

# DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.

Elba Vázquez-Pizaña\*  
 Ignacio Fonseca-Chon\*\*  
 Juan Ramón Padilla-Villarreal\*\*\*  
 María Lourdes Pérez-Hernández\*\*\*\*  
 Norberto Gómez-Rivera\*\*\*\*\*

## RESUMEN

**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 Birleson 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 Birleson la cual tiene un punto de corte de 15 para el diagnóstico de depresión. La captura de la información se realizó en la hoja de cálculo Excel y para el análisis estadístico se utilizó el software JMP versión 5.12 utilizando las pruebas t de student, chi cuadrada, Wilcoxon/kruskal Wallis y Fisher.

**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 en los antecedentes familiares presentaron significancia estadística: familia desintegrada, violencia familiar, toxicomanías, trastornos psiquiátricos y antecedente de intento de suicidio; en cuanto los factores personales se encontró en equivalentes depresivas, depresión y antecedente de intento de suicidio.

La Escala de Birleson mostró una diferencia de 4.4 puntos, con 14.7 para los que intentaron el suicidio y 10.3 para los sanos, encontrando significancia estadística P < 0.0001.

**Conclusiones:** En este estudio se encontró que la Escala de Birleson puede orientarnos al diagnóstico de depresión en adolescentes con intento de suicidio, ya que pre-

\* Médico Pediatra. Medicina del Adolescente, Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.  
 \*\* Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de In-

vestigación en el HIES.

\*\*\* Médico Pediatra.

\*\*\*\* Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.

\* Elba Vázquez Pizaña.  
Médico Pediatra. Medicina del Adolescente,  
Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon.  
Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora,  
Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera.  
Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

sentan más intensificados los rasgos depresivos, que son factores importantes del riesgo suicida.

**Palabras Clave:** Adolescente y depresión, factor de riesgo suicida.

## SUMMARY

**Introduction:** Suicide is the third cause of death in adolescents between 15-19 years. Factors associated with it are depression, family problems, drug abuse and anxiety.

**Objectives:** Determine the utility of the Birleson Scale to diagnose depression in healthy adolescents and those with suicide attempts.

**Material and Methods:** A comparative study was made during the period of December the 1<sup>st</sup> through March the 31<sup>st</sup> 2004, comparing healthy adolescents and those with suicide attempts chosen at random with similar characteristics like age and sex. Studied variables were: age, sex, social and cultural factors, suicide risk factors, diagnosis, treatment and evolution, the Birleson Scale which has a cutting point of 15 for the diagnosis of depression was used. The capture of information was made in Excel and software JMP version 5.12 for the statistic analysis using t student, chi square, Wilcoxon/Kruskal Wallis y Fisher tests.

**Results:** 120 adolescents were studied, 60 with suicide attempt and 60 healthy, predominated female sex, average age was 14 years; 76% were from Hermosillo, 75% were catholics. The difference between the groups was that adolescents with suicide attempts in their family antecedents had statistic significance in: disintegrated family, family violence, drug abuse, psychiatric disorders, and antecedents of suicide attempt, in account of the personal factors we have depressive equivalents, depression and , and antecedents of suicide attempt.

The Birleson Scale showed a difference of 4.4 points, with 14.7 for those who attempted suicide and 10.3 for those who were healthy, showing statistic significance  $P < 0.0001$ .

**Conclusions:** This study showed that the Birleson Scale can guide us to diagnose depression in adolescents with suicide attempt, because they have more intensified depressive characteristics, which are important factors of the suicide risk.

**Key Words:** Adolescents and depression, suicidal risk factor.

## INTRODUCCIÓN

Durkheim define al Suicidio a todo caso de Muerte que resulta directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima, a sabiendas que va a producir dicho resultado<sup>1,2,3</sup>.

El adolescente actúa en forma impulsiva después de una contrariedad y siente la angustia insoportable y pretende escapar a través del suicidio, reclamar apoyo o castigar a sus padres<sup>4</sup>.

A nivel práctico, la tentativa de suicidio o incluso la sola idea de suicidio representa a veces una urgencia de primer orden en razón al riesgo de reincidencia y consumación del acto. Desde el punto de vista teórico, el campo de la psicopatología del adolescente queda mal ubicado dentro de las variables psiquiátricas clásicas. De hecho no se conoce la cantidad exacta de tentativas de

suicidio entre adolescentes. La mayor parte se mantiene encubierta por el sujeto mismo y la familia<sup>4</sup>.

En la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) se hace mención que las causas externas de mortalidad son las primeras entre los adolescentes de uno u otro sexo, aunque existen diferencias en su frecuencia y su distribución para cada grupo de edad y sexo. Entre las causas externas no accidentales, que aparecen en todas las edades, el suicidio es proporcionalmente más frecuente en mujeres y el homicidio en hombres<sup>5</sup>.

Por otro lado Shafii y cols encontraron que el 95% de los adolescentes que consuman el suicidio sufren de un trastorno psiquiátrico, las más de las veces, una depresión mayor<sup>6,7</sup>.

El trastorno depresivo mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación

más importante a nivel internacional<sup>7</sup>.

La frecuencia del TDM en la adolescencia aumenta comparativamente con el que se presenta en la infancia. El sexo y la edad se correlacionan para la manifestación de los síntomas depresivos. Prepuberalmente la presentación en niñas y niños es de 1:1 y durante la adolescencia cambia 2:1<sup>7,8</sup>.

Algunos autores han descrito a la adrenarquia (aumento de la liberación de andrógenos adrenales que ocurre entre los 6 y los 8 años y que precede aproximadamente en dos años los cambios que se presentan en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia<sup>7,9</sup>.

La observación naturalística del fenómeno depresivo en niños y en los adolescentes ha permitido establecer el inicio temprano entre los 8 y los 9 años para la distimia y entre los 10 a 11 años para el TDM. El inicio de distimia a esta edad es un marcador temprano de episodios depresivos recurrentes en la adolescencia.

Si consideramos la relevancia del TDM en la adolescencia como una patología grave y como un periodo crítico para el reconocimiento de la sintomatología y el establecimiento terapéutico temprano, resulta importante contar con un instrumento que pueda medir los síntomas, cuantificar la intensidad de la depresión y que sea útil en el seguimiento terapéutico.

La Escala de Birleson (Depresión Self Rating Scale, DSRS) fue diseñada para la cuantificación de la severidad de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes, y puede utilizarse para supervisar la respuesta al tratamiento. La traducción y validación de la Escala fue realizada en un estudio 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 fue la población clínica constituida por 138 sujetos y la segunda fue la población abierta a 211 sujetos. La consistencia interna del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach, obteniéndose en la población clínica máxima varianza con un valor alfa de 0.85 y para el grupo de población abierta con valor alfa de 0.77. Utilizando un punto de corte de 15 se obtuvo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 81%<sup>7,10,11,12</sup>.

Por lo anterior el objetivo de este trabajo es determinar la utilidad de la Escala de Birleson para el diagnóstico de depresión en

adolescente con intento de suicidio y sanos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En el período comprendido del 1 de diciembre de 2001 al 31 de marzo de 2004. Se realizó un estudio comparativo 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.

Considerando que los estudios de confidencialidad entre los instrumentos aplicados por clínicos o los autoaplicables reportan resultados similares con ambas técnicas, determinamos que los adolescentes de nuestra investigación contestaran un instrumento sencillo y autoaplicable.

La Escala de Birleson es unidimensional, ya que solo mide el constructo teórico depresivo, es un instrumento sencillo y autoaplicable tipo Likert, que tiene tres alternativas de respuesta, siempre, algunas veces y nunca, consta de dieciocho reactivos, cada uno de los cuales puede obtener una puntuación de 0-2, siendo la máxima calificación de treinta y seis. Diez de los dieciocho reactivos se califican de 0-2 (reactivos 1,2, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15) y los ocho reactivos restantes se califican de 2-0<sup>3,5,6,10,14,16,17</sup>.

El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada sujeto, entre 5 a 10 minutos, (Anexo 1).

La captura de la información se realizó en la hoja de cálculo Excel de Microsoft Office XP y el análisis estadístico el software JMP versión 5.12 utilizando las pruebas t de student, chi cuadrada de Pearson, Wilcoxon/kruskal Wallis y Fisher.

## RESULTADOS

En el período de estudio acudieron 60

**DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.**

\* Elba Vázquez Pizaña.  
Médico Pediatra. Medicina del Adolescente,  
Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon.  
Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera.  
Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.

\* Elba Vázquez Pizaña. Médico Pediatra. Medicina del Adolescente, Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon. Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal. Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández. Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera. Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

adolescentes con intento de suicidio el rango de edad fue de 11 a 17 años y el promedio de edad fue de 14 años, encontrando las mismas características en el grupo a comparar, Cuadro 1.

**Cuadro 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

El lugar de residencia de los adolescentes con intento de suicidio fue Sonora de los siguientes municipios: Hermosillo 44 (73.3%), Miguel Alemán tres, Caborca dos, Bahía de Kino dos, un caso respectivamente en Guaymas, Magdalena de Kino, Huatabampo, Nogales, San Pedro el Saucito, Cumpas Sahuaripa y Huachinera. En Baja California Norte, en Mexicali un caso. En el grupo de sanos procedían de Sonora de los siguientes municipios: Hermosillo 46 (76.6%), Caborca dos, Guaymas dos, un caso respectivamente en Magdalena de Kino, Nacozari, Ures, Navojoa, Puerto Peñasco, Santana, Ejido el Buey, San Miguel de Horcasitas. En Baja California Sur, en Santa Rosalía un caso.

En relación a la escolaridad, en el grupo con intento de suicidio realizaron primaria completa dos, primaria incompleta tres, secundaria completa 15 (25%), secundaria incompleta 22 (36%), preparatoria completa uno, preparatoria incompleta 12 (20%), y no especificaron cinco. En el grupo sano cursaron primaria completa siete, primaria incompleta tres, secundaria completa 13 (21%) secundaria incompleta 19 (31%), preparatoria completa cuatro, preparatoria incompleta 14 (23%). El promedio de años escolares en el grupo de intento de suicidio fue de 8.3 y en el de sanos de 8.4.

El estado civil en el grupo con intento de suicidio: 58 solteros y dos casados y en el de sanos los 60 eran solteros.

La religión de los adolescentes con intento de suicidio fue católica en 45 (75%), cristiana en cinco, evangélica uno, apostólica uno, protestante uno, ateo uno, no especificado 6, en el grupo de sanos, católica 45 (75%) cristiana 9 (15%) evangélica dos, apostólica dos, ateo dos, no especificado dos.

El tipo de familia encontrado en los adolescentes con intento de suicidio fue nuclear en 28, (46%), uniparental 18 (30%), desintegrada 11 (18.3%), y no especificada tres, en el grupo de sanos nuclear 38 (63.3%), uniparental 19 (31.6%), desintegrada dos, no especificada uno. Existía significancia estadística en cuanto a la desintegración familiar **P = 0.012**, en relación a que predomina en los adolescentes con intento de suicidio.

Se presentó violencia familiar en adolescentes con intento de suicidio de tipo **físico** en 26 (43.3%), **psicológica** dos, no especificado uno, y en el grupo de sanos violencia física en un caso, 1.6%. La prueba **Chi cuadrada de Pearson** reveló una significancia estadística con **P < de 0.0001**, ya que en el grupo de adolescentes con intento de suicidio existe más violencia familiar que en el de sanos.

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, trastornos psiquiátricos dos e intento de suicidio familiar dos. La prueba **Chi cuadrada de Pearson** reveló significancia estadística con **P < de 0.05**, Cuadro 2.

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; del grupo de sanos analfabeto uno, primaria 24, secundaria 17, preparatoria siete, profesional dos, carrera técnica uno, no especificaron ocho.

En cuanto escolaridad de los padres, del grupo con intento de suicidio era analfabeta uno, cursaron primaria 18, secundaria 19, preparatoria siete, profesional cuatro, no especificaron 11; en el grupo de sanos, primaria 23, secundaria 16, preparatoria ocho, profesional tres, no especificaron 10.

En los factores de riesgo personales por orden de frecuencia se encontró que en el grupo que intentaron suicidarse presentaron equivalentes depresivas 43 (71.6%), depresión 43 (71.6%), 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 15 (25.0%), depresión 7 (11.6%), toxicomanías cinco, alcoholismo cuatro, intento de suicidio previo tres. Al comparar los grupos en los adolescentes con intento de suicidio predominan los factores de riesgo personales ya que la prueba Chi cuadrada de Pearson reveló significancia estadística con  $P < 0.001$  en todos, excepto en alcoholismo y toxicomanías, Cuadro 3.

Los factores asociados en el grupo de intento de suicidio fueron en orden de frecuencia falta de comunicación con los padres 48 (80%), equivalentes depre-

sivas 43 (71.6%), depresión 43 (71.6%), desorganización familiar 42 (70%), sentimientos de rechazo familiar 40 (66.6%), incapacidad para afrontar el estrés cotidiano 40 (66.6%), riñas familiares constantes 38 (63.3%), impulsividad 38 (63.3%), poca o ninguna religiosidad 37 (61.6%), dificultades escolares 34 (56.6%), ausencia de figura parental significativa 33 (55%), solitario-abandonado 30 (50%), pérdida temprana de objeto amoroso 29 (48.3%), aislado 29 (48.3%), pensamiento y amenaza suicida 28 (46.6%), familia destruida 27 (45%), dificultades financieras 27 (45%) y ansiedad intensa 27 (45%).

En el grupo sano se presentó por orden de frecuencia equivalentes depresivas 15 (25%), desorganización familiar 15 (25%), falta de comunicación con los padres 14 (23.3%), ausencia de figura parental 11 (18.3%), dificultades escolares 9 (15%), pérdida temprana de objeto amoroso 8 (13.3%), familia destruida 8 (13.3%), dificultades financieras 8 (13.3%), depresión 7 (11.6%), riñas familiares 7 (11.6%), pensamiento y amenaza suicida 6 (10%), incapacidad para afrontar el estrés cotidiano cinco, impulsividad cuatro, solitario y abandonado tres, aislado tres, ansiedad intensa tres y sentimientos de rechazo familiar dos.

Al comparar los grupos en relación a los factores asociados se encontró que estos predominan en el adolescente con intento de suicidio mostrando la prueba Chi cuadrada de Pearson significancia estadística  $P < 0.001$  en todos, Cuadro 4.

El sitio de elección para realizar el intento de suicidio fue en casa-habitación en 38 (63%), de los cuales 23 fueron en recámaras, en el baño 11, cocina seis, patio cinco, sala dos, seguidos de otra casa 9 (15%), escuela 6 (10%) y otros 5 (10%).

La hora en que se realizó el acto suicida fue de las 00:00-06:00 hrs. 7 (11%), de las 06:00-

#### DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.

\* Elba Vázquez Pizaña.  
Médico Pediatra. Medicina del Adolescente,  
Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon.  
Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera.  
Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalizadas.

**Cuadro 2**  
FACTORES DE RIESGO FAMILIARES POR GRUPO

Factor de riesgo	Intento de suicidio	%	Sanos	%	Sanos
Familia desintegrada	11	18.3	2	3.3	<b>0.012</b>
Violencia intrafamiliar	12	48.2	1	1.6	<b>0.0001</b>
Alcoholismo	35	58	24	40	0.152
Toxicomanías	26	43	6	10	<b>0.0004</b>
Patología crónica	25	41	22	36	0.661
Trastornos psiquiátricos	22	36	2	3	<b>0.0001</b>
Intento de suicidio familiar	12	20	2	8	<b>0.0089</b>

**Cuadro 3**  
FACTORES DE RIESGO PERSONALES POR GRUPO

Factor de riesgo	Intento de suicidio	%	Sanos	%	p
Equivalentes depresivas	43	71.6	15	25.0	<b>0.0001</b>
Depresión	43	71.6	7	11.6	<b>0.0001</b>
Intento de suicidio previo	32	53.3	3	5.0	<b>0.0001</b>
Toxicomanías	12	20.0	5	8.0	0.089
Trastorno psiquiátrico	12	20.0			<b>0.0005</b>
Tratamiento psiquiátrico	11	18.3			<b>0.0009</b>
Alcoholismo	10	16.6	4	6.6	0.108
Abuso sexual	10	16.6			<b>0.0016</b>
Patología crónica	10	16.6			<b>0.0016</b>

**Cuadro 4**  
FACTORES DE RIESGO MÁS COMUNES POR GRUPO

Factor	Intento de suicidio	%	Sanos	%	p
Falta de comunicación con los padres	48	80	14	23.3	<b>0.0001</b>
Equivalentes depresivas	43	71.6	15	25	<b>0.0001</b>
Depresión	43	71.6	7	11.6	<b>0.0001</b>
Desorganización familiar	42	70	15	25	<b>0.0003</b>
Sentimientos de rechazo familiar	40	66.6	2	3.3	<b>0.0001</b>
Incapacidad para afrontar estrés cotidiano	40	66.6	5	8.3	<b>0.0001</b>
Riñas familiares	38	63.3	7	11.6	<b>0.0001</b>
Impulsividad	38	63.3	4	6.6	<b>0.0001</b>
Poca o ninguna religiosidad	37	61.6	5	8.3	<b>0.0001</b>
Dificultades escolares	34	56.6	9	15	<b>0.0001</b>
Ausencia de figura parental significativa	33	55	11	18.3	<b>0.0009</b>
Solitario-abandonado	30	50	3	5	<b>0.0001</b>
Pérdida temprana de objeto amoroso	29	48.3	8	13.3	<b>0.0006</b>
Aislado	29	48.3	3	5	<b>0.0001</b>
Pensamientos y amenaza suicida	28	46.6	6	10	<b>0.0002</b>
Familia destruida	27	45	8	13.3	<b>0.0013</b>
Dificultades financieras	27	45	8	13.3	<b>0.0013</b>
Ansiedad intensa	27	45	3	5	<b>0.0001</b>

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.

\* Elba Vázquez Pizaña. Médico Pediatra. Medicina del Adolescente, Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon. Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal. Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández. Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera. Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

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.

En relación al día en que ocurrió el evento este fue el lunes en 11 (18.3%), martes 9 (15%), miércoles 7 (11.6%), jueves 8 (13.3%), viernes 6 (10%), sábado 8 (13.3%), domingo 8, (13.3%).

El mes en el que ocurrió el hecho fue enero 7 (11.6%), febrero 7 (11.6%), marzo cuatro, abril 6 (10%), mayo 8 (13.3%), junio dos, julio dos, agosto tres, septiembre dos, octubre cinco, noviembre cinco, diciembre uno.

El método que más se utilizó en los intentos de suicidio fue ingesta de medicamentos en 42 (70%), seguido de uso de arma blanca para cortarse las venas en 7 (11%), ahorcamiento en cinco, ingesta de químicos en tres; en un caso arma de fuego, precipitación al vacío, ingesta de drogas y no especificado uno.

Los tipos de medicamentos utilizados fueron salicilatos en 8 (19%) psicotrópicos 6 (14.3%), benzodiacepinas tres, ácido bórico dos y otros 23 (54.7%).

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 8 (13%), uso de drogas y alcohol cinco.

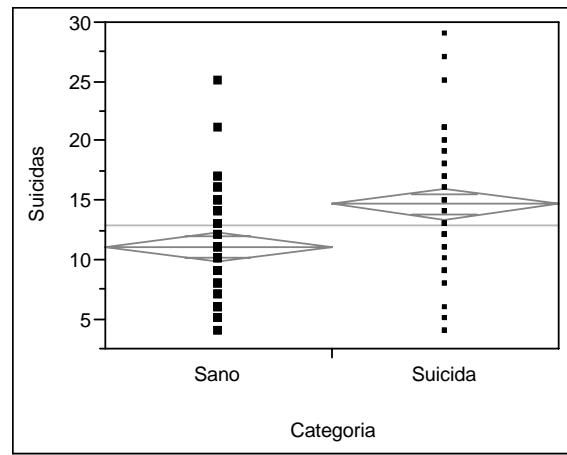
El factor desencadenante del intento de suicidio fue por problemas familiares 25 (41.6%) amoroso 11 (18.3%), depresión cuatro, impulsividad cuatro, problemas escolares tres y en un caso por tener adicción a drogas, muerte de un amigo, obligaciones, sentimiento de rechazo y no aceptación de la imagen corporal.

En relación a la puntuación obtenida en la Escala de Birleson en el grupo de intento de suicidio tenían 4 puntos dos casos, 5 puntos dos casos, 6 puntos un caso, 8 puntos dos casos, 9 puntos cinco casos, 10 puntos un caso, 11 puntos tres casos, 12 puntos seis casos, 13 puntos cinco casos, 14 puntos tres casos, 15 puntos cuatro casos, 16 puntos tres casos, 17 puntos cuatro casos, 18 puntos tres casos, 19 puntos cuatro casos, 20 puntos tres casos, 21 puntos cinco casos, 25 puntos dos casos, 27 puntos un caso y 29 puntos un caso. En el grupo de sanos tenían 2 puntos un caso, 3 puntos tres casos, 4 puntos dos casos, 5 puntos un caso, 6 puntos cinco casos, 7 puntos tres casos, 8 pun-

tos seis casos, 9 puntos ocho casos, 10 puntos tres casos, 11 puntos cinco casos, 12 puntos cuatro casos, 13 puntos seis casos, 14 puntos tres casos, 15 puntos tres casos, 16 puntos cuatro casos, 17 puntos un caso, 21 puntos un caso y 23 puntos un caso.

El promedio de la calificación fue para el grupo de intento de suicidio 14.7 y el grupo sano 10.3. El puntaje promedio de sanos y suicidas es estadísticamente diferente, **Prueba no paramétrica de Wilcoxon/Kruskal Wallis P<0.0001**, Prueba t student para varianzas desiguales P < 0.0001, Figura 1.

**Figura 1**  
DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS POR GRUPOS



Oneway Analysis of Suicidas By Categoría  
Summary of Fit

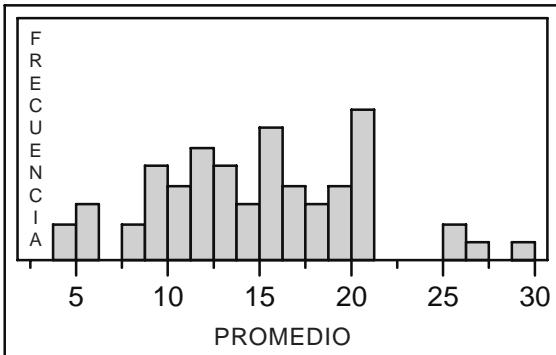
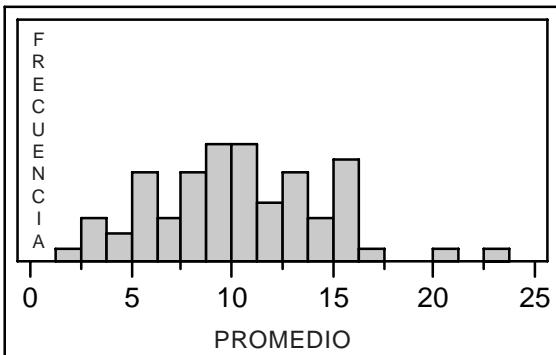
El grupo con intento de suicidio presentó variaciones de resultados distintos al de sanos **Prueba F, P < 0.02844**, Figura 2.

La calificación fue de 15 y más, para el grupo de intento de suicidio en 30 adolescentes y el grupo de sanos en 10, orientando al diagnóstico de depresión, con diferentes puntos de cortes se encontró significancia estadística con la **Prueba exacta de Fisher P < 0.001**.

Con este mismo punto de corte se encontró una sensibilidad de 50, especificidad de 83 y el Riesgo Relativo (RR) de 3. En el RR se encontró en los diferentes puntos de cortes significancia estadística P < 0.001, Cuadro 5.

El análisis de la Escala de Birleson considerando exclusivamente la pregunta mostró que la distribución de respuestas de sanos y suicidas para las preguntas 1,3,4,6,8,9 y 10 no distinguen a una persona con intento de suicidio y sana, las preguntas 2,5,7, 12,13,14,15,16,17 y 18 si tiene una distribución distinta y logra diferencias entre adoles-

**Figura 2**  
DISTRIBUCIÓN DE LAS CALIFICACIONES POR GRUPOS  
**Suicidas**

**Sanos**

Calificación	Suicidas	Sanos
Media	14.733333	10.3
Desviación Estándar	5.6022594	4.3620086
Máximo	29	23
Mediana	14.5	10
Mínimo	4	2
N	60	60

**Cuadro 5**  
SENSIBILIDAD, ESPECIFICIDAD Y RIESGO RELATIVO

Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad	Prueba Exacta de Fisher P	RR	RR valor P
12	73	62	<b>0.0002</b>	1.91	<b>0.0001</b>
13	63	68	<b>0.0009</b>	2.00	<b>0.0005</b>
14	55	78	<b>0.0003</b>	2.54	<b>0.0002</b>
15	50	83	<b>0.0002</b>	3.00	<b>0.0001</b>
16	43	88	<b>0.0001</b>	3.71	<b>0.0001</b>
17	38	95	<b>0.0001</b>	7.67	<b>0.0000</b>

centes con intento de suicidio y sanos, ya que la prueba de Chi cuadrada reveló significancia estadística con  $P < 0.05$ , Cuadro 6.

Al realizar una comparación en la respuesta separando los que contestaron siem-

pre, algunas veces y nunca, se encontró que para la respuesta de siempre los reactivos 5, 8, 13, 14, 15, 16, 17 y 18, la respuesta nunca los reactivos 7, 11, 12, 13, 15, 16 y 17 y en la respuesta algunas veces los reactivos 8 y 10 logran diferenciar entre adolescentes con intento de suicidio y sanos ya que la prueba de Chi cuadrada reveló significancia estadística  $P < 0.05$ .

Fueron evaluados por psiquiatría posterior a la aplicación del instrumento 46 (76.7%), adolescentes con intento de suicidio, el diagnóstico establecido fue, depresión 20 (43.5%), impulsividad cuatro, gesto suicida cuatro, déficit de atención tres, dos casos en trastorno de la personalidad, drogadicción, distimia, bulimia, en un caso trastorno de identidad, ansiedad, psicótico, Gilles de Tourette y no especificado tres. De los adolescentes que presentaban depresión se inició tratamiento farmacológico en 9 (45%).

De los 60 adolescentes con intento de suicidio, requirieron hospitalización 35 (58.3%), su estancia hospitalaria fue menor de 24 horas en un caso, un día 22 (62.8%), 2 días cuatro, (11.4%), 3 días dos, 4 días dos, 5 días dos, 6 días uno, 16 días uno. Con un promedio de 2.2 días de hospitalización.

La reacción inicial posterior al intento fue de arrepentimiento en 28 (46.7%), enojo 21(35%) indiferencia tres, tristeza uno, desesperación uno, frustración uno y no especificado tres.

De los 35 pacientes que se hospitalizaron 32 (91.4%) egresaron por mejoría y tres requirieron traslado al Hospital Carlos Nava.

## CONCLUSIONES

Durante el año de 2003, ocurrieron en el país 3327 suicidios, esta cifra significó un incremento de 3.6 puntos porcentuales en referencia a lo registrado en 1995. De acuerdo con el volumen de casos registrados en el 2003, se identificó que en promedio ocurrieron 104 suicidios por entidad federativa; en 21 entidades se registró un volumen menor que dicho promedio, en las 11 restantes se observan frecuencias superiores. Cabe señalar que tanto en Oaxaca como San Luis Potosí, la frecuencia registrada estuvo muy cerca del promedio.

De los casos registrados por entidad federativa destacaron Jalisco (9.3%) Veracruz de Ignacio de la Llave (8.5%), Distrito Federal (6.6%), Chihuahua (5.4%), Guanajuato (5.0%), Nuevo León (5.0%), Sonora (5.0%),

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.

\* Elba Vázquez Pizaña.  
Médico Pediatra. Medicina del Adolescente,  
Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon.  
Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera.  
Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.

\* Elba Vázquez Pizaña. Médico Pediatra. Medicina del Adolescente, Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon. Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal. Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández. Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera. Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

**Cuadro 6**  
RESULTADOS DE LA ESCALA DE BIRLESON POR GRUPOS

Item	Suicida	Suicida	Suicida	Sano	Sano	Sano	P
	Siempre	Algunas veces	Nunca	Siempre	Algunas veces	Nunca	
1.- Me interesan las cosas, tanto como antes.	29	25	6	32	26	2	0.3384
2.- Duermo muy bien.	24	33	3	39	21	0	<b>0.0099</b>
3.- Me dan ganas de llorar	21	30	9	11	35	14	1.0000
4.- Me gusta salir con mis amigos	39	16	5	32	20	8	0.4011
5.- Me gustaría escapar, salir corriendo	10	30	20	2	24	34	<b>0.0081</b>
6.- Me duele la panza	9	33	18	5	42	13	0.2199
7.- Tengo mucha energía	23	30	7	27	33	0	<b>0.0240</b>
8.- Disfruto la comida	28	29	3	50	6	2	1.0000
9.- Puedo defenderme por mi mismo	32	22	6	38	19	3	0.4203
10.- Creo que no vale la pena vivir	6	29	25	5	15	40	<b>0.0183</b>
11.- Soy bueno para las cosas que hago	18	32	10	25	35	0	<b>0.0036</b>
12.- Disfruto lo que hago, tanto como lo hacia antes	23	26	11	33	26	1	<b>0.0063</b>
13.- Me gusta hablar con mi familia	20	24	16	40	19	1	<b>0.0001</b>
14.- Tengo sueños horribles	10	29	21	2	33	25	0.0513
15.- Me siento muy solo	20	29	11	6	29	25	<b>0.0011</b>
16.- Me animo fácilmente	21	29	10	3	27	30	<b>0.0001</b>
17.- Me siento tan triste, que me cuesta trabajo soportarlo	18	29	13	0	22	38	<b>0.0001</b>
18.- Me siento muy aburrido	17	29	14	2	40	18	<b>0.0009</b>

Yucatán (4.9%) y Tabasco (4.5%), con una frecuencia superior a 150 suicidios en cada una. En total estas nueve entidades acumularon 55% de los eventos registrados en el país.

En los últimos 9 años, se advirtieron tendencias descendentes en el volumen de suicidios que se consumaron en cinco entidades federativas Chihuahua (0.1%), Chiapas (-0.3%), México (-2.1%), Tamaulipas (-2.4%) y Distrito Federal con (-7.9%). En contraste para el mismo periodo en cinco entidades se advirtió un incremento mayor al de las demás áreas geográficas: Oaxaca (12.1%), Aguascalientes (14.3%), Sonora (15.0%), Morelos (16.2%) y Querétaro de Arteaga (23.0%)<sup>14</sup>.

El promedio de edad en ambos grupos fue de 14 años predominando el sexo femenino con una relación de 6.5 a 1. En un estudio previo realizado en el HIES, en adolescentes que ameritaron hospitalización por intento de suicidio, de 30 ingresos fueron 22 mujeres y 8 hombres con una media de edad de 15.2 años y una relación de 3.3 a 1<sup>13</sup>.

En un estudio de 10 578 estudiantes, la prevalencia de intento de suicidio fue de 9.5%, del cual 15.1% de los intentos suicidas fueron en mujeres y 3.5% en hombres. Esto implica que dicha conducta está afectando a más de 68 000 mujeres adolescentes y a 17 000 hombres adolescentes de la Ciudad de México<sup>15</sup>.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), registró durante el año 2003 un intento de suicidio por cada 15 suicidios en el ámbito nacional. Se advirtió que las mujeres intentaron el suicidio en una proporción de 1.3 casos frente a cada intento realizado por hombres. Entre quienes se suicidaron, la proporción observada mostró cinco hombres por cada mujer.

En relación al intento de suicidio se registró 222 personas que intentaron suicidarse. Entre ellas se identificó a 124 mujeres, quienes representan 55.9% del total y a 98 hombres que constituyeron el restante 44.1% de la población que realizó actos que pusieron en peligro su vida. En relación con la edad que tenían, la frecuencia más significativa se identificó en el grupo femenino de 15 a 19 años con un porcentaje de 15.3%, mientras que entre hombres sobresalió el volumen de casos en los que contaban edades entre 20 a 24 años, en dos de cada diez intentos y seguida, en orden descendente, los de 25 a 29 años<sup>14</sup>.

En la Encuesta Nacional de Salud de los Adolescentes (ENSA) realizada en el año 2000 de las causas de mortalidad corresponden a lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) en el grupo de 10 a 14 años en mujeres fue de 41 casos de 1448 defunciones, ocupando séptimo lugar de mortalidad

con una tasa 0.75% y 2.83 %. Hombres 67 casos de 2235 defunciones, ocupando el sexto lugar con tasa 1.19% y 3%. En el grupo de 15 a 19 años en mujeres 127 casos de 2267 defunciones, ocupando el tercer lugar con tasa 2.43% y 5.6%. Hombres 67 casos de 5049 defunciones, ocupando el tercer lugar con tasa 1.19% y 3%<sup>5</sup>.

Habían realizado estudios de secundaria completa e incompleta en el grupo de intento de suicidio 37 (61.6%), con un promedio de años escolares de 8.3 y en el de sanos 32 (53.3%), con un promedio de años escolares de 8.4.

El estado civil en el grupo con intento de suicidio 58, 96.6% solteros y 2 casados y en los sanos los 60 solteros.

De los registros del INEGI en el 2003 las personas que intentaron autodestruir su vida, habían cursado secundaria, mientras que uno de cada diez contaba con estudios de primaria. Por sexo se observó en las mujeres que habían cursado el nivel secundario, con 34.7% del total<sup>14</sup>.

Al comparar los grupos en función de los factores familiares predominaban en el grupo de intento de suicidio familia desintegrada, violencia intrafamiliar, toxicomanías, patología crónica, trastornos psiquiátricos y antecedente de intento de suicidio, observándose significancia estadística **P < de 0.05**.

Al comparar los grupos de intento de suicidio predominaba la presencia de equivalentes depresivas, depresión, intento de suicidio previo, trastorno psiquiátrico tratamiento psiquiátrico, abuso sexual y patología crónica. Se obtuvo **P < de 0.001**.

Otros factores personales que predominaron en el grupo de intento de suicidio fueron falta de comunicación con los padres, equivalentes depresivas, depresión, desorganización familiar, sentimientos de rechazo familiar, incapacidad para afrontar el estrés cotidiano, riñas familiares constantes, 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, ya que la estadística reveló **P < de 0.001**.

Uno de los factores más frecuentemente encontrado fue la **depresión**, a este respecto algunos autores han descrito a la adrenarquia (aumento de la liberación de andrógenos adrenales que ocurre entre los 6 y los 8 años y que precede aproximadamente

en dos años a los cambios que se presentan en la pubertad), como uno de los elementos importantes en el inicio de los síntomas depresivos en la pubertad y la adolescencia.

Otro tipo de variables, como la disfunción familiar, la baja autoestima, la psicopatología en familiares en primero y segundo grado, la comorbilidad con otros trastornos (distimia, trastornos adaptativos, trastornos por déficit de atención, trastornos de conducta y abuso y dependencia de sustancias así como el suicidio, se han relacionado con el inicio de la enfermedad a esta edad<sup>7</sup>.

Los adolescentes que intentaron el suicidio realizaron el acto en la casa en 38 casos 63%, de acuerdo a lo reportado por el INEGI ocho de cada diez suicidios fueron consumados en casa habitación, siguiéndole en orden descendente la vía pública (6.8%) y el campo, con 4.6% del total nacional<sup>14</sup>.

La hora más frecuente en que se realizó el acto fue de las 18:00-24:00 hrs. 20 (33.3%), el día lunes 11 (18.3%) y durante el primer semestre del año, 32 (53.3%).

De acuerdo al INEGI en el año 2003 la frecuencia más alta de suicidios en el país se manifestó en el mes de mayo, con 327 actos (9.2%) y julio y agosto, cada uno de ellos con 8.7% del total nacional. Los cuatro en conjunto representan el 36.5%<sup>14</sup>.

El método utilizado fue la ingesta de medicamentos 42 (70%), en el registro del INEGI del año 2003 el método utilizado con mayor frecuencia para llevar a cabo los intentos de suicidio fue la intoxicación por medicamentos, en los que se registraron cinco de cada diez hechos. En segundo término, se detectaron dos casos mediante el uso de Arma blanca, entre los mismos diez<sup>14</sup>.

Los factores desencadenantes más frecuentes fueron por problemas familiares 25 (41.6%) y amoroso 11 (18.3%), en el registro de INEGI del año 2003 las causas manifestadas en los intentos de suicidio, sobresalieron disgusto familiar con cuatro de cada diez y uno más de ellos por causa amorosa. En uno de cada cuatro casos no se reportó la causa de tal acción<sup>14</sup>.

En un estudio realizado en adolescentes predominó la esfera interpersonal, en lo que se refiere a problemas familiares, seguidos por la esfera emocional, en particular por sentimientos de soledad, tristeza y depresión. Casi la tercera parte de los adolescentes reportó haber deseado morir y casi la mitad

#### DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.

\* Elba Vázquez Pizaña.  
Médico Pediatra. Medicina del Adolescente,  
Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon.  
Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera.  
Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.

\* Elba Vázquez Pizaña. Médico Pediatra. Medicina del Adolescente, Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon. Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal. Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández. Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera. Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

indicó que no le importaba si vivía o moría<sup>16</sup>. Recibieron atención médica previa en 12 (20%), dejaron nota suicida 8 (13%) y usaron drogas y alcohol 5 (8%). En otros estudios se encontró que los adolescentes que han intentado suicidarse muestran una no buena relación familiar, más síntomas de ideación suicida y un más alto consumo de drogas<sup>15</sup>.

Estudios como el de Booth y Owens (2000) han documentado que una proporción de entre 60 a 75% de jóvenes suicidas no acudió a servicios de salud mental, aún cuando reconocía diferentes grados de malestar emocional<sup>16</sup>.

Existía el antecedente de intento de suicidio previo en 32 (53.3%) adolescentes, en dos mediciones en 1997 y 2000 en estudiantes adolescentes, la recurrencia (intento de suicidio dos o más veces en la vida), fue reportada por una de cada cuatro mujeres con intento en ambas mediciones, en los varones la proporción que, en 1997 era de uno por cada cinco, en el 2000 aumentó a uno de cada tres<sup>16</sup>.

Entre el 25 a 40% de los suicidas ya había intentado suicidarse en ocasiones anteriores entre el 1 y el 2% de ellos logra su propósito al año siguiente de haberlo intentado.

La repetición del intento, aunque no logre consumarlo, también es frecuente, una cifra cercana al 50% lo ha intentado con anterioridad y del 18 al 25% lo intentará nuevamente antes de que pasen dos años de la primera vez<sup>17</sup>.

La Escala de Birleson con un punto de corte de 15 orientó al diagnóstico de depresión en 30 adolescentes con intento de suicidio y 10 sanos con  $P < 0.001$ . En un estudio realizado por Ivasson y cols (1994) se obtuvo con el mismo punto de corte una sensibilidad del 69% y una especificidad del 75% con un alfa de Cronbach de 0.90<sup>7,10</sup>.

Se menciona que con un punto de corte de 14 se obtiene una sensibilidad de 87 y especificidad de 74, con un alfa de Cronbach de 0.85<sup>7</sup>.

Estas diferencias indican que tomando el punto de corte que convenga, se puede 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. (Clake y cols 1995)<sup>7,10</sup>.

Podemos concluir que la Escala de

Birleson demostró utilidad en nuestra población ya que apoyados en un equipo interdisciplinario y multidisciplinario nos permitió establecer el diagnóstico y tratamiento de depresión en forma temprana.

Esto es de importancia si tomamos en cuenta que la prevalencia del padecimiento ha sido determinada hasta el 27% de los adolescentes que son atendidos en los servicios psiquiátricos. En población abierta (estudiantes de secundaria), la prevalencia a lo largo de la vida la depresión mayor es de 4.0% y para la distimia 4.9%<sup>7</sup>.

Las mujeres que atentan contra su vida presentan trastornos depresivos 36.2%, distimia 29.6% y fobias 17.6%. Las variables identificadas como factores de riesgo para la ideación como para el intento son trastornos depresivos 11.6 veces más riesgo para la ideación y 6.9 para el intento, ser soltera 1.8 veces más riesgo para pensar en suicidarse y 1.4 para intentar quitarse la vida. La prevalencia de ideación suicida es importante, siete de cada 100 mujeres alguna vez pensaron en quitarse la vida y la de intento suicida de 3.6%<sup>18</sup>.

Por último los adolescentes del grupo de sanos requieren de un análisis más detallado para poder evaluar los aspectos clínicos que pudieran ser prodromicos, o bien periodos de ventana dentro de las manifestaciones clínicas del fenómeno depresivo o de otros padecimientos descritos ya por otros autores y que resulta indispensable considerar<sup>7</sup>.

La Escala de Birleson nos ha brindado la oportunidad de iniciar líneas de investigación encaminadas al seguimiento, diagnóstico y tratamiento, tomando en consideración a los adolescentes con altas calificaciones y los que se encuentran en límites en ambos grupos.

El suicidio en la población joven es una de las dos o tres causas principales de muerte en muchos países. En México, el panorama epidemiológico muestra incrementos constantes en las tasas de suicidio e intentos de suicidio en la población joven (Boges, Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994, Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996) por lo que este fenómeno se ha perfilado como un problema de salud pública y no como una cuestión meramente individual. Por estos motivos, se deben contemplar el contexto sociocultural y psicosocial en que esta conducta ocurre, para así identificar los grupos de población de riesgo e incidir en el cam-

po de prevención y tratamiento<sup>19</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Rodríguez M. Suicidio. En: Cruz SF, Pineda PS, Martínez VN, Aliño SM. Manual de Prácticas Clínicas para la atención integral a la Salud en la Adolescencia. MINSAP. 1999. 140-4.
- 2.- Dukheim E: El suicidio Introducción. En: Dukheim E. El suicidio. Ediciones Coyoacán. Diálogo Sociología. 1998. 13-25.
- 3.- Reyes ZL: Definición de suicidio. En: Reyes ZL Suicidio. Curso Fundamental de Tanatología. 1999: 9-17.
- 4.- Moron P. Suicidio y Medicina. En: Moron P. El suicidio. Publicaciones Cruz O, S.A. 1992: 45-55.
- 5.- La salud de adolescentes en cifras. Salud pública en México. 2003; 45, supl 1: 153-66.
- 6.- Sauceda GJ, Montoya CM, Higuera RF, Maldonado DJ, Anaya SA, Escalante GP. Intento de suicidio en la niñez y en la adolescencia: ¿Síntoma de depresión o impulsividad agresiva? Bol. Med. Hosp. Infant. Méx. 1997, 54(4): 169-75.
- 7.- De la Peña F; Lara MC; Cortés J, Nicolini H, Paéz F, Almeida L. Traducción al español y validez de la Escala de Birleson (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. Salud Mental. 1996; 19: supl 3: 17-22.
- 8.- Angol A. Childhood and adolescent depression 1. epidemiological and aetiological aspects. Bristish J Psychiatry. 1988; 152: 601-7.
- 9.- Angol A, Worthman CW. Puberty onset of genber differences in rates of depression. A developmental epidemiologic and neuroendocrine perspective. J affective Disorders. 1993; 29: 145-58.
- 10.- Nicoli H, Fresan A: Escalas de evaluación de los trastornos afectivos. En Apíquián R, Fresan A. Nicolini H. Evaluación de la Psicopatología. Escalas en español. JGH Editores. 2000: 49-59.
- 11.- Birleson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a Self Rating Scale: A research report. J Child Psychol Psychiatry. 1980; 22: 73-88.
- 12.- Birleson P, Hudson I y cols: Clinical evaluation of a Self-Rating Scale Depresiva Desorden in Childhood (Depression Self-Rating Scale). J Child Psychol Psychiatry. 1987; 28: 43-60.
- 13.- Vázquez PE, González VE, Rojo QA. Figueroa LR: Intento de suicidio en adolescentes. Bol. Clin. Hosp. Infant. Edo. Son. 1998: 77-85.
- 14.- Estadística de intentos de suicidios y suicidios. Serie boletín de estadísticas continuas, demográficas y sociales. INEGI. 2004: 1-15.
- 15.- 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. 2003; 2(1): 5-12.
- 16.- González FC, Villatoro VJ, Alcántar EI, Medina-Mora M, Fleiz BC, Bermudez LP, Amador BN. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000; 25(6): 1-12.
- 17.- Gómez A, Lolas F, Barrera A. Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. Salud mental 1991; 41(1): 25-31.
- 18.- Berezon GS, González FC, Medina-Mora IM. Asociación entre trastornos Depresivos y Fóbicos con ideación e intento Suicida en Mujeres de Comunidades Urbanas Pobres. Revista Mexicana de Psicología. 2000; 17 (1): 55-63.
- 19.- González FC, Mariño MC, Mondragón L, Medina-Mora M. Intento de suicidio y uso de tiempo libre en adolescentes mexicanos. Psicología Conductual. 200; 8(1) 147-52.

**DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN CON LA ESCALA DE BIRLESON EN ADOLESCENTES CON INTENTO DE SUICIDIO Y SANOS.**

\* Elba Vázquez Pizaña. Médico Pediatra. Medicina del Adolescente, Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon. Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora, Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal. Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández. Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera. Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

---

**ANEXO 1**  
**ESCALA DE BIRLESON PARA DEPRESION EN ADOLESCENTES**

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

\* Elba Vázquez Pizaña.  
Médico Pediatra. Medicina del Adolescente,  
Vicepresidenta Zona Norte de la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C.

\*\* Ignacio Fonseca Chon.  
Maestro en Ciencias, Universidad de Sonora,  
Asesor de Investigación en el HIES.

\*\*\* Juan Ramón Padilla Villarreal.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\* María Lourdes Pérez Hernández.  
Médico Pediatra.

\*\*\*\*\* Norberto Gómez Rivera.  
Médico Pediatra, Jefe de Urgencias Hospitalización.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:**

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

	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 gustaría escapar, salir corriendo.			
6. Me duele la panza.			
7. Tengo mucha energía.			
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 fácilmente.			
17. Me siento tan triste, que me cuesta trabajo soportarlo.			
18. Me siento muy aburrido.			