



11237

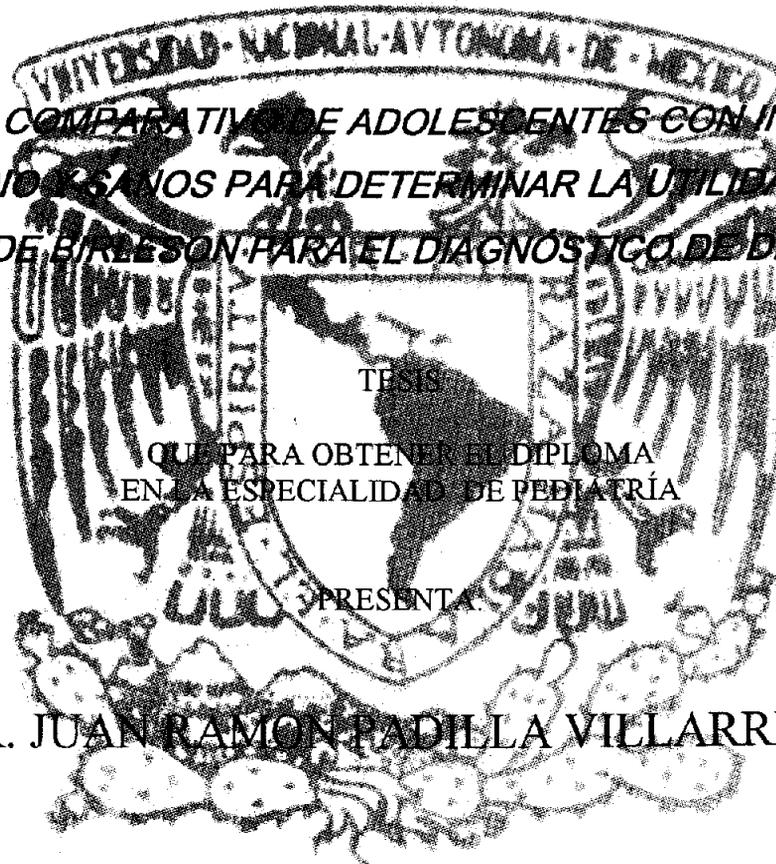
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

*HOSPITAL INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA*

ESTUDIO COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE  
SUICIDIO CASOS PARA DETERMINAR LA UTILIDAD DE LA  
ESCALA DE BIRLESON PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN.



TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
EN LA ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA

PRESENTA

DR. JUAN RAMON PADILLA VILLARREAL

0351943

Hermosillo, Sonora a Septiembre de 2004.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

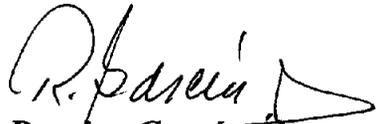
## HOSPITAL INFANTÍL DEL ESTADO DE SONORA

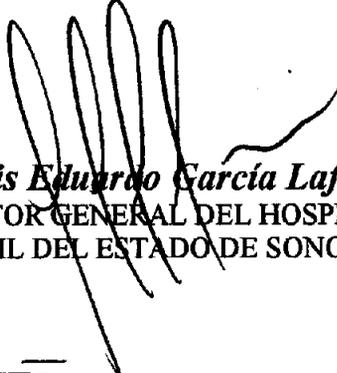
**ESTUDIO COMPARATIVO DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE  
SUICIDIO Y SANOS PARA DETERMINAR LA UTILIDAD DE LA  
ESCALA DE BIRLESON PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN**

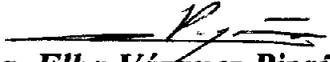
SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

Tesis  
Que presenta para obtener el título en Pediatría

**DR. JUAN RAMÓN PADILLA VILLARREAL**

  
**Dr. Ramiro García Álvarez**  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACIÓN Y PROFESOR  
TITULAR DEL CURSO PEDIATRÍA

  
**Dr. Luis Eduardo García Lafarga**  
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL  
INFANTIL DEL ESTADO DE SONORA.

  
**Dra. Elba Vázquez Pizaña**  
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO  
DE MEDICINA DEL ADOLESCENTES  
Y ASESOR DE TESIS

Hermosillo, Sonora a Septiembre de 2004.

*Con todo respeto y amor dedico esta tesis a mis Queridos Padres, que con su ejemplo siempre me han conducido por el buen camino, apoyándome y estimulándome a seguir superándome, celebrando mis logros y aceptando mis tropiezos, que siempre me han de servir de enseñanza.*

*A mis Hermanas, por haberme impulsado, animado y brindado su cariño incondicional, que me ha hecho lograr mis metas.*

*A mis amigos, Silvia y Héctor, que por fortuna cuento con ustedes que han sido dos personas especiales en mi camino, y ese gran apoyo que me han brindado no se puede olvidar en este momento de profundo agradecimiento.*

*A Cristina, pudiste haber llegado antes o después, pero llegaste en el momento indicado, gracias por tu apoyo y compañía.*

*A mis maestros y especialmente mi Asesor, Dra. Elba Vázquez Pizaña, que han dejado huella en mi formación profesional, por sus consejos y orientación a nuevos caminos y expectativas de desarrollo y superación.*

*Muy sinceramente a todos aquellos Niños que han hecho posible mi formación como Pediatra. GRACIAS.*

# ÍNDICE

|                    | No. Pag. |
|--------------------|----------|
| <b>RESUMEN</b>     |          |
| Introducción       | 1        |
| Objetivos          | 33       |
| Material y métodos | 34       |
| Resultados         | 37       |
| Discusión          | 63       |
| Conclusiones       | 70       |
| Sugerencias        | 75       |
| Bibliografía       | 76       |
| Anexos             |          |

## RESUMEN

**TÍTULO:** Estudio comparativo de adolescentes con intento de suicidio y sanos para valorar la utilidad de la Escala de Birlson para el diagnóstico de depresión.

**INTRODUCCIÓN:** El suicidio es la tercera causa de muerte en adolescentes entre 15-19 años. Los factores asociados son depresión, problemas en ambiente familiar, consumo de drogas, ansiedad.

**OBJETIVOS:** determinar la utilidad de la Escala de Birlson para el diagnóstico de depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos

**MATERIAL Y MÉTODOS:** se realizó un estudio comparativo, en el periodo comprendido del 1 de Diciembre de 2001 al 31 de Marzo del 2004, comparando los adolescentes con intento de suicidio y sanos seleccionados al azar con características similares en edad y sexo. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, factores socioculturales, factores de riesgo suicida, diagnóstico, tratamiento y evolución, se utilizó la Escala de Birlson la cual tiene un punto de corte de 15 para el diagnóstico de depresión. Para el análisis estadístico se utilizó chi cuadrada y T de student.

**RESULTADOS:** se estudiaron 120 adolescentes, 60 con intento de suicidio y 60 sanos, predominó el sexo femenino, el promedio de edad fue de 14 años; originarios de Hermosillo 76%, predominó la religión católica 75%. La diferencia de los grupos fue que en los adolescentes con intento de suicidio presentaron significancia estadística en los siguientes factores de riesgo: problemas familiares, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, familia desintegrada y violencia familiar, en cuanto los factores personales se encontró en equivalentes depresivas, depresión, intento de suicidio previo, disfunción familiar.

La Escala de Birlson mostró una diferencia de 3.7 puntos, con 14.7 para los que intentaron suicidarse y 11 para los sanos.

**CONCLUSIONES:** Existen diferencias importantes en los dos grupos de adolescentes, principalmente en los factores de riesgo familiar y depresivos. La Escala de Birlson tiene gran utilidad para valorar la intensidad o nivel de depresión en adolescentes. Un adolescente con intento de suicidio debe tener una atención multidisciplinaria.

## INTRODUCCIÓN

**DEFINICIÓN.-** La palabra suicidio proviene del latín sui (sí mismo) y cidium (muerte; del verbo coedere: matar); es decir, *darse muerte a sí mismo.*

La Organización Mundial de la Salud, define el suicidio en la edad Pediátrica, como “ *muerte provocada que ocurre antes de los 15 años de edad*” .<sup>(1,2)</sup>

En definición del Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, el Dorland en su 26ª ed., se entiende como suicidio: “ acción de quitarse la vida” . Cuando se le llama suicidio psíquico significa: “ terminación de la propia vida, sin emplear agentes físicos” .

Durkheim, en su obra ya clásica el, suicidio, (1897), dice: “ *llamamos suicido a todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de*

*un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que se va a producir dicho resultado” . (3,4)*

The Encyclopedia of Suicide, editada por primera vez por Glen Evans y Norman L. Farberow, en 1988, asegura que muchos profesionales, suicidólogos, filósofos, investigadores, médicos, científicos sociales, etc. que han escrito y estudiado sobre el suicidio, todavía no encuentran una definición satisfactoria de este fenómeno, porque se trata de algo mucho más importante que una simple cuestión filosófica.

Además, la palabra suicidio se puede referir no a un acto singular, sino también a una variedad de conductas que lo acompañan; por ejemplo: deseos, pensamientos, intención, intentos, gestos y muchas más. (4)

El intento de suicidio consiste en cualquier acto de autoperjuicio infringido con intención autodestructiva, aunque esta sea vaga o

ambigua y se llama ideación suicida a los pensamientos relacionados con quitarse la vida o hacerse daño voluntariamente, muchos de estos síntomas son similares a los de depresión; las ideas de muerte consisten en el deseo de morir, sin relacionarlo necesariamente con quitarse la vida. (5)

Pfeffer y colaboradores expertos en suicidio en niños y adolescentes comentan sobre la definición de la OMS lo siguiente: “ *el concepto de conducta suicida en preadolescentes y adolescentes incluye pensamientos acerca de la causa intencional de auto-lesionarse o muerte (ideas suicidas), y actos de causa intencional autolesivos (intento de suicidio) o muerte (suicidio).* (5)

En diversas regiones del mundo y durante los últimos años, se ha observado un incremento paulatino, aunque constante de la conducta suicida en el adolescente. (6)

El suicidio, es una conducta casi específicamente humana, tan humana como cualquier otra, pero frecuentemente evaluada con el prejuicio religioso-cultural como una conducta negativa y pecaminosa.

En el caso de los niños y adolescentes esta conducta tiene implicaciones sobre el momento cronológico en que se efectúa, que es el principio de la vida, cuando al individuo le falta experiencia. De ahí las concepciones negativas con que generalmente se aprecia el problema. (7)

**HISTORIA.-** El suicidio es una conducta humana universal. La historia y la literatura están repletas con ejemplos de suicidio. La misma Biblia,

en el *Antiguo Testamento*, menciona explícitamente el de *Ajitófel* (2s 17,23), personaje que tiene un gran parecido a Judas Iscariote el “ gran suicida del Nuevo Testamento” ; y los de aquéllos guerreros que se dieron muerte para escapar del enemigo: *Abimelék* (Jc 9,54), al igual que *Saúl y su escudero* (1 S 31, 4.5); *Zimri*, quién fue un mal rey de Israel (1 R 16,18); *Razías*, uno de los ancianos de Jerusalem de la época de la guerra de liberación dirigida por otro Judas: *El Macabeo* (2 M 14, 41s); también *Sansón*, quién con su muerte vengó a Israel de aquéllos que sacaron los ojos al propio héroe (Jc 16,30) <sup>(8)</sup>.

Igualmente en la India, muchos sabios se suicidaron durante las fiestas religiosas en busca del Nirvana. Bajo el impulso del *Siddharta Gautama*, tanto en el Tibet como en China proliferaron los suicidios: algunos porque buscaban la perfección y otros porque huían ante el

enemigo. La historia cuenta, incluso, la existencia de reacciones suicidas como por ejemplo, los quinientos discípulos de *Confucio*, quienes a su muerte, se arrojaron al mar en protesta por la destrucción de los libros del Maestro.

En Egipto, ya que la muerte era una liberación, se formaron asociaciones que buscaban los medios más agradables de morir. En Grecia, aunque en algunas partes se castigaba el suicidio como en Atenas, los filósofos influyeron suficientemente: *Platón*, *Diógenes*, *Hegesías*, al igual que los escéptcos, hicieron una apología del suicidio, tan elocuente, que muchos de sus discípulos recurrieron a este tipo de muerte.

En África, en la tribu Batus el suicidio se utiliza como revancha; es decir, si un individuo tiene una deuda y no puede pagar, se puede suicidar y la culpa y revancha recaerá sobre el deudor.

Un país conocido por practicar el suicidio es Japón, con el llamado *Hara-Kiri*, que fué el resultado del militarismo medieval auspiciado por el deseo de los nobles de escapar a la humillación de caer en manos de los enemigos. (4)

En la historia de México se puede mencionar dos casos trascendentales de suicidio: 1) El tercer emperador mexicana *Chimalpopoca*, quién se ahorco dentro de una jaula antes de aceptar ser vasallo de los tecpanecas, 2) El cadete del Colegio Militar, que se tiró al vacío envuelto en una bandera para no entregarla al enemigo.

Se puede decir que estos dos actos de suicidio son similares: fueron actos de heroísmo y dignidad, según *Durkheim* (1897).<sup>(2)</sup>

**EPIDEMIOLOGÍA.-** El suicidio es la segunda o tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 y 19 años de edad. Estudios de seguimiento de adolescentes que han realizado un intento de suicidio, muestran que el 10% se suicida dentro de los 10 años siguientes, además se demostró que los suicidios completados son más comunes en hombres, y las mujeres tienen mayor riesgo en las otras conductas suicidas.<sup>(9)</sup>

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el Boletín de Estadísticas de Intentos de Suicidio. Edición 2003; nos muestra que en el año 2002 se registraron 304 casos de intentos de

suicidio, constatando una tendencia decreciente en el volumen anual de casos registrados identificada en -28.0 puntos porcentuales.

Los intentos de suicidio registrados que ocurrieron en el territorio nacional, reflejaron un mayor nivel de concentración en cinco entidades federativas, ya que el 73.3% de los actos se realizaron en Yucatán (21.7 % del total nacional); Nuevo León (15.5%); Durango (14.8%); Coahuila de Zaragoza (12.5%) y Jalisco con (9.2%).

Nueve de cada 10 casos fueron llevados a cabo en la casa-habitación, sitio en el que 62.2% correspondieron a mujeres.

Entre las causas que originaron los intentos por quitarse la vida destacó: el disgusto familiar en tres de cada 10 casos y la causa amorosa en uno de cada 10. Para uno de cada cuatro actos se desconoció la causa que desencadenó la autodestructiva intención.

Durante el bimestre de marzo y abril ocurrieron tres de cada 10 intentos, en tanto que en diciembre se presentaron casos con la menor frecuencia advertida: 3.9% del total anual.

En el ámbito urbano, ocurrieron cuatro de cada 10 intentos, mientras que en el área rural la proporción fué de uno de cada 10.

En cuanto a la población que intentó suicidarse, se identificó a 182 mujeres, representando el 59.9% y 122 hombres que constituyen el 40.1%.

En relación a la edad que tenían, la frecuencia más significativa se identificó en el grupo femenino de 15-19 años con un porcentaje de 21.4% entre los hombres, sobresalió el volumen de casos en los que contaban entre 20 y 24 años en un de cada cinco intentos.

Al analizar el estado civil de las personas que intentaron suicidarse, se apreció que las personas solteras de ambos sexos fueron registradas en cuatro de cada 10 intentos y las casadas lo fueron en una proporción ligeramente superior a tres de cada 10.

Dos de cada 10 personas registradas, realizaron estudios en el sistema escolar cursando hasta nivel secundaria y una al nivel de primaria, quiénes acudieron a los niveles educativos restantes fueron advertidos con frecuencia poco significativa.

En cuanto a los suicidios consumados, se advirtió un incremento en la frecuencia de los mismos en los Estados de Morelos con 13.7%; Sonora con 17.0% y Querétaro de Arteaga con 18.5%. Además, el Estado de Sonora, se encuentra entre los estados mexicanos con tasas de crecimiento en suicidios más elevadas junto con Durango,

San Luis Potosí, Tlaxcala, Campeche, Oaxaca, Morelos y Querétaro de Arteaga. <sup>(10)</sup>

De acuerdo a estudios estadísticos realizados por el INEGI en el 2002 sobre los suicidios consumados, el Edo. de Sonora presentó tasa de crecimiento considerable del 16.99% de 1995-2002; habiéndose reportado en este último año 165 casos, siendo abril, mayo y junio los meses en que más casos se reportaron con 17, 18 y 20 respectivamente; también el 26.1% de los casos se dió en población rural, 44.8% en población urbana y el resto no se especificó. <sup>(10)</sup>

El estado civil de la población que presentó intento de suicidio o suicidio consumado ha sido considerado de gran importancia, ya que se han observado cifras muy diferentes entre los mismos; por ejem: en la población femenina se suicidó en el 2002 el 45% eran solteras,

contra un 37% en la población masculina; de los casados se presentó un 30% en mujeres y un 38% en hombres; 17% en mujeres en unión libre contra un 12% en hombres y un 8% no especificado para mujeres y 13% para hombres.<sup>(10)</sup>

En el ámbito nacional se identificó 1.3% de la población observada que tenía antecedentes familiares suicidas; 16.5% de ellos no los tenía y para el restante 82.2% no fue posible obtener información al respecto. <sup>(10)</sup>.

Con el nivel educativo de primaria se registró la más alta frecuencia de hombres y mujeres, entre quienes fue posible identificar su condición de escolaridad. En los primeros, significó 42.4% y en las segundas 37.8% del total que se identificó por haber realizado estudios. En quienes estudiaron nivel secundaria la incidencia fue de tres de cada

10 personas que se suicidaron. Con estudio de bachillerato o preparatoria se reconoció 15.1% de las mujeres y un 8.3% de los hombres suicidas. <sup>(10)</sup>

En cuanto a la religión como factor de riesgo para el suicidio, se realizó un estudio por *Morselli* en Prusia, Sajonia y Dinamarca, encontrando mayor incidencia en estados protestantes con media de 190 casos por millón de habitantes; en estados mixtos (protestantes y católicos) 96 casos por millón de habitantes y en estados católicos se encontró media de 58 casos por millón de habitantes. <sup>(3)</sup>

## **FACTORES DE RIESGO PARA INTENTO DE SUICIDIO.-**

Hay dos clases extrasociales a las que se puede atribuir, a priori, una influencia sobre la cifra de suicidios; son las disposiciones orgánico-psicológicas y la naturaleza del medio físico. Pudiera ocurrir en la constitución individual, o por lo menos, en la constitución de una clase importante de individuos existiera una tendencia de intensidad variable según las razas, que arrastra directamente al hombre al suicidio; por otra parte, el clima, la temperatura, etc. <sup>(3)</sup>

Dentro de los factores de riesgo que se han identificado en el intento de suicidio se citan: el consumo de drogas, ideación suicida, nivel de desesperanza, depresión, baja autoestima, ansiedad y problemas en el ambiente familiar. <sup>(11, 12)</sup>

En un estudio en adolescentes con intento suicida, se encontró una frecuencia de 0% de estados depresivos; 60% con depresión intensa y 20% depresión severa; así como un rasgo de ansiedad predominante.

(12)

El riesgo de suicidio aumenta con la edad. El suicidio antes de los 15 años es inusual; la mayoría de los niños y adolescentes con conducta suicida presentan algún tipo de psicopatología. Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados son: trastorno del ánimo, principalmente depresión, abuso de sustancias y conductas antisociales. (9)

En la pasada década un gran número de autores han intentado identificar las características de los niños y adolescentes suicidas. Un

amplio rango de factores han sido ligados a la conducta suicida en este grupo etario:

**GÉNERO:** mientras que los suicidios completados son más comunes entre los hombres, las mujeres tienen mayor riesgo en las otras conductas suicidas. Varias explicaciones se han planteado para entender la diferencia entre los hombres y las mujeres en relación al suicidio: los hombres están más expuestos a sufrir las consecuencias de las fluctuaciones socioeconómicas; tienen mayor prevalencia de alcoholismo; utilizan métodos más violentos, y por lo tanto, el intento de suicidio es más exitoso en ellos que en las mujeres. <sup>(9)</sup>

**EDAD:** La suicidabilidad aumenta con la edad, el suicidio antes de los 15 años es inusual. Se realizaron estudios comparativos entre niños menores de 15 años, con adolescentes entre 15 y 19 años de edad

que cometieron suicidio con un grupo control, concluyendo que los niños y los adolescentes tempranos están tan expuestos como los adolescentes tardíos a cometer suicidio cuando los factores de riesgo están presentes, sin embargo se ha comprobado que pocos jóvenes entre 10 y 14 años cometen suicidio, comparado con adolescentes entre 15 y 20 años, sugiriéndose tres probables explicaciones: a) menor exposición al estrés y factores de riesgo; son aún parte dependiente de sus padres, los que les provee mayor apoyo emocional y social; b) a menor edad, menor tasa de prevalencia de trastornos de ánimo y, c) factores madurativos, la capacidad para planear y llevar a cabo un acto suicida requiere un nivel de maduración no alcanzado por niños o adolescentes tempranos. <sup>(9)</sup>

**DISFUNCIÓN FAMILIAR:** Existe clara evidencia que las adversidades familiares contribuyen a incrementar el riesgo de la conducta suicida.

La ausencia de calidez familiar, falta de comunicación con los padres y discordia familiar, hacen que existan oportunidades limitadas para el aprendizaje de resolución de problemas y pueden crear un ambiente donde al adolescente le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos de eventos vitales estresantes o depresión. <sup>(9)</sup>

**DEPRESIÓN:** Los trastornos depresivos de comienzo temprano, frecuentemente se asocian con síntomas del trastorno de conducta, aún más, estudios de conducta suicida en adolescentes han demostrado una asociación significativa con trastornos no depresivos, como son conductas antisociales y uso de alcohol o drogas. <sup>(9)</sup>

**PROBLEMAS CONDUCTUALES:** El intento de suicidio se ha relacionado con otras conductas de riesgo como son: conducta sexual promiscua, uso de sustancias, falta de uso de medidas de seguridad, violencia, inasistencia a clases, participación frecuente en peleas, uso de armas de fuego y enfermedades de transmisión sexual.

En un estudio se observó que niveles elevados de coraje, depresión y ambiente violento en mujeres, se han considerado como riesgo suicida. Y en hombres que tenían agresión comparados con un grupo control, tenían mayor riesgo suicida. (13, 14)

**ANSIEDAD:** Recientemente, la ansiedad ha sido identificada como un importante factor de riesgo de la conducta suicida en adultos, estudios con adolescentes muestran resultados mixtos. Se realizó un estudio con una muestra de 27 niños con ideación suicida, hospitalizados,

entre 8-11 años de edad, divididos en dos grupos: con alta y baja ansiedad. Los resultados mostraron que los niños con ideación suicida y ansiedad, eran menos felices y satisfechos, experimentaban más eventos vitales negativos y eran más distraídos, activos e intensos en sus reacciones, que los niños con ideación suicida solamente. <sup>(9)</sup>

Se ha identificado una gran variedad de factores o problemas en adolescentes que intentaron el suicidio:

- El 20% tiene padres que intentaron suicidarse.
- El 40% tiene un padre, familiar o amigo cercano que intentó suicidarse.
- El 72% tiene a uno ó ambos padres ausentes del hogar.
- El 84% cuenta con padrastros, quienes desaprueban la permanencia del menor con el padrastro.
- El 58% tuvo un padre que estuvo casado más de una vez.
- El promedio de problemas graves causados por el ambiente de los adolescentes fue de 10.42%
- El 16% presenta graves problemas con sus padres, quienes son alcohólicos.
- Familias que muestran una gran movilidad residencial. <sup>(15)</sup>

**DIAGNÓSTICO.-** Es de interés para el Pediatra que se desempeña en un Servicio de Urgencias, principalmente saber identificar entre ideación suicida e intento de suicidio; la primera, puede sospecharse cuando el paciente comenta la planeación o hay “ rumiación” de muerte, y el intento de suicidio se considera como el acto de autolesionarse; uno, es el pensamiento y el segundo quedaría sintetizado como el acto. En este último, es de importancia investigar la letalidad, la cual es dada por el escenario, el medio utilizado, si ha sido la primera vez u hay otra subsecuente, si hay enfermedades de fondo como trastornos del estado de ánimo tipo episodio depresivo mayor y alteraciones en la dinámica familiar. (15)

El diagnóstico del síndrome presuicida y de la conducta suicida de los trastornos y transformaciones de la personalidad, se realiza mediante

la entrevista psiquiátrica, entrevista psicodinámica y la entrevista estructural (Kerberg, 1984). (2)

*Teicher*, describe tres estadios por los que pasa el adolescente que intenta el suicidio:

1. Antecedentes de problemas que existen desde hace tiempo:  
(familiares, personales y ambientales).
2. Intensificación de problemas; esta incluye: alteraciones de conducta como rebelión, pesimismo, mentiras, huir de casa y que los padres los consideran como problemas de conducta.
3. Estado final; en este período, el adolescente al establecer su primer romance, puede en cierto momento sentirse abandonado, aislado por el rompimiento de esta relación y en las adolescentes; quizá se anexe embarazo real o imaginario; esta

última situación, agrava más el problema, lo cual puede conducir a un intento suicida.

Existen cuatro grandes causas que pueden explicar el porqué los adolescentes se intentan suicidar: biológicas, psicológicas, dinámica familiar y factores socioculturales; sin embargo, no hay ningún factor único que explique el fenómeno, ya que es multifactorial. <sup>(15)</sup>

Existen varias escalas diseñadas para hacer diagnóstico de depresión; por lo tanto, personas con alto riesgo suicida, ya que es el trastorno psicológico más comúnmente relacionado en intentos de suicidio, como la de *Newcastle*, diseñada por *Carney y cols* en 1965 y su versión más moderna por *Bech y Cols.* en 1981. También existe la Evaluación Estandarizada para Desordenes Depresivos (EEDD), desarrollada por la OMS en 1983.

La primera escala válida en México para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia, es la *Escala de Birleson*.<sup>(2)</sup>

### ***ESCALA DE BIRLESON***

La *Escala de Birleson* (Depresión Self Rating Scale, DSRS) fué diseñada para la cuantificación de la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes (Birleson, 1980).

La escala es un instrumento autoaplicable tipo *Lickert*, que consta de 18 reactivos; cada uno de los cuales puede obtener una puntuación de 0-2, siendo la máxima calificación 36. 10 de los 18 reactivos se califican de 0-2 (reactivos 1,2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15) y los ocho restantes se califican de 2-0. El tiempo promedio de respuesta del instrumento es entre 5 y 10 minutos, lo cual varía dependiendo de cada sujeto.

La traducción y validación de la Escala fué realizada en un estudio realizado por *De la Peña y colaboradores* (1996), en el que se aplicó la escala a 349 adolescentes de 13 a 19 años, agrupados en dos poblaciones: la primera fué la población clínica constituída por 138 sujetos y la segunda fué la población abierta a 211 sujetos.

Utilizando un punto de corte de 15, se obtuvo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 81%. En el estudio realizado por *Ivarsson y cols.* (1994), se obtuvo con el mismo punto de corte una sensibilidad del 69% y una especificidad del 57%, con un alfa de Cronbach de 0.90, éstas diferencias indican que tomando el punto de corte que convenga, se pueda emplear la escala no solo en estudios clínicos sino también en investigaciones epidemiológicas orientadas al

diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno como se ha hecho con otros instrumentos. (16, 17)

**TRATAMIENTO.-** Hablar del tratamiento de los comportamientos suicidas, implica hablar de tratar primeramente factores predisponentes o causales, de los cuales ya se efectuaron descripciones; además, según sea el caso, se considerará tratamiento farmacológico y psicoterapéutico en todas sus modalidades, ya sea terapéutica de grupo o atención del comportamiento. Sin embargo, el tratamiento de primer contacto generalmente lo hará el Pediatra y los puntos fundamentales en este primer contacto son los siguientes:

1. Atención médica de las consecuencias.
2. Entrevista de urgencia médica y psicológicamente orientada sin establecer juicios de valor, ni recriminaciones al enfermo o a la familia. En esta valoración neutra es necesario evaluar el deseo o no de morir y el método utilizado para descartar el riesgo de un nuevo intento en las siguientes 24 ó 48 horas. Este punto es fundamental para el médico no psiquiatra, ya que le permitirá establecer un criterio clínico sin olvidar que lo que tiene que evaluar con sumo cuidado es, como ya se mencionó, la letalidad del método utilizado, la reacción del paciente al ser resuelta la urgencia médica, si la actitud es de irritabilidad y malestar por haber sido salvado es un enfermo que está aún en alto riesgo; por el contrario, si la actitud es de arrepentimiento por el comportamiento realizado, es un paciente que muy probablemente pueda ser egresado con el compromiso de continuar su tratamiento psiquiátrico de forma externa..

En caso de persistir rumiación suicida, la indicación es hospitalización psiquiátrica, misma indicación que se hará en caso de ser un comportamiento repetido o cuando no se cuenta con redes de apoyo suficientes, esto es, cuando se encuentra en la historia clínica antecedentes familiares de psicopatología, maltrato o abuso o en caso de que ningún familiar se pueda hacer responsable de la integridad de niño o del adolescente.

En el grado de letalidad se ha visto que también influyen todos los factores de riesgo que ya se han mencionado e incluso características sociodemográficas y culturales. Algunos estudios sugieren como factores vinculados con letalidad lo siguiente:

- Ser varón, pues se ha visto que es más frecuente en varones el suicidio consumado.
- Tener un diagnóstico de psicopatología.
- Tener diagnóstico de abuso de sustancias tóxicas.
- Antecedentes de intentos suicidas.
- Disponibilidad del método suicida letal. Tomar en cuenta que muchas veces el método letal ha sido un medicamento, incluso prescrito por un médico, pero obviamente con mal uso o abuso.

Dentro de los métodos que con mayor frecuencia son usados por niños y adolescentes están los medicamentos como antidepresivos tricíclicos, barbitúricos, neurolépticos, y psicoestimulantes, o bien sustancias dañinas como alcohol, medicamentos, cáusticos, veneno, monóxido de carbono.

Entre las principales maniobras letales se encuentran ahorcamiento o estrangulación, ahogamiento o inmersión, disparo de arma de fuego, objetos punzocortantes, saltar de un lugar elevado, arrojarse de un objeto en movimiento, entre otros. (15)

**PRONÓSTICO:** Considerando que estos pacientes en la mayoría de los casos acude a una clínica de primer nivel poco antes del intento, el médico deberá desarrollar la capacidad de detección de estos pacientes, y el envío a un psiquiatra, está indicado cuando se considere que un paciente corre riesgo de caer en este problema.

En caso de hospitalización, es importante considerar el hecho que durante el primer año de egresado, aproximadamente el 50% lo volverán a intentar y de éstos, entre el 1 y 2% lograrán su propósito de

suicidio consumado y entre el 18 al 25% lo intentarán nuevamente antes de que pasen dos años de haberlo intentado por primera vez. (2)

Después de un intento de suicidio, las relaciones, amigos, maestros y familia del niño o adolescente deben tener intervención benéfica para facilitar su crecimiento, reducir la depresión y disminuir los efectos del trauma. (18)

## OBJETIVOS

### GENERAL:

- Determinar la utilidad de la *Escala de Birleson* para el diagnóstico de depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos.

### PARTICULARES:

- ¿Existen diferencias en los adolescentes con intento de suicidio y sanos?
- ¿Los resultados obtenidos en la *Escala de Birleson* son diferentes en adolescentes con intento de suicidio y sanos?

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio comparativo y prospectivo de los adolescentes que acuden para su atención por intento de suicidio al Hospital Infantil del Estado de Sonora, en el período comprendido del 1 de diciembre de 2001 al 31 de marzo de 2004. Se realizó una comparación de los adolescentes que ingresaron por intento de suicidio y un grupo de adolescentes sanos seleccionados al azar con características similares en edad y sexo.

A todo adolescente se le efectuó una entrevista con énfasis en factores sociodemográficos, obteniéndose los siguientes datos personales: edad, sexo, escolaridad, factores predisponentes del intento suicida (psicológicos, familiares, escolares, sociales y conflictos con el novio y/o la novia), historia personal y familiar de trastornos

psiquiátricos, disfunción familiar, historia de abuso, tratamientos previos y actuales.

Del intento se evaluaron circunstancias, método utilizado, intento previo, pensamientos suicidas recientes, conocimiento de la fatalidad del acto y premeditación.

Estos datos se registraron en un cuestionario tipo machote (anexo 1).

La captura de la información se realizó en la hoja de cálculo excel para realizar el análisis estadístico; se utilizaron las pruebas paramétricas T de student y *chi* cuadrada.

El resultado se muestra en cuadros sencillos con porcentajes y frecuencias.

**Las variables a analizar, serán las siguientes:**

Edad

Sexo

Religión

Estado civil

Medio socioeconómico

Procedencia

Escolaridad

Ocupación

Tipo de paciente (externo/hospitalizado)

Fecha de atención y/o ingreso

Estructura familiar

Antecedentes familiares

Antecedentes personales.

Factores de riesgo suicida

Intento de suicidio previo.

Atención médica, previo al intento.

Pensamiento-amenaza suicida.

Hora, día y mes del acto.

Lugar dónde cometió el acto.

Sitio dónde se efectuó el acto.

Método empleado.

Ideación suicida

Equivalentes depresivas y/o depresión.

Nota suicida.

Método empleado

Disponibilidad de método

Reacción inicial

Uso de alcohol y/o drogas al momento del intento.

Cuadro clínico

Diagnóstico psiquiátrico.

Tratamiento

Estancia hospitalaria

Condiciones de egreso.

Evolución.

## RESULTADOS

En el periodo de estudio acudieron 60 adolescentes con intento de suicidio; el rango de edad fué de 11 a 17 años y el promedio de edad fue de 14 años, encontrando las mismas características en el grupo a comparar. Cuadro No.1

CUADRO No. 1

### RELACIÓN DE EDAD Y SEXO POR GRUPOS

| Edad    | Intento de suicidio |          | Sanos     |          |
|---------|---------------------|----------|-----------|----------|
|         | Masculino           | femenino | Masculino | femenino |
| 11 años |                     | 2        |           | 2        |
| 12 años |                     | 2        |           | 2        |
| 13 años |                     | 9        |           | 9        |
| 14 años | 1                   | 11       | 1         | 11       |
| 15 años | 1                   | 9        | 1         | 9        |
| 16 años | 4                   | 9        | 4         | 9        |
| 17 años | 2                   | 10       | 2         | 10       |
| Total   | 8                   | 52       | 8         | 52       |

En relación a la escolaridad, en el grupo con intento de suicidio realizaron primaria completa: dos, 3%; primaria incompleta: tres: 5%, secundaria completa 15, 25%, secundaria incompleta 22, 36%, preparatoria completa: uno 1.5%; preparatoria incompleta: 12 20%, y no especificaron: cinco 7.5%. En el grupo sano cursaron primaria completa: siete 11%; primaria incompleta: tres 5%; secundaria completa: 13 21%; secundaria incompleta: 19 31%; preparatoria completa: cuatro 6% y preparatoria incompleta: 14 23%. Cuadro No. 2

Cuadro No. 2

## ESCOLARIDAD DE LOS ADOLESCENTES POR GRUPO

| Escolaridad             | Intento de suicidio | %     | Sanos | %     | P     |
|-------------------------|---------------------|-------|-------|-------|-------|
| Primaria completa       | 2                   | 3.0   | 7     | 11.0  | 0.095 |
| Primaria incompleta     | 3                   | 5.0   | 3     | 5.0   | 1     |
| Secundaria completa     | 15                  | 25.0  | 13    | 21.0  | 0.705 |
| Secundaria incompleta   | 22                  | 36.0  | 19    | 31.0  | 0.639 |
| Preparatoria completa   | 1                   | 1.5   | 4     | 6.0   | 0.179 |
| Preparatoria incompleta | 12                  | 20.0  | 14    | 23.0  | 0.694 |
| No especificado         | 5                   | 7.5   |       |       | 0.025 |
| Total                   | 60                  | 100.0 | 60    | 100.0 |       |

El lugar de origen de los adolescentes con intento de suicidio fue:

Hermosillo: 44 73.3%; Miguel Alemán: tres; Caborca: dos; Bahía de Kino: dos y otros: ocho. En el grupo de sanos procedían de Hermosillo 46 76.6%; Caborca: dos; Guaymas: dos y otros: 10. Cuadro No. 3.

Cuadro No. 3

## LUGAR DE ORIGEN DE ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO.

| Procedencia           | Intento suicidio | Sanos      |
|-----------------------|------------------|------------|
| Hermosillo            | 44 (73.3%)       | 46 (76.6%) |
| Miguel alemán         | 3                | 1          |
| Caborca               | 2                | 2          |
| Bahia de kino         | 2                |            |
| Guaymas               | 1                | 2          |
| Magdalena de kino     | 1                | 1          |
| Mexicali (BCN)        | 1                |            |
| Santa Rosalía (BCS)   |                  | 1          |
| Huatabampo            | 1                |            |
| Nogales               | 1                |            |
| San pedro             | 1                |            |
| Cumpas                | 1                |            |
| Sahuaripa             | 1                |            |
| Huachineras           | 1                |            |
| Nacozari              |                  | 1          |
| Ures                  |                  | 1          |
| Navojoa               |                  | 1          |
| Puerto peñasco        |                  | 1          |
| Santa ana             |                  | 1          |
| Ejido el buey         |                  | 1          |
| San Miguel Horcasitas |                  | 1          |
| Total                 | 60               | 60         |

En cuanto a la religión de los adolescentes con intento de suicidio fue: católica en 45: 75%; cristiana en cinco: 8%; evangélica: uno 1.6%; apostólica: uno: 1.6%; protestante: uno: 1.6%; ateo: uno: 1.6%; no especificado: seis: 10%. En el grupo de sanos: católica 45: 75%; cristiana: nueve 15%; evangélica: dos 3%; apostólica: dos 3%; ateo: dos 3%; no especificado: dos 3%. Cuadro No. 4

Cuadro No. 4  
RELIGIÓN EN LOS DOS GRUPOS DE ADOLESCENTES POR GRUPOS

| Religión        | Intento suicidio | %            | Sanos     | %            | P     |
|-----------------|------------------|--------------|-----------|--------------|-------|
| Católica        | 45               | 75.0         | 45        | 75.0         | 1     |
| Cristiana       | 5                | 8.0          | 9         | 15.0         | 0.285 |
| Evangelista     | 1                | 1.5          | 2         | 3.0          | 0.563 |
| Apostólica      | 1                | 1.5          |           |              | 0.317 |
| Protestante     | 1                | 1.5          |           |              | 0.317 |
| Ateo            | 1                | 1.5          | 2         | 3.0          | 0.563 |
| No especificado | 6                | 10.0         | 2         | 3.0          | 0.157 |
| <b>Total</b>    | <b>60</b>        | <b>100.0</b> | <b>60</b> | <b>100.0</b> |       |

El tipo de familia encontrado en los adolescentes con intento de suicidio fué nuclear en 28: 46%; uniparental 18: 30%; desintegrada 11: 18.3% y no especificada: tres 5%. En el grupo de sanos: nuclear 38: 63.3%; uniparental 19: 31.6%; desintegrada: dos 3.3%; no especificada: uno 1.6%.

Existía significancia estadística en cuanto a la desintegración familiar  $P=0.012$ , en relación a que predomina en los adolescentes con intento de suicidio. Cuadro No. 5

Cuadro No. 5  
TIPO DE FAMILIA DE LOS ADOLESCENTES POR GRUPO

| TIPO FAMILIA    | INTENTO SUICIDIO | %            | SANOS     | %            | P     |
|-----------------|------------------|--------------|-----------|--------------|-------|
| Nuclear         | 28               | 46.6         | 38        | 63.3         | 0.218 |
| Uniparental     | 18               | 30.0         | 19        | 31.6         | 0.869 |
| Desintegrada    | 11               | 18.3         | 2         | 3.3          | 0.012 |
| No especificada | 3                | 5.0          | 1         | 1.6          | 0.834 |
| <b>Total</b>    | <b>60</b>        | <b>100.0</b> | <b>60</b> | <b>100.0</b> |       |

Se presentó violencia familiar en adolescentes con intento de suicidio de tipo físico: en 26 43.3%; psicológica: dos 3.3%; no especificado: uno 1.6%. Y, en el grupo de sanos: violencia física en un caso: 1.6%. La prueba estadística *P* de pearson, reveló una significancia de menor de 0.0001, ya que en el grupo de adolescentes con intento de suicidio existe más violencia familiar que en el de sanos. Cuadro No. 6.

Cuadro No. 6

### PRESENCIA DE VIOLENCIA FAMILIAR POR GRUPOS

| Violencia familiar | Intento suicidio | %    | Sanos | %   | P      |
|--------------------|------------------|------|-------|-----|--------|
| Física             | 26               | 43.3 | 1     | 1.6 | 0.0001 |
| Psicológica        | 2                | 3.3  |       |     | 0.157  |
| No especificado    | 1                | 1.6  |       |     | 0.317  |
| Total              | 29               | 48.2 | 1     | 1.6 | 0.0001 |

De los factores de riesgo familiares presentes en los adolescentes con intento de suicidio fueron: alcoholismo: 35 58%; toxicomanías: 26 43%; patología crónica: 25 41%; trastornos psiquiátricos: 22 36% e intento de suicidio en un familiar: 12 20%. En los sanos: alcoholismo 24 40%; patología crónica: 22 36%; toxicomanías: seis 10%; trastornos psiquiátricos: dos 3% e intento de suicidio familiar: dos 3%.

Cuadro No. 7.

Cuadro No. 7

**FACTORES DE RIESGO FAMILIARES POR GRUPO**

| Factor de riesgo             | Intento<br>suicidio | %  | Sanos | %  | P      |
|------------------------------|---------------------|----|-------|----|--------|
| Alcoholismo                  | 35                  | 58 | 24    | 40 | 0.152  |
| Toxicomanías                 | 26                  | 43 | 6     | 10 | 0.0004 |
| Patología crónica            | 25                  | 41 | 22    | 36 | 0.661  |
| Trastornos psiquiátricos     | 22                  | 36 | 2     | 3  | 0.0001 |
| Intento de suicidio familiar | 12                  | 20 | 2     | 8  | 0.089  |

De acuerdo a la escolaridad de los madres, se encontró que en el grupo con intento de suicidio cursaron primaria: 22; secundaria 24; preparatoria: tres; profesional: tres; carrera técnica: seis; no especificaron: dos. El grupo de sanos: analfabeta: uno; primaria: 24; secundaria: 17; preparatoria: siete; profesional: dos; carrera técnica: uno; no especificaron: ocho. Cuadro No. 8

Cuadro No. 8

**ESCOLARIDAD DE LA MADRE POR GRUPOS**

| Escolaridad     | Intento suicidas | %            | Sanos     | %            | P     |
|-----------------|------------------|--------------|-----------|--------------|-------|
| Analfabeta      |                  |              | 1         | 1.6          | 0.5   |
| Primaria        | 22               | 36.6         | 24        | 40.0         | 0.768 |
| Secundaria      | 24               | 40.0         | 17        | 28.3         | 0.274 |
| Preparatoria    | 3                | 5.0          | 7         | 11.6         | 0.205 |
| Profesional     | 3                | 5.0          | 2         | 3.3          | 0.654 |
| Carrera técnica | 6                | 10.0         | 1         | 1.6          | 0.058 |
| No especificada | 2                | 3.3          | 8         | 13.3         | 0.057 |
| <b>Total</b>    | <b>60</b>        | <b>100.0</b> | <b>60</b> | <b>100.0</b> |       |

En cuanto escolaridad de los padres del grupo con intento de suicidio cursaron nivel primaria: 18; secundaria: 19; preparatoria: siete; profesional: cuatro; analfabeto: uno; no especificaron: 11. En el grupo de sanos: primaria: 23; secundaria: 16; preparatoria: ocho; profesional: tres; no especificaron: 10. Cuadro No. 9.

Cuadro No. 9

ESCOLARIDAD DEL PADRE POR GRUPOS

| Escolaridad     | Intento suicidas | %     | Sanos | %     | P     |
|-----------------|------------------|-------|-------|-------|-------|
| Primaria        | 18               | 30.0  | 23    | 38.3  | 0.434 |
| Secundaria      | 19               | 31.6  | 16    | 26.6  | 0.612 |
| Preparatoria    | 7                | 11.6  | 8     | 13.3  | 0.796 |
| Profesional     | 4                | 6.6   | 3     | 5.0   | 0.705 |
| Ninguna         | 1                | 1.6   |       |       | 0.50  |
| No especificado | 11               | 18.3  | 10    | 16.6  | 0.827 |
| Total           | 60               | 100.0 | 60    | 100.0 |       |

En los factores de riesgo personales se encontró que en el grupo que intentaron suicidarse presentaron equivalentes depresivas: 54 90%; depresión: 38 63.3%; intento de suicidio previo: 32 53.3%; toxicomanías: 12 20%; trastorno psiquiátrico: 12 20%; tratamiento psiquiátrico: 11 18%; alcoholismo: 10 16.6%; abuso sexual: 10 16.6%; patología crónica: 10 16.6%. En el grupo de sanos: equivalentes depresivas: 17 28.3%; toxicomanías: cinco 8%; depresión: cuatro 6.6%; alcoholismo: cuatro 6.6%; intento de suicidio previo: tres 5%. La prueba estadística  $P$  de pearson reveló significancia estadística menor de 0.05 en el resultado de todos los factores de riesgo, excepto alcoholismo y toxicomanías; lo cual demuestra mayor presencia de los factores en el grupo que intentó suicidarse. Cuadro No.10

Cuadro No. 10

## FACTORES DE RIESGO PERSONALES POR GRUPO

| Factor de riesgo           | Intento suicidio | %    | Sanos | %    | P      |
|----------------------------|------------------|------|-------|------|--------|
| Equivalentes depresivas    | 54               | 90.0 | 17    | 28.3 | 0.0001 |
| Depresión                  | 38               | 63.3 | 4     | 6.6  | 0.0001 |
| Intento de suicidio previo | 32               | 53.3 | 3     | 5.0  | 0.0001 |
| Toxicomanías               | 12               | 20.0 | 5     | 8.0  | 0.089  |
| Trastorno psiquiátrico     | 12               | 20.0 |       |      | 0.0005 |
| Tratamiento psiquiátrico   | 11               | 18.3 |       |      | 0.0009 |
| Alcoholismo                | 10               | 16.6 | 4     | 6.6  | 0.108  |
| Abuso sexual               | 10               | 16.6 |       |      | 0.0016 |
| Patología crónica          | 10               | 16.6 |       |      | 0.0016 |

Entre los factores de riesgo personales generales por orden de frecuencia en el grupo con intento de suicidio se presentaron: falta de comunicación con los padres: 48 80%; depresión: 43 71.6%; equivalentes depresivas: 43 71.6%; desorganización familiar: 42 70%; agua corriente en la vivienda: 41 68.3%; sentimientos de rechazo familiar: 40 66.6%; incapacidad para afrontar el estrés cotidiano: 40 66.6%; riñas familiares constantes: 38 63.3%. En el grupo sano: agua corriente en 55: 91.6%; equivalentes depresivas: 15 25%; desorganización familiar: 15 25%; falta de comunicación con los padres: 14 23.3%; depresión: siete 11.6%; incapacidad para afrontar el estrés cotidiano: cinco 8.3% y sentimientos de rechazo familiar: dos 3.3%. De acuerdo a los resultados del análisis estadístico con la prueba *P* de pearson, todos los factores mostraron significancia estadística, excepto agua corriente en el hogar, lo cual refleja diferencia importante con la mayor presencia de factores de riesgo en el grupo con intento de suicidio. Cuadro No. 11.

Cuadro No.11

## FACTORES DE RIESGO PERSONALES GENERALES POR GRUPO

| Factor                                     | Intento suicidio | %    | Sanos | %    | P      |
|--|------------------|------|-------|------|--------|
| Falta de comunicación con los padres       | 48               | 80.0 | 14    | 23.3 | 0.0001 |
| Depresión                                  | 43               | 71.6 | 7     | 11.6 | 0.0001 |
| Equivalentes depresivas                    | 43               | 71.6 | 15    | 25.0 | 0.0002 |
| Desorganización familiar                   | 42               | 70.0 | 15    | 25.0 | 0.0003 |
| Agua corriente                             | 41               | 68.3 | 55    | 91.6 | 0.153  |
| Sentimientos de rechazo familiar           | 40               | 66.6 | 2     | 3.3  | 0.0001 |
| Incapacidad para afrontar estrés cotidiano | 40               | 66.6 | 5     | 8.3  | 0.0001 |
| Riñas familiares                           | 38               | 63.3 | 7     | 11.6 | 0.0001 |

Otros factores de riesgo generales asociados que se reportaron y que además tienen significancia estadística al aplicársele la prueba de  $p$  de pearson y  $chi$  cuadrada fueron: impulsividad, poca o ninguna religiosidad, dificultades escolares, ausencia de figura parental significativa, solitario-abandonado, pérdida temprana de objeto amoroso, aislado, pensamiento y amenaza suicida, familia destruida, dificultades financieras y ansiedad intensa, demostrando mayor frecuencia en el grupo de intento de suicidio. Cuadro No. 12

Cuadro No.11

## FACTORES DE RIESGO PERSONALES GENERALES POR GRUPO

| Factor                                     | Intento suicidio | %    | Sanos | %    | P      |
|--|------------------|------|-------|------|--------|
| Falta de comunicación con los padres       | 48               | 80.0 | 14    | 23.3 | 0.0001 |
| Depresión                                  | 43               | 71.6 | 7     | 11.6 | 0.0001 |
| Equivalentes depresivas                    | 43               | 71.6 | 15    | 25.0 | 0.0002 |
| Desorganización familiar                   | 42               | 70.0 | 15    | 25.0 | 0.0003 |
| Agua corriente                             | 41               | 68.3 | 55    | 91.6 | 0.153  |
| Sentimientos de rechazo familiar           | 40               | 66.6 | 2     | 3.3  | 0.0001 |
| Incapacidad para afrontar estrés cotidiano | 40               | 66.6 | 5     | 8.3  | 0.0001 |
| Riñas familiares                           | 38               | 63.3 | 7     | 11.6 | 0.0001 |

Otros factores de riesgo generales asociados que se reportaron y que además tienen significancia estadística al aplicársele la prueba de  $p$  de pearson y  $chi$  cuadrada fueron: impulsividad, poca o ninguna religiosidad, dificultades escolares, ausencia de figura parental significativa, solitario-abandonado, pérdida temprana de objeto amoroso, aislado, pensamiento y amenaza suicida, familia destruída, dificultades financieras y ansiedad intensa, demostrando mayor frecuencia en el grupo de intento de suicidio. Cuadro No. 12

Cuadro No. 12

## FACTORES DE RIESGO GENERALES POR GRUPO

| Factor                                    | Intento suicidio | %    | Sanos | %    | P      |
|---|------------------|------|-------|------|--------|
| Impulsividad                              | 38               | 63.3 | 4     | 6.6  | 0.0001 |
| Poca o ninguna religiosidad               | 37               | 61.6 | 5     | 8.3  | 0.0001 |
| Dificultades escolares                    | 34               | 56.6 | 9     | 15.0 | 0.0001 |
| Ausencia de figura parental significativa | 33               | 55.0 | 11    | 18.3 | 0.0009 |
| Solitario-abandonado                      | 30               | 50.0 | 3     | 5.0  | 0.0001 |
| Pérdida temprana de objeto amoroso        | 29               | 48.3 | 8     | 13.3 | 0.0006 |
| Aislado                                   | 29               | 48.3 | 3     | 5.0  | 0.0001 |
| Pensamientos y amenaza suicida            | 28               | 46.6 | 6     | 10.0 | 0.0002 |
| Familia destruida                         | 27               | 45.0 | 8     | 13.3 | 0.0013 |
| Dificultades financieras                  | 27               | 45.0 | 8     | 13.3 | 0.0013 |
| Ansiedad intensa                          | 27               | 45.0 | 3     | 5.0  | 0.0001 |

De los pacientes con intento de suicidio, se observó que el sitio donde más se realizaron los intentos fué en casa-habitación en 38: 63%; de los cuales, 23 fueron en recámara, en el baño 11, cocina seis, patio cinco, sala dos; seguidos de escuela con seis 10% y otros: seis 10%.

Cuadro No. 13

Cuadro No. 13

**LUGAR DONDE OCURRIÓ EL INTENTO DE SUICIDIO**

| Lugar del acto  | N         | %            |
|-----------------|-----------|--------------|
| Casa            | 38        | 63.0         |
| Otra casa       | 9         | 15.0         |
| Escuela         | 6         | 10.0         |
| Calle           | 1         | 1.5          |
| Trabajo         | 1         | 1.5          |
| Hospital        | 1         | 1.5          |
| Hotel           | 1         | 1.5          |
| Cárcel          | 1         | 1.5          |
| No especificado | 2         | 3.0          |
| <b>Total</b>    | <b>60</b> | <b>100.0</b> |

De acuerdo a la hora en que se realizaron los actos suicidas se encontró que entre las 00:00-06:00 hrs. se llevaron a cabo: siete 11%; de las 06:00-12:00 hrs. 12: 20%; de las 12:00-18:00 hrs. 16; 26%; de las 18:00-24:00 hrs. 20: 33%; no especificaron: cinco: 8%. Cuadro No. 14

Cuadro No.14

HORA EN QUE SE REALIZÓ EL ACTO SUICIDA

| <b>Hora del acto</b> | <b>No.</b> | <b>%</b> |
|----------------------|------------|----------|
| 00:00-06:00          | 7          | 11       |
| 06:00-12:00          | 12         | 20       |
| 12:00-18:00          | 16         | 26       |
| 18:00-24:00          | 20         | 33       |
| No especificaron     | 5          | 8        |

En relación al día en que ocurrió el evento, este fué el lunes en 11: 18.3%; martes: nueve 15%; miércoles: siete 11.6%; jueves: ocho 13.3%; viernes: seis 10%; sábado: ocho 13.3% y domingo ocho: 13.3%.

El mes en el que ocurrió el hecho fue: enero: siete 11.6%; febrero: siete 11.6%; marzo: cuatro 6.6%; abril: seis 10%; mayo: ocho 13.3%; junio: dos 3.3%; julio: dos 3.3%; agosto: tres 5%; septiembre: dos 3.3%; octubre: cinco 8.3%; noviembre: cinco 8.3%; diciembre: uno 1.6%.

El método que más se utilizó en los intentos de suicidio fué ingesta de medicamentos en 42: 70%; seguido de uso de arma blanca, para cortarse las venas en siete: 11%; ahorcamiento en cinco: 8%; ingesta de químicos en tres: 5%, y otros: cuatro 6%. Cuadro No. 15

Cuadro No. 15

**MÉTODO UTILIZADO EN LOS INTENTOS DE SUICIDIO**

| Método utilizado        | N  | %     |
|-------------------------|----|-------|
| Ingesta de medicamentos | 42 | 70.0  |
| Uso de arma blanca      | 7  | 11.0  |
| Ahorcamiento            | 5  | 8.0   |
| Ingesta de químicos     | 3  | 5.0   |
| Arma de fuego           | 1  | 1.5   |
| Precipitación al vacío  | 1  | 1.5   |
| Ingesta de drogas       | 1  | 1.5   |
| No especificado         | 1  | 1.5   |
| Total                   | 60 | 100.0 |

De las características del intento de suicidio predominó la disponibilidad de método en 48: 80%; aislado en 33: 55%; pensamiento suicida en 26: 43%; ambivalencia entre la vida y la muerte en 26: 55%; intento de obtener ayuda en 24: 40%; en presencia de alguien: 12: 20%; atención médica 12: 20%; nota suicida en ocho: 13% y uso de drogas y alcohol: cinco: 8%. Cuadro No. 16

Cuadro No.16

## CARACTERÍSTICAS PRESENTADAS EN EL INTENTO DE SUICIDIO

| Característica                         | N  | %  |
|--|----|----|
| Disponibilidad de método               | 48 | 80 |
| Aislado                                | 33 | 55 |
| Pensamiento suicida                    | 26 | 43 |
| Ambivalencia entre la vida y la muerte | 26 | 43 |
| Intento de obtener ayuda               | 24 | 40 |
| En presencia de alguien                | 12 | 20 |
| Atención médica                        | 12 | 20 |
| Nota suicida                           | 8  | 13 |
| Uso de drogas y alcohol                | 5  | 8  |

De acuerdo a los reactivos que se incluyen en la *Escala de Birtleson*, nueve de ellos muestran significancia estadística al aplicarse la prueba estadística *P* de pearson (items 2, 5, 8, 10, 12, 13, 15 ,16 y 17), lo cual nos demuestra que los adolescentes del grupo que intentó suicidarse no duermen bien, desean escapar o salir corriendo, no disfrutan los alimentos, el deseo de vivir se ha disminuído, no disfrutan lo que hacen, tienen problemas familiares, ya que no les gusta hablar con ella, sienten soledad y no se animan tan fácilmente como el grupo de sanos. Cuadro No. 17

Cuadro No.17

RESULTADOS DE LA ESCALA DE *BIRLESON* POR GRUPOS

| ESCALA DE <i>BIRLESON</i>                                 | Intento suicidio | sanos | P      |
|---|------------------|-------|--------|
| 1. Me interesan las cosas tanto como antes                | 37               | 31    | 0.466  |
| 2. Duermo muy bien  | 39               | 21    | 0.02   |
| 3. Me dan ganas de llorar                                 | 72               | 57    | 0.186  |
| 4. Me gusta salir con mis amigos                          | 26               | 35    | 0.249  |
| 5. Me gustaría escapar-salir corriendo                    | 50               | 27    | 0.0008 |
| 6. Me duele la panza                                      | 51               | 51    | 1      |
| 7. Tengo mucha energía                                    | 44               | 32    | 0.168  |
| 8. Disfruto la comida                                     | 36               | 12    | 0.0005 |
| 9. Puedo defenderme por mi mismo                          | 33               | 25    | 0.293  |
| 10. Creo que no vale la pena vivir                        | 41               | 25    | 0.048  |
| 11. Soy bueno para las cosas que hago                     | 52               | 34    | 0.052  |
| 12. Disfruto tanto lo que hago como lo hacía antes        | 48               | 28    | 0.021  |
| 13. Me gusta hablar con mi familia                        | 56               | 21    | 0.0001 |
| 14. Tengo sueños horribles                                | 49               | 37    | 0.195  |
| 15. Me siento muy solo                                    | 78               | 51    | 0.017  |
| 16. Me animo fácilmente                                   | 72               | 33    | 0.0001 |
| 17. Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo | 64               | 22    | 0.0001 |
| 18. Me siento muy aburrido                                | 59               | 44    | 0.139  |

De acuerdo a la puntuación obtenida en la calificación de la Escala de *Birleson*, se encontró que tenían una puntuación de 1 a 6 puntos: cuatro adolescentes con intento de suicidio y 10 sanos; de 7 a 12 puntos: 18 con intento de suicidio y 26 sanos; de 13 a 18 puntos: 22 con intento de suicidio y 22 sanos; de 19 a 24 puntos: 12 con intento de suicidio y un sano; de 25 a 30 puntos: cuatro con intento de suicidio y un sano. El promedio de la calificación fué para el grupo de intento de suicidio 14.7 y el grupo sano: 11; no teniendo significancia estadística con  $P$  de pearson  $P=0.432$ . Cuadro No. 18

Cuadro No.18

**RESULTADOS DE LA ESCALA DE *BIRLESON* POR GRUPOS**

| Calificación    | Intento de suicidio | %    | Sanos       | %    |
|-----------------|---------------------|------|-------------|------|
| 1-6 puntos      | 4                   | 6.6  | 10          | 16.6 |
| 7-12 puntos     | 18                  | 30.0 | 26          | 43.3 |
| 13-18 puntos    | 22                  | 36.6 | 22          | 36.6 |
| 19-24 puntos    | 12                  | 20.0 | 1           | 1.6  |
| 25-30 puntos    | 4                   | 6.6  | 1           | 1.6  |
| <b>Promedio</b> | <b>14.7</b>         |      | <b>11.0</b> |      |

De los 60 pacientes que ingresaron por intento de suicidio: 38 63.3% tuvieron tratamiento psiquiátrico; el diagnóstico establecido en ellos fue: depresión en 12: 31.5%; impulsividad en cuatro: 10.5%; gesto suicida: cuatro 10.5%; déficit de atención en tres: 7.8%; otros: 12 31.5% y no especificado: tres: 7.8%. Cuadro No.19

Cuadro No.19

**DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO EN PACIENTES QUE RECIBIERON TRATAMIENTO**

| <b>Diagnóstico</b>        | <b>N</b>  | <b>%</b>     |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Depresión                 | 12        | 31.5         |
| Impulsividad              | 4         | 10.5         |
| Gesto suicida             | 4         | 10.5         |
| Déficit de atención       | 3         | 7.8          |
| Trastorno de personalidad | 2         | 5.2          |
| Drogadicción              | 2         | 5.2          |
| Distimia                  | 2         | 5.2          |
| Bulimia                   | 2         | 5.2          |
| Trastorno de identidad    | 1         | 2.6          |
| Ansiedad                  | 1         | 2.6          |
| Psicótico                 | 1         | 2.6          |
| Gilles de tourette        | 1         | 2.6          |
| No especificado           | 3         | 7.8          |
| <b>Total</b>              | <b>38</b> | <b>100.0</b> |

De los 60 adolescentes con intento de suicidio, requirieron hospitalización: 35; su estancia hospitalaria fué menos de 24 horas en un caso: 2.8%; un día: 22: 62.8%; dos días: cuatro: 11.4%; tres días: dos: 5.7%; cuatro días: dos: 5.7%; cinco días: dos: 5.7%; seis días: uno: 2.8%; 16 días: uno: 2.8%. Con un promedio de 2.2 días de hospitalización.

De los 35 pacientes que se hospitalizaron, 32 de ellos se egresaron por mejoría y tres requirieron traslado a otro nivel hospitalario (Hospital Psiquiátrico " *Dr. Carlos Nava* " ).

## DISCUSIÓN

Fueron 120 adolescentes; 60 de ellos que ingresaron por intento de suicidio y 60 que fueron seleccionados al azar para realizar la comparación con el primer grupo.

En cuanto a la edad y sexo, en ambos grupos se encontró predominio del sexo femenino, con una relación 6.5:1 con el sexo masculino, estando de acuerdo a la literatura que refiere mayor frecuencia de suicidios consumados en los varones, pero mayor frecuencia de las otras conductas suicidas en el sexo femenino incluyendo el intento. (2,9)

La escolaridad de nuestros pacientes fue similar en todos los niveles educativos, no encontrando significancia estadística en el análisis de esta variable, teniendo secundaria ya sea completa o incompleta como nivel mas reportado en ambos grupos.

El promedio de años escolares en adolescentes con intento de suicidio fué de 8.3 años y en sanos 8.4. La literatura refiere el nivel primaria el que mayor incidencia tiene de intento de suicidio y suicidios consumados <sup>(10)</sup>.

Los adolescentes con intento de suicidio tenían su residencia en área urbana: 47 78.3% y sanos: 48 80%. Se menciona en estudios estadísticos previos, que el 44.8% de los suicidios en el Estado de Sonora, son de población urbana. <sup>(2,10)</sup>

En cuanto a la religión, predominó la católica en ambos grupos. Un estudio por *Morselli* en tres países europeos y asiáticos, refiere que la comunidad protestante tiene mayor riesgo suicida; teniendo en cuenta la cultura y religión de nuestro país, no se puede decir cual es religión

con más riesgo, considerando la minoría de la población de otras religiones. <sup>(3)</sup>

La disfunción familiar en todos sus ámbitos está descrita como un factor de riesgo y en nuestro estudio se observó mayor frecuencia de desorganización familiar, violencia, falta de comunicación con los padres, ausencia de figura parental significativa, riñas constantes, sentimientos de rechazo, entre otros en el grupo con intento de suicidio, que en el grupo de sanos. <sup>(9)</sup>

Otros factores familiares descritos en la literatura y que se demuestran en nuestro estudio con mayor reporte, en el grupo que intentó suicidarse son: alcoholismo de los padres, intento de suicidio en familiares o conocidos y familias desorganizadas. <sup>(8,15)</sup>

De los factores de riesgo personales, se encontró en orden de frecuencia en el grupo suicida: equivalentes depresivas, depresión, intento de suicidio previo, uso de drogas, alcoholismo, abuso sexual y patologías crónicas. Teniendo mucha menor frecuencia en el grupo de los adolescentes sanos, mostrando significancia estadística en los tres primeros, lo cual se demuestra en la literatura. (2,12)

La ideación suicida es una característica de gran valor predictivo en adolescentes que van a presentar intento de suicidio, ya que un estudio en la Cd. de México destaca que los puntajes de ideación suicida y por tanto su severidad, fueron significativamente mas altos en adolescentes que habían intentado quitarse la vida en más de una ocasión, reflejándose también en nuestro estudio. (6)

Según la mayoría de los autores, el intento suicida es más frecuente en las personas solteras, solitarias, sin compañía, con reducción del círculo de amistades, problemas aparentemente sin solución, alto nivel de desesperanza, inseguro, rechazado y apático, por lo que se aísla; factores que se han encontrado en nuestro estudio más frecuente en el grupo con intento de suicidio. (8)

De acuerdo a los resultados obtenidos en las características del acto suicida en los 60 casos; se encontró casa-hogar como sitio preferido para realizarlo, después de las 12:00 hrs. y teniendo ingesta de medicamentos como el método más utilizado. En un estudio realizado en nuestro hospital en 30 adolescentes, se encontró que la causa desencadenante fué por motivo familiar en el 50%, el lugar del acto: la recamara en 36.6%; la hora de 12:00 a 24:00 hrs. 70% el día jueves y

viernes en 50%; estación del año: verano 36.6% y el método utilizado: medicamentoso en el 76.7%. (2, 5, 10)

La *Escala de Birleson* en nuestro estudio, reportó significancia estadística en nueve de los 18 reactivos; demostrando que hay presencia de mayor intensificación de los factores depresivos en el grupo que intentó suicidarse; sin embargo, en el resultado de la calificación total promedio de ambos grupos que fué de 14.7 para el que intentó suicidarse y 11 para el sano no tuvo significancia estadística, aunque el punto de corte es 15 para diagnóstico de depresión. (16, 17)

En los 11 años de actividades del Servicio de Adolescentes, se han atendido con el diagnóstico de intento de suicidio más de 90

adolescentes, de los cuales uno de ellos consumo el acto durante el desarrollo de este trabajo.

## CONCLUSIONES

- I. En el período de estudio acudieron para su atención por intento de suicidio 60 adolescentes, los cuales se compararon con 60 con características similares.
- II. Predominó el sexo femenino en 52 casos de cada grupo, con un promedio de edad de 14 años en ambos grupos.
- III. La escolaridad en ambos grupos tenía características similares, sin significancia estadística, con promedio de años escolares de 8.3 para los suicidas y 8.4 para los sanos.
- IV. La familia es nuclear en el 63% de los sanos y en el 46% de los que intentaron suicidarse; desintegrada en el 5% de los sanos contra 18% con intento de suicidio, con significancia estadística de  $P=0.012$ .

- V. Predominó la violencia familiar en el grupo que intentó suicidarse con 46% y sanos 1.5%, mostrando significancia estadística de  $P=0.0001$ .
- VI. En relación a escolaridad de los padres, se presentó un analfabeta y 12 eran profesionales. No se encontró significancia estadística en ningún nivel educativo.
- VII. En factores de riesgo familiares, predominó alcoholismo en el 58% de los suicidas y 40% de los sanos con una  $P=0.152$ ; toxicomanías en el 43% del grupo con intento de suicidio y 10% de sanos  $P=0.0004$ ; trastornos psiquiátricos 36% de los que se intentaron suicidar y 3% de sanos  $P=0.0001$ , e intento de suicidio familiar 20% con intento de suicidio y 8% sanos  $P=0.089$ .

VIII. De los factores de riesgo personales, se encontró la depresión en el 63% de los suicidas y en 6% de los sanos con valor estadístico de  $P=0.0001$ ; equivalentes depresivas en 90% de los suicidas y en 28% de los sanos, con  $P=0.0001$ , así como el intento de suicidio previo, que se presentó en 32 casos de los suicidas y en tres de los sanos  $P=0.0001$ . Otros factores encontrados, pero sin valor estadístico fueron: toxicomanías, trastornos psiquiátricos, alcoholismo, abuso sexual y patología crónica.

IX. Otros factores de riesgo generales que se encontraron fueron principalmente problemas familiares de cualquier tipo: como falta de comunicación con los padres, desorganización familiar, sentimientos de rechazo familiar, riñas familiares constantes, ausencia de figura parental significativa, familia destruída; todos

estos con mayor frecuencia en el grupo suicida y con valor estadístico significativo de  $P=0.05$ .

X. En relación al acto suicida, el lugar donde se realizó preferentemente, fue en casa-habitación en el 63%, la hora en que más se presentó fue de las 18:00-00:00 hrs. en 26%, el día lunes y martes 33.3%, el mes fue mayo en ocho casos: 13.3%, el método utilizado fue ingesta de medicamentos en 70%.

XI. De los 60 adolescentes, requirieron hospitalización 35: 58.3%; la estancia hospitalaria promedio fue de 2.2 días y sus condiciones de egreso fueron por mejoría en 32: 91.4%, requiriendo traslado al Hospital Psiquiátrico " Dr. Carlos Nava" por problemas psiquiátricos: tres: 8.5%.

XII. La *Escala de Birleson* tuvo una calificación promedio de 14.7 puntos para el grupo suicida y 11 puntos para el sano, lo cual muestra una significancia estadística de  $P=0.432$ , de acuerdo al punto de corte para esta prueba que es de 15 puntos; se observa que el grupo suicida tiene más intensificados los rasgos depresivos, que son factores importantes para riesgo suicida.

## SUGERENCIAS

1. Detectar oportunamente factores de riesgo en adolescentes, ya que como muestra la literatura existen tres estadios (factores de riesgo, cambios de conducta y acto suicida), por los que pasa el niño y adolescente suicida, para así dar manejo adecuado y oportuno para evitar llegar a desenlaces lamentables e irreversibles
2. Realizar acciones de prevención a temprana edad, fomentando la autoestima con toma de decisiones por parte del adolescente.
3. Un intento de suicidio no debe considerarse un intento aislado y sin trascendencia; exige una atención integral interdisciplinaria y multidisciplinaria con la participación de Pediatras, Psicólogos, Psiquiatras, y personal de servicio de Adolescentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. González VE. Tesis: Características de intento de suicidio en adolescentes. Asesor. Vázquez PE. Febrero 1998: 1-81.
2. Pérez HL. Tesis: Depresión asociada con intento de suicidio en la adolescencia. Asesor: Vázquez PE. Septiembre 2002: 1-72.
3. Dukheim E: Los factores extrasociales. El suicidio y los estados psicopáticos. En: Dukheim E. El suicidio. Ediciones Coyoacán. Diálogo Sociología. 1998. 27-50.
4. Reyes ZL: Suicidio. Curso Fundamental de Tanatología. 1999.
5. Vázquez PE, González VE, Rojo QA. Figueroa LR: Intento de suicidio en adolescentes. Bol. Clin. Hosp. Infant. Edo. Son. 1998: 77-85.
6. González FC; Berezon GS; Tello GA; Facio FD; Medina-Mora IM: Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Pública Méx. 1998; 40: 430-437.
7. Sánchez GO: Comprensión del suicidio del adolescente a través de conceptos del desarrollo. Acta Peditr Méx.: 2003; 24 (5) 312-316.

8. Villatoro VJ; Alcántar EM; Medina-Mora IM; Fleiz BC; González FC; Amador BN; Bermúdez LP: El intento suicida y el consumo de drogas en adolescentes ¿dos problemas entrelazados? SESAM MEX.
9. Laguibel QM; González M; Martínez NV; Valenzuela GR: Rev. Chil. Pediatr. Factores de riesgo de la conducta suicida den niños y adolescentes. 200; 71(3): 1-13.
10. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios. INEGI. Edición 2003  
www.inegi.gob.mx
11. Wagman BI; Ireland M; Resnick MD: Adolescent Suicide Attempts: Risk and Protectors. American Academy of Pediatrics. 2001: 107 (3): 1-19.
12. Peña GL; Casas RL; Padilla de la Cruz M; Gómez AT; Gallardo AM: Comportamiento del intento suicida en un grupo de adolescentes jóvenes. Rev. Cubana Milit. 2002; 31.

13. Vermeiren R; Schwab SM; Ruchkin VV; Van Herringen C; Deboutte D: Suicidal Behavior and Violence in Male Adolescents: A School-Based Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2003; 42 (1): 1-14.

<http://home.mdconsult.com/das/article/body/330212473/jorg=journal&source=MI&sp.../1.htm>

15. Falnery DJ; Singer M; Wester K: Violence Exposure Psychological Trauma and Suicide Risk in a Community Sample of Dangerously Violent Adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2001; 40 (4): 1-15.

<http://home.mdconsult.com/das/article/body/330212473/jorg=journal&source=MI&sp.../1.htm>

17. Rodríguez SR, Velásquez JL, Valencia MP, Nieto ZJ, Serrano SA; Urgencias en Pediatría; Hospital Infantil de México; cuarta edición 1996; interamericana McGraw-Hill.

18. Nicoli H, Fresan A: Escalas de evaluación de los trastornos afectivos. En Apiquián R, Fresan A. Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español. JGH Editores. 2000: 49-59.

19. De la Peña F; Lara MC; Cortés J, Nicolini H, Paéz F, Almeida L. Traducción al español y validez de la Escala de Birlson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. Salud Mental. 1996; 19: supl 3: 17-22.

[http://scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S037041062000000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=e](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062000000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=e).

21. Practice Parameter for the Assessment and treatment of Children and Adolescent with Suicidal Behavior. J.Am: Child: adolesc: psychiatry: 2001; 40(7): 24-51.

22. Salp G; Goodman E; Hung B: Adoption as a Risk Factor for Attempted Suicide during Adolescence. Pediatrics 2001; 108 (2): 1-8.

<http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/2/e30>

**ANEXOS**  
**(HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS)**

Estudio comparativo de adolescentes con intento de suicidio y sanos para determinar la utilidad de la *Escala de Birtleson* para el diagnóstico de depresión.

Anexo 1

**Hoja de recolección de datos**

Nombre \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

Expediente \_\_\_\_\_ Fecha de atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_

Medio socioeconómico (Trabajo Social):

Tipo de paciente: (externo/hospitalizado): \_\_\_\_\_

estancia \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Sin escolaridad:    sabe leer y escribir (    )    no sabe leer y escribir: (    )

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Otros estudios: \_\_\_\_\_

Asistencia a la escuela: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Otras actividades: \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares**

Tipo de familia: \_\_\_\_\_

Madre: edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Padre: edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Numero de hermanos: \_\_\_\_\_ Lugar que ocupa en la familia: \_\_\_\_\_

Presencia del padre en el hogar: \_\_\_\_\_ Presencia de la madre en el hogar: \_\_\_\_\_

Más de cinco personas en la casa: \_\_\_\_\_ Violencia en la familia: \_\_\_\_\_

Jefe de familia: \_\_\_\_\_

Dos ó más miembros de la familia con empleo: \_\_\_\_\_

Ingresos familiares: \_\_\_\_\_

Intento de suicidio y/o suicidas en la familia: \_\_\_\_\_ Patología crónica: \_\_\_\_\_

Toxicomanías: \_\_\_\_\_ Alcoholismo: \_\_\_\_\_

Problemas psiquiátricos: \_\_\_\_\_

**Antecedentes personales:**

Toxicomanías: \_\_\_\_\_ Alcoholismo: \_\_\_\_\_

Abuso sexual: \_\_\_\_\_ Patología crónica: \_\_\_\_\_

Equivalentes depresivas: \_\_\_\_\_ Depresión: \_\_\_\_\_

Problemas psiquiátricos: \_\_\_\_\_

Tratamiento psiquiátrico previo y/o actual: \_\_\_\_\_

**Intento de suicidio previo**

Fecha ocurrencia: \_\_\_\_\_ Sitio: \_\_\_\_\_

Método empleado: \_\_\_\_\_ Factor precipitante: \_\_\_\_\_

Atención médica: \_\_\_\_\_

## Factores de riesgo suicida

- ( ) Poca o ninguna religiosidad
- ( ) Prácticas religiosas.
- ( ) Religión evangélica
- ( ) Madre menor de 20 años al nacer su hijo
- ( ) Hijo adoptivo
- ( ) Madre soltera
- ( ) Desorganización familiar
- ( ) Falta de comunicación con los padres.
- ( ) Riñas familiares constantes
- ( ) Ausencia de figura parental significativa
- ( ) Familia destruida
- ( ) Sentimientos de rechazo familiar
- ( ) Pérdida temprana de objeto amoroso (divorcio, muerte, separación)
- ( ) Pérdida reciente e objeto amoroso
- ( ) Fracaso escolar
- ( ) Dificultades escolares
- ( ) Cambios de escuela
- ( ) Cambios de residencia
- ( ) Dificultades financieras
- ( ) Desempleo
- ( ) Solitario-abandonado
- ( ) Aislado
- ( ) Intentos anteriores de suicidio.
- ( ) Pensamientos y amenaza suicida
- ( ) Suicidas en la familia o medio ambiente.
- ( ) Agresión reprimida-inhibida
- ( ) Alcoholismo (ocasional)
- ( ) Abuso de drogas (ocasional)
- ( ) Depresión
- ( ) Equivalentes depresivas
- ( ) Manifestaciones psicopáticas
- ( ) Patrones neuróticos de comportamiento
- ( ) Enfermedad psiquiátrica grave.
- ( ) Impulsividad
- ( ) Tratamientos psiquiátricos anteriores.
- ( ) Ansiedad intensa.

- ( ) Incapacidad para afrontar el estrés cotidiano.
- ( ) No aceptación de imagen corporal
- ( ) Pertenencia a banda juvenil
- ( ) Participación en tráfico de drogas.
- ( ) Antecedentes policiales
- ( ) Antecedentes policiales en la familia
- ( ) Agua corriente en la vivienda

## Características del intento de suicidio

Inicio: \_\_\_\_\_

Cuadro clínico: \_\_\_\_\_

- Pensamientos suicidas una semana previa
- Nota suicida
- Uso de alcohol al momento del intento.
- Uso de drogas al momento del intento
- Aislado
- Ante la presencia de alguien
- Disponibilidad de método
- Ambivalencia respecto a la vida o muerte.
- Intento de obtener ayuda durante o después del intento.
- Atención médica previa al intento.

Grado de planeación (mal y/o bien planeado): \_\_\_\_\_

Conocimiento de la fatalidad del acto (desconocido/conocido): \_\_\_\_\_

Precauciones para que no lo descubran (las tomó/no las tomó): \_\_\_\_\_

Lugar dónde se realizó el acto: \_\_\_\_\_

Espacio físico dónde se realizó el acto: \_\_\_\_\_

Hora/fecha/día/mes del acto: \_\_\_\_\_

Método utilizado: \_\_\_\_\_

Factor precipitante: \_\_\_\_\_

Reacción inicial: \_\_\_\_\_

Diagnóstico psiquiátrico: \_\_\_\_\_

Tratamiento médico:  
\_\_\_\_\_

Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico:  
\_\_\_\_\_

Evolución:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ESCALA DE BIRLESON PARA DEPRESION EN ADOLESCENTES

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

Por favor, responde honestamente como te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas.

|   | SIEMPRE | ALGUNAS VECES | NUNCA |
|---|---------|---------------|-------|
| 1. ME INTERESAN LAS COSAS, TANTO COMO ANTES.                |         |               |       |
| 2. DUERMO MUY BIEN  |         |               |       |
| 3. ME DAN GANAS DE LLORAR                                   |         |               |       |
| 4. ME GUSTA SALIR CON MIS AMIGOS                            |         |               |       |
| 5. ME GUSTARIA ESCAPAR, SALIR CORRIENDO.                    |         |               |       |
| 6. ME DUELE LA PANZA  |         |               |       |
| 7. TENGO MUCHA ENERGIA                                      |         |               |       |
| 8. DISFRUTO LA COMIDA.                                      |         |               |       |
| 9. PUEDO DEFENDERME POR MI MISMO.                           |         |               |       |
| 10. CREO QUE NO VALE LA PENA VIVIR.                         |         |               |       |
| 11. SOY BUENO PARA LAS COSAS QUE HAGO.                      |         |               |       |
| 12. DISFRUTO LO QUE HAGO, TANTO COMO LO HACIA ANTES.        |         |               |       |
| 13. ME GUSTA HABLAR CON MI FAMILIA.                         |         |               |       |
| 14. TENGO SUEÑOS HORRIBLES.                                 |         |               |       |
| 15. ME SIENTO MUY SOLO.                                     |         |               |       |
| 16. ME ANIMO FACILMENTE.                                    |         |               |       |
| 17. ME SIENTO TAN TRISTE, QUE ME CUESTA TRABAJO SOPORTARLO. |         |               |       |
| 18. ME SIENTO MUY ABURRIDO.                                 |         |               |       |