edad y sexo del grupo experimental**

Edad	Varones		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Menores de 8 años	0	0	0	0	0	0
8 años	0	0	1	3,3	1	3,3
9 años	0	0	1	3,3	1	3,3
10 años	0	0	1	3,3	1	3,3
11 años	0	0	0	0	0	0
12 años	0	0	5	16,6	5	16,6
13 años	0	0	6	20	6	20
14 años	2	6,6	7	23,3	9	30
15 años	3	10	4	13,3	7	23,3
Total	5	16,6	25	83,1	30	100

factores de riesgo que harán pasar a un niño o adolescente de un intento de suicidio a un suicidio consumado. La mayoría de los trabajos sobre factores de riesgo se centran en el estudio de las características de personalidad del niño, detección de síntomas depresivos u otros trastornos psiquiátricos, contacto con casos de suicidio, etc.<sup>(3,4)</sup>

De hecho son muchos más los adolescentes que utilizan métodos poco letales en un intento de suicidio que aquellos que emplean métodos de alta letalidad y asimismo son muchos más los que manifiestan ideas de suicidio que los que cometen un intento. Probablemente sólo algunos de estos adolescentes corren un riesgo cierto de suicidio y sin embargo se carece de parámetros objetivos que permitan identificarlos de cara a su prevención y tratamiento.

En el campo de los adultos se han establecido correlaciones entre suicidio y determinadas variables tales como trastornos psiquiátricos, depresión, edad, sexo, raza, etc. No obstante, la mayoría de los trabajos señalan la dificultad de identificar los verdaderos factores de riesgo de un suicidio obteniéndose altos porcentajes de falsos positivos y de falsos negativos con los métodos empleados<sup>(5-7)</sup>. Las investigaciones que se centran en la infancia y adolescencia señalan como factores de riesgo la edad, trastornos en la interacción familiar<sup>(3,8,9)</sup>, trastornos afectivos y uso de drogas<sup>(3)</sup>.

Aunque la relación entre depresión y suicidio en la adolescencia no es lineal, el diagnóstico de depresión es relativamente frecuente entre los adolescentes que intentan suicidarse.

En este trabajo se aborda el estudio de posibles factores de riesgo en el medio familiar y escolar, sin

## INTRODUCCIÓN

El suicidio constituye una de las primeras causas de muerte durante la adolescencia y los intentos de suicidio se han incrementado dramáticamente en los últimos años en la infancia<sup>(1,2)</sup>. Esta circunstancia sitúa el estudio de este problema en un lugar central dentro de la Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

Dos posturas extremas han predominado en los profesionales de la psiquiatría y en la sociedad en general ante el intenso dramatismo de una conducta suicida: la de aquellos que tendían a minimizarla identificándola con accidentes y la de aquellos que opinaban que poco o muy poco se podía hacer ante una circunstancia de este tipo. No cabe duda de que si las ideas simples son casi siempre erróneas cuando se refieren a la conducta humana, en el caso de la conducta suicida la posibilidad de error es aún mucho mayor. El abordaje de este tema debe hacerse desde la complejidad, pues como dice Edgar Morin "La complejidad está en la base del razonamiento científico". Sólo trabajos rigurosos y contrastados contribuirán a darnos una idea más clara del suicidio en la infancia.

El intento del suicidio de un niño plantea al clínico, múltiple dilemas, especialmente la detección de aquellos

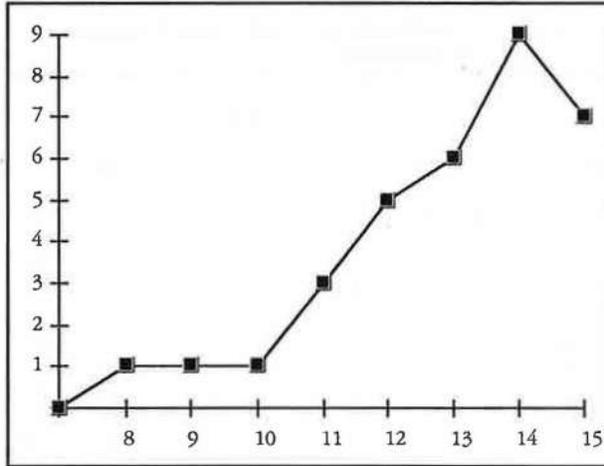


Figura 1. Distribución de los intentos de suicidio según la edad. Varones y mujeres.

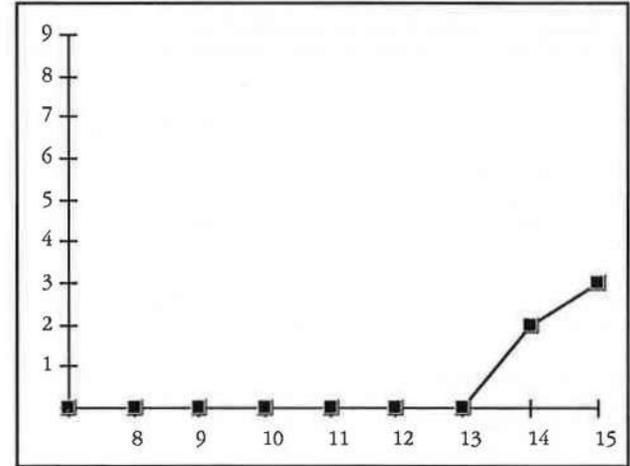


Figura 2. Distribución de los intentos de suicidio según la edad. Varones.

pretender por supuesto dar una respuesta definitiva, pero sí profundizar en una vía de investigación que puede ser de gran utilidad en la práctica diaria.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar el estudio se contó con un grupo experimental (GE) y un grupo control (C). El GE se obtuvo buscando en el Archivo de historias clínicas los casos de intentos de suicidio que se habían producido entre

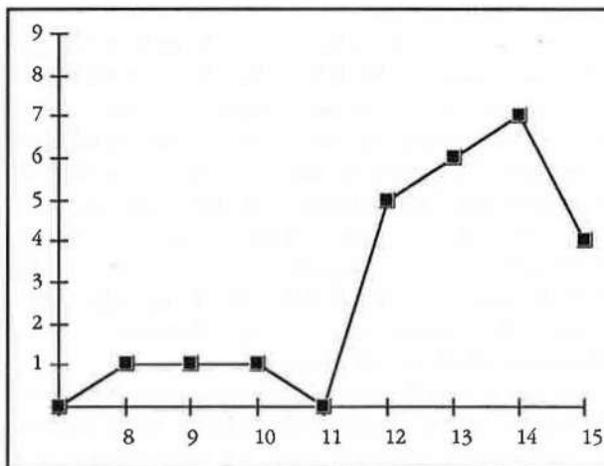


Figura 3. Distribución de los intentos de suicidio según la edad. Mujeres.

enero de 1983 y marzo de 1987. Se estableció contacto con los padres de estos niños y adolescentes y en 30 de los 55 casos la familia colaboró en el estudio.

Para obtener el GC se repartió entre los alumnos de un colegio de EGB una carta dirigida a los padres solicitando su colaboración. De las 75 familias que acudieron se seleccionaron 45 y se descartaron 30, con objeto de que la edad del niño y el nivel económico y cultural de las familias del GE y GC fuesen similares.

En ambos grupos se entrevistó separadamente al niño y a los padres, generalmente la madre. Los datos familiares y personales del GE se han obtenido no sólo de la entrevista, sino también de la Historia Clínica elaborada por los Psiquiatras Infantiles del Hospital General Gregorio Marañón de Madrid a través de varios meses de seguimiento.

Se estudió la incidencia de los intentos de suicidio en relación con la edad y el sexo, el método utilizado, la existencia de amenazas o intentos previos y el motivo desencadenante. Se estudió asimismo la existencia de factores de estrés en el año anterior al intento de suicidio, el contacto con casos de suicidio y las circunstancias familiares y escolares, comparando estadísticamente al grupo experimental con el grupo control, con el fin de detectar los factores de riesgo.

La existencia de factores de estrés en el año previo al intento se valoró aplicando una Escala de Acontecimientos Vitales adaptada a la población infantil española (Mardomingo y cols. 1986)<sup>(6)</sup>. La Escala de Acontecimientos Vitales fue estimada por el método de Mann Whitney.

**Tabla 3 Motivo desencadenante**

	N	%
Discusión con los padres o castigo de los padres	15	50
Temor al castigo	4	13,3
Discusión entre los padres	3	10
Ruptura amorosa	2	6,6
Problemas escolares	2	6,6
No se observó motivo desencadenante	4	13,3

En el resto de las variables comparadas entre ambos grupos se aplicó la  $\chi^2$  de Pearson, usando la corrección de Yates ( $\chi_0^2$ ) en los casos necesarios. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de  $p \leq 0,05$ .

El grupo de edad que abarca este estudio es de 6 a 16 años, considerándose adolescentes a los sujetos de 12 a 16 años y niños a los menores de 12. La media de edad del GE es de 13,2 años y la del GC de 13. Las características demográficas de la muestra se observan en la tabla 1.

## RESULTADOS

Se observa que la incidencia de intentos de suicidio aumenta con la edad, siendo nueve veces más frecuentes en la adolescencia que en la infancia. Respecto al sexo son cinco veces más frecuentes en el femenino (Tabla 2).

**Tabla 5 Interacción padre-madre. Interacción niño-padres**

	GE		GC		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
<i>Relación padre-madre</i>					2,47*	NS
Armónica	10	62,5	36	85,7		
Conflicativa	6	37,5	6	13,3		
Total	16	100	42	100		
<i>Relación padre-hijo</i>					11,31	0,001
Armónica	8	38	36	80		
Conflicativa	13	61,9	9	20		
Total	21	100	45	100		
<i>Relación madre-hijo</i>					6,19	0,02
Armónica	17	58,6	38	84,4		
Conflicativa	12	41,3	7	15,5		
Total	29	100	45	100		

df= 1.

\* Aplicada la corrección de Yates.

**Tabla 4 Ausencia de uno de los padres y separación o divorcio**

	GE		GC		$\chi_0^2$	p
	N	%	N	%		
<i>Ausencia de la figura paterna</i>					12,63	0,001
Muerte	7	23	0	0		
Abandono	2	6,6	0	0		
Total	9	30	0	0		
<i>Ausencia de la figura materna</i>					0,04	NS
Muerte	0	0	0	0		
Abandono	1	3,3	0	0		
Total	1	3,3	0	0		
Ausencia de ambos	0	0	0	0		
Separación o divorcio	4	13,3	3	6,6	0,32	NS

df= 1.

Considerando conjuntamente ambos sexos y relacionándolo con la edad, se observa que no hay ningún caso en menores de ocho años, a partir de esta edad la incidencia aumenta, para alcanzar un máximo a los 14 (Fig. 1)\*. En los varones los intentos de suicidio empiezan a producirse más tarde (a los 13 años) y alcanzan su máxima incidencia a los 15 (Fig. 2). En las mujeres empiezan a producirse ya desde los ocho años y su número máximo se registra a los 14 (Fig. 3). Es decir, que en el sexo femenino los intentos de suicidio aparecen a edad más temprana y alcanzan la máxima incidencia un año antes.

El método empleado en todos los casos fue la ingesta de tóxicos y fármacos, principalmente ansiolíticos y benzodiacepínicos. Destaca que la mayoría de los sujetos ingirieron bajas dosis de fármaco; no obstante el 73% manifestó haber tenido deseo de muerte en el momento del intento. El 20% de los sujetos habían realizado uno o varios intentos previos, y considerando conjuntamente la presentación de intentos y de amenazas previas, ésta se había dado en el 33,3% de los casos. En estos sujetos reincidentes la gravedad de la conducta suicida fue en aumento.

El motivo desencadenante referido por el 50% de los niños fue una discusión con los padres, siguiendo en

\* Finalizada la recogida de datos para este trabajo, hubo dos nuevos casos ambos varones de siete y ocho años respectivamente con intento de ahorcamiento.

46

**Tabla 6 Conducta de los padres hacia el hijo**

	GE		GC		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
Malos tratos	6	20	1	2,2	4,78*	0,05
Indiferencia	8	26,6	2	4,4	5,88*	0,02
Exceso de preocupación	14	46,6	14	31,1	1,86	NS
Satisfacción	15	50	37	82,2	8,78	0,01

df= 1.

\* Aplicada la corrección de Yates.

frecuencia el temor al castigo y el miedo a la separación de los padres, después de una discusión entre ellos. En algunos casos no había ningún motivo desencadenante sino una situación continua, insoportable para el niño (Tabla 3). Asimismo, los niños del grupo de intentos de suicidio estuvieron sometidos a mayores niveles de estrés que los del grupo control, durante el año anterior al intento, obteniéndose resultados altamente significativos con el método estadístico de Mann Whitney con una  $p < 0,001$ .

Respecto de las circunstancias familias pueden verse los resultados obtenidos en las tablas 4 a 10. Las variables que han alcanzado mayor grado de significación y que por tanto deben considerarse como importantes factores de riesgo han sido: *alcoholismo del padre*, presente en el 33,3% del grupo de estudio frente al 2,2% del grupo de control; *ausencia del padre por muerte o abandono*, presente en el 30% del grupo de estudio y en 0% del grupo control; *relaciones conflictivas del niño con el padre*, presente en el 61,9% del grupo con intentos de suicidio frente al 20% del grupo control.

Otros factores de riesgo en orden decreciente fueron: *aislamiento social de la familia*; *excesivas responsabilidades familiares*: en el grupo experimental el 23,3% (siete casos) se encontraba en esta situación frente al 0% del grupo control. Con estos datos se obtiene una  $\chi^2$  de 8,98, siendo  $p < 0,01$ ; *insatisfacción de los padres con el carácter y el comportamiento del niño*; *relaciones conflictivas del niño con la madre*; *edad avanzada de los padres*; *indiferencia de los padres por los problemas del niño*; *posición intermedia entre los hermanos*, y *malos tratos*.

Al estudiar las circunstancias escolares lo primero que llama la atención es el alto porcentaje de no escolarizados entre los niños y adolescentes que habían intentado suicidarse (13,3%), también el bajo rendi-

**Tabla 7 Problemas económicos y aislamiento social de la familia**

	GE		GC		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
Problemas económicos	6	20	3	6,6	1,89	NS
Aislamiento social	8	26,6	0	0	10,78	0,01

df= 1.

miento escolar a lo largo de varios años es típico de este grupo. Sin embargo, fueron los niños del grupo control los que presentaron un mayor grado de estrés escolar, con mayores responsabilidades escolares y más miedo al fracaso, aunque la diferencia no es suficiente para resultar estadísticamente significativa (Tabla 11).

## DISCUSIÓN

La edad aparece como un primer factor de riesgo de los intentos de suicidio<sup>(5-7,11,14)</sup> con un espectacular aumento de los mismos durante la adolescencia, en posible relación con las nuevas demandas sociales que tiene que afrontar el adolescente, no siempre acordes con la madurez emocional del niño y que pretenden una incorporación tal vez demasiado rápida al mundo de los adultos. Hay que destacar no obstante que en las últimas décadas, los intentos de suicidio afectan cada vez a niños de menor edad. De hecho en Inglaterra a partir de 1975 se ha observado una incidencia preferente en niños de 12 a 15 años<sup>(10)</sup>.

La mayor frecuencia en hembras, descrita en todos los trabajos<sup>(11,12)</sup> puede explicarse en función de la maduración más precoz de las niñas que les hace captar antes que a los varones, problemas propios del mundo de los adultos tales como la conflictividad en las relaciones interpersonales. Asimismo, las niñas perciben la ingesta de medicamentos como una alternativa eficaz ante una situación problemática, mientras que los varones prefieren la ingesta de alcohol o el desarrollo de conductas agresivas.

El antecedente de conducta suicida se da en el 26% al 58% de los casos de intento de suicidio, según distintos autores<sup>(11-14)</sup> en este trabajo se presenta en el 33% de los casos y debe por tanto considerarse como un factor de riesgo.

**Tabla 8 Patología de los padres**

	GE		GC		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
Enfermedad psiquiátrica del padre	1	3,3	2	4,4	0,13	NS
Depresión del padre	1	3,3	1	2,2	0,19	NS
Enfermedad psiquiátrica de la madre	6	20	2	4,4	3,08	NS
Depresión de la madre	4	13,3	2	4,4	0,91	NS
Alcoholismo del padre	10	33,3	1	2,2	11,54	0,001
Alcoholismo de la madre	1	3,3	0	0	0,04	NS
Enfermedad orgánica del padre	2	6,6	4	8,8	0,007	NS
Enfermedad orgánica de la madre	3	10	3	6,6	0,007	NS

*df*= 1.

La presencia o ausencia de verdadero deseo de muerte, en el niño o adolescente que comete un intento de suicidio, ha sido motivo de amplias y apasionadas discusiones por parte de los profesionales. En nuestro trabajo es evidente que el método utilizado por la mayoría de los niños se caracteriza por su baja letalidad y con amplias posibilidades de rescate. No obstante, nada menos que el 73% de los niños manifestaron haber tenido deseos explícitos de muerte en el momento del intento o indiferencia ante la muerte. Estos resultados coinciden con los de Gispert y cols. (1985) y con los de Hawton (1982) que realiza un interesante estudio de las discrepancias existentes entre la opinión de los profesionales respecto de un intento de suicidio y el deseo de muerte manifestado por el niño. Así el 34% de los adolescentes que habían hecho un intento de suicidio manifestaron haber tenido deseos explícitos de morir, los profesionales sólo lo habían advertido en un 14%. Asimismo un 42% indicaban haber experimentado indiferencia ante el hecho de morir o no, mientras que el clínico sólo lo había valorado en un 18%. De hecho los clínicos habían opinado que el 68% de los niños no habían tenido verdadero intento de suicidio, mientras que sólo el 24% de los adolescentes lo había expresado así. El acuerdo de los clínicos fue total con aquellos adolescentes que expresaron no tener verdadera intención de suicidio pero sólo coincidieron con el 29% de los que realmente quisieron morir.

Respecto de las razones concretas para intentar el suicidio se observó también una acusada discrepancia.

**Tabla 9 Edad de los padres**

	GE		GC		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
Edad de los padres					6,07	0,02
30-39 años	7	23,3	22	48,8		
40-49 años	16	53,3	19	42,2		
50-59 años	7	23,3	4	8,8		

*df*= 2.

Los adolescentes insisten en la vivencia de situaciones insoportables que perciben sin solución. Los profesionales suelen optar por motivos encaminados a manipular o castigar a determinados miembros del medio ambiente. Esta discrepancia se ha observado también en estudios hechos en adultos.

Parece sensato concluir que la motivación para cometer un intento de suicidio suele ser compleja y habitualmente responde a más de una razón.

La mayoría de los niños y adolescentes que intentaron suicidarse vivían en un medio ambiente familiar desestructurado. La ausencia de uno de los padres, el alcoholismo del padre o las relaciones conflictivas con los padres han sido variables altamente significativas. Estas características familiares también han sido observadas por otros autores<sup>(11,12,16-18)</sup>.

Un hecho destacable es que parece ser clave la figura del padre, y así, variables como relaciones conflictivas con el padre, alcoholismo del padre y ausencia de la figura paterna han resultado estadísticamente significativas, mientras que las mismas situaciones consideradas en la madre no son significativas o lo son a escaso nivel.

Estos resultados coinciden con los de otros autores que consideran concretamente la ausencia del padre del medio familiar como factor predisponente para padecer depresión y cometer intentos de suicidio, circunstancia observada además en distintas sociedades y culturas<sup>(19)</sup>.

Otros factores familiares negativos que influyen en la aparición de conducta suicida son la insatisfacción de los padres con el comportamiento y el carácter del niño, la indiferencia de los padres por los problemas del niño y la existencia de malos tratos.

De hecho la mayoría de las niñas refieren serias dificultades en la relación con el padre, con escasa

48

Tabla 10 Número de hijos

	GE		GC		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
Número de hijos					13,54	NS
1 hijo	2	6,6	0	0		
2	5	16,6	18	40		
3	9	30	16	35,5		
4	8	26,6	5	11,1		
5	4	13,3	4	8,8		
6	0	0	2	4,4		
7	1	3,3	0	0		
8	1	3,3	0	0		

df= 7.

comunicación y cuando ésta se da suele tener un carácter violento. Asimismo los trabajos que se centran en el estudio de varones con intentos de suicidio, destacan los trastornos en la interacción con la madre, la cual espera que el niño asuma el papel del padre que suele estar ausente. La conflictividad por tanto se presenta fundamentalmente con el padre del sexo opuesto.

Se ha observado una alta tasa de fracaso escolar entre los niños y adolescentes del grupo experimental; sin embargo, fueron los sujetos del grupo control los que manifestaron un mayor grado de estrés escolar. Probablemente, la gran desestructuración familiar y las excesivas responsabilidades familiares de los niños y adolescentes que han intentado suicidarse hacen pasar a un segundo plano las responsabilidades escolares.

Por otra parte, la ausencia de escolarización, intensifica los sentimientos de aislamiento y soledad del niño, favoreciendo el desencadenamiento de la conducta suicida.

Tabla 11 Rendimiento escolar y estrés escolar

	GE		GC		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
Rendimiento escolar deficiente	18	60	11	24,4	9,59	0,01
Curso inadecuado a la edad	8	32	6	13,3	3,5	NS
Excesivo estrés escolar	6	24	13	28,8	0,17	NS

df= 1.

Estos resultados indican que los niños y adolescentes que intentan suicidarse han sufrido un mayor estrés ambiental a lo largo de su vida, que se intensificó en el último año. Ante esa situación es fácil comprender que cualquier factor aparentemente de escasa importancia pueda convertirse en desencadenante del intento de suicidio, sobre todo en la adolescencia en la que se añaden las preocupaciones propias de esta etapa.

En *resumen* puede decirse que el niño que tiene riesgo de cometer un intento de suicidio, tiene las siguientes características:

Adolescente, hembra, con fácil acceso a medicamentos, con antecedentes de conducta suicida, que tiene frecuentes discusiones con los padres o está viviendo una ruptura amorosa y tiene un fracaso escolar y/o ausencia de escolarización.

El medio familiar se caracteriza por: ausencia del padre, alcoholismo del padre, relaciones conflictivas de los padres con el hijo, discusiones frecuentes entre los padres, amenaza de divorcio o separación, aislamiento social de la familia y excesivas responsabilidades del niño en el medio familiar, no correspondientes a su edad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Weissman MM. The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1970. *Archives of General Psychiatry* 1974;30:737-746.
- Deykin EY, Alpert JJ, McNamara JJ. A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. *Am J Psychiat* 1985;142(11): 1299-1303.
- Garfinkel BD, Froese A, Hood J. Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1982;139:1257-1261.
- Carlson GA, Cantwell DP. Suicidal behavior and depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Psychiatry* 1982;21:261-368.
- Pokorny AD. Predictions of suicide in psychiatric patients: report of a prospective study. *Arch General Psychiatry* 1983;40:249-257.
- Murphy GE. The clinical identification of suicidal risk, in the Prediction of Suicide. Edited by Beck AT, Resnik HCP, Lettieri PJ, Md Charles Press, 1924.
- MacKinnon D, Farberow N. An assessment of the utility of suicide prediction. *Suicide Life Threat Behavior* 1975;6:86-91.
- McIntire MS, Angle CR, Wikoff RL y cols. Recurrent adolescents suicidal behavior. *Pediatrics* 1977;60:605-608.

- 9 Dopart TL, Jackson JK, Ripley HS. Broken homes and attempted and completed suicide. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:213-216.
- 10 Hawton K, Goldacre M. Hospital admission for adverse effects of medicinal agents (mainly self-poisoning) among adolescents in the Oxford region. *British J Psychiatry* 1982;141:166-170.
- 11 Mattsson A, Seele LR, Hawkins JW. Suicidal behavior as a child psychiatric emergency. *Arch Gen Psychiat* 1969;20:100-109.
- 12 Gastaminza X, Alvarez M, Venteo MP, Tomas J. Las tentativas de suicidio en la infancia y la adolescencia: aproximación paramétrico-epidemiológica. *Rev Neur Psiq Inf* 1983;2(1):123-155.
- 13 Terroba G, Heman A, Satijeral MT, Martínez P. El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos. *Salud Pública Mex* 1986;28:48-55.
- 14 Gispert M, Wheeler K, Marsh L, Davis MS. Suicidal adolescents: factors in evaluation. *Adolescence* 1985;20:753-762.
- 15 Hawton K, Cole D, O'Grady J, Osborn M. Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents. *British J Psychiatry* 1982;141:286-291.
- 16 Rohn RD, Sarles RM, Kenny TJ, Reynolds BJ, Heald FP. Adolescents who attempt suicide. *J Pediat* 1977;90:636-638.
- 17 Pfeffer CR, Plutchik R, Mizruchi, Linkins R. Suicidal behavior in child psychiatric inpatients and outpatients and in nonpatients. *Am J Psychiat* 1986;143:733-738.
- 18 Weissman MM, Prusoff BA, Gammon GD, Merikangas KR, Leckman JF, Kidd KK. Psychopathology in the children (ages 6-18) of depressed and normal parents. *J Am Acad Child Psychiat* 1983;23:78-84.
- 19 Mc Anarney ER. Adolescents and young adult suicide in the United States -A reflection of societal unrest? *Adolescence* 1979;14:765-774.
- 20 Mardomingo MJ, Kloppe S, Gallego MS. Escala de Acontecimientos Vitales Adaptada a la población infantil española. I Congreso de la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la A.E.P. Barcelona 1986. *Neur Psiq Inf* (en prensa).
- 21 Mardomingo MJ, Catalina ML. Intentos de Suicidio en la infancia y adolescencia. Comunicación Científica Congreso Folch y Camarasa, Barcelona 1987. *Rev Esp Neurop Infant* (en prensa).
- 22 Mardomingo MJ, Catalina ML, Gil Flores S. *Intentos de suicidio, trastornos psiquiátricos y acontecimientos vitales en niños y adolescentes*. Comunicación Científica en la XXVIII Revisión Anual de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil, La Toja, 1988. En prensa en Libro de Comunicaciones del Congreso.