

Artículo de Investigación

DIAGNOSTICO 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***; Maria Lourdes Pérez Hernández***; Norberto Gomez Rivera***

*Medico Pediatra. Medicina del Adolescente

Vicepresidenta Zona Norte Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia. A.C

**Maestro en Ciencias. Universidad de Sonora. Asesor de Investigación en el HIES

*** Medico Pediatra

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 realizo en la hoja de cálculo Excel y para el análisis estadístico se utilizo 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 presentan mas intensificados los rasgos depresivos, que son factores importantes del riesgo suicida

Palabra clave: Adolescente y depresión, factor de riesgo suicida.

SUMMARY

INTRODUCTION: suicide is the third world 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 1st through march the 31th 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, it predominated the feminine 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

Se define el suicidio como el acto humano de autolesionarse con la intención de acabar con la propia existencia e implica una variedad de estados y motivaciones que a veces pueden ser considerados concientes o inconscientes¹.

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^{2,3}.

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 padres¹

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.

El proyecto suicida plantea un problema de diagnóstico en los adolescentes de lo normal a lo patológico, en el comportamiento de los jóvenes. Cada vez más publicaciones científicas relacionadas con este tema se refieren a la frecuencia y a la abundancia de la información literaria, cinematográfica y periodística, que responden a una preocupación popular y a un cierto interés por dicho tema.

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. Además, la diferencia entre deceso por suicidio y tentativa "frustrada" es, a esta edad, esencialmente artificial⁴

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. Al considerar la intencionalidad de las causas externas los eventos no intencionales son los más frecuentes, seguidos por los homicidios y suicidios. Al observar el listado de 20 causas más frecuentes de muerte destacan los eventos de tráfico de vehículo de motor como la causa externa que con mayor frecuencia la producen entre los adolescentes. 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. Después de éstas, aparecen causas que difieren según grupo de edad y sexo⁵

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. La depresión también se ha identificado en muchos menores que intentan el suicidio sin llegar a consumarlo^{6,7}.

El trastorno depresivo mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia se ha convertido en una de las líneas de investigación mas importante a nivel internacional. Esta entidad clínica comparte, junto con el TDM de los adultos, muchas características clínicas, sin embargo pueden diferenciarse por la duración de los síntomas, por la recurrencia de los episodios, por las manifestaciones clínicas propias del desarrollo afectivo y del desarrollo de otras áreas y por la baja respuesta al tratamiento antidepresivo⁷

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^{7,8}.

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^{7,9}.

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 terapéutico⁷

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 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%^{7,10-12}.

El objetivo de este trabajo es determinar la utilidad de la Escala de Birleson para el diagnóstico de depresión en adolescentes con intento de suicidio y sanos.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio comparativo, 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.

Considerando que los estudios de confiabilidad 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 Birlson es unidimensional, ya que solo mide el constructo teórico depresivo es un instrumento autoaplicable tipo Lickert 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. (3,5,6,10,14,16,17).

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, wilconson/kruskal Wallis y Fisher

RESULTADOS

En el periodo de estudio acudieron 60 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.

El lugar de residencia de los adolescentes con intento de suicidio fue Sonora de los siguientes municipios: Hermosillo 44, 73.3%, Miguel Alemán 3, Caborca 2, Bahía de Kino 2, un caso respectivamente en Guaymas, Magdalena de Kino, Huatabampo, Nogales, San Pedro el Saucito, Cumpas Sahuaripa y Huahineras.

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 2, Guaymas 2, un caso respectivamente en Magdalena de Kino, Nacozari, Ures, Navojoa, Puerto Penasco, Santana, Ejido el Buey, San Miguel de Horcasitas. En Baja California Sur, en Santa Rosalia un caso

Con relación a la escolaridad, en el grupo con intento de suicidio realizaron primaria completa 2, 3%, primaria incompleta 3, 5%, secundaria completa 15, 25%, secundaria incompleta 22, 36%, preparatoria completa 1, 1.5%, preparatoria incompleta 12, 20%, y no especificaron 5, 7.5%. En el grupo sano cursaron primaria completa 7, 11%, primaria incompleta 3, 5%, secundaria completa 13, 21%, secundaria incompleta 19, 31%, preparatoria completa 4, 6%, preparatoria incompleta 14, 23%. El promedio de años escolares en el grupo de intento de suicidio de 8.3 y en el de sanos de 8.4. El estado civil en el grupo con intento de suicidio: fue de 58 solteros y 2 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 5, 8%, evangélica 1, 1.6%, apostólica 1, 1.6%, protestante 1, 1.6%, ateo 1, 1.6%, no especificado 6, 10%, en el grupo de sanos, católica 45, 75%, cristiana 9, 15%, evangélica 2, 3%, apostólica 2, 3%, ateo 2, 3%, no especificado 2, 3%.

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 3, 5%, en el grupo de sanos nuclear 38, 63.3%, uniparental 19, 31.6%, desintegrada 2, 3.3%, no especificada 1, 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.

Se presentó violencia familiar en adolescentes con intento de suicidio de tipo físico en 26, 43.3%, psicológica 2, 3.3%, no especificado 1, 1.6%, y en el grupo de sanos violencia física en un caso, 1.6%.

La prueba Chi cuadrada de Pearson reveló una significancia estadística con $P < 0.0001$, 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 6, 10%, trastornos psiquiátricos 2, 3% e intento de suicidio familiar 2, 3%. La prueba Chi cuadrada de Pearson, revelo significancia estadística con $P < 0.05$. Cuadro 1

De acuerdo a la escolaridad de los padres se encontró que en el grupo con intento de suicidio cursaron primaria 22, secundaria 24, preparatoria 3, profesional 3, carrera técnica 6, no especificaron 2; del grupo de sanos analfabeta 1, primaria 24, secundaria 17, preparatoria 7, profesional 2, carrera técnica 1, no especificaron 8.

En cuanto escolaridad de los padres, del grupo con intento de suicidio era analfabeta uno, cursaron primaria 18, secundaria 19, preparatoria

25.0%, depresión 7, 11.6%, toxicomanías 5,8%, alcoholismo 4, 6.6%, intento de suicidio previo 3, 5%. 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 2

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

Cuadro No. 1
FACTORES DE RIESGO FAMILIARES POR GRUPO

Factor de riesgo	Intento suicidio	%	Sanos	%	p
Familia desintegrada	11	18.3	2	3.3	0.012
Violencia intrafamiliar	12	48.2	1	1.6	0.0001
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	0.0089

7, profesional 4, no especificaron 11; en el grupo de sanos, primaria 23, secundaria 16, preparatoria 8, profesional 3, 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,

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 presento por 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 destruda 8,13.3%, dificultades financieras 8,13.3%, depresión 7, 11.6%, riñas familiares 7,11.6%, pensamiento y amenaza suicida 6,10%,

Cuadro No. 2

FACTORES DE RIESGO PERSONALES POR GRUPO

Factor de riesgo	Intento suicidio	%	Sanos	%	p
Equivalentes depresivas	43	71.6	15	25.0	0.0001
Depresión	43	71.6	7	11.6	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

incapacidad para afrontar el estrés cotidiano 5, 8.3%, impulsividad 4, 6.6%, solitario y abandonado 3,5%, aislado 3,5%, ansiedad intensa 3,5% y sentimientos de rechazo familiar 2,3.3%

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 $P \leq 0.001$ en todos. El sitio de elección para realizar el intento de suicidio fue en casa-habitación en 38, 63%, de los cuales 23 fueron en recámara, en el baño 11, cocina 6, patio 5, sala 2, seguidos de escuela con 6, 10%; y otros 6, 10%.

La hora en que se realizó el acto suicida fue de las 00:00-06:00 hrs 7, 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 5, 8%. 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 4, 6.6%, abril 6, 10%, mayo 8, 13.3%, junio 2, 3.3%, julio 2, 3.3%, agosto 3, 5%, septiembre 2, 3.3%, octubre 5, 8.3%, noviembre 5, 8.3%, diciembre 1, 1.6%.

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 5, 8%, ingesta de químicos en 3, 5%, y otros 4, 6%.

Los tipos de medicamentos utilizados fueron salicilatos en 8, 19% psicotrópicos 6, 14.3%, benzodiacepinas 3, 7.1%, ácido bórico 2, 4.8% 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 5, 8%.

El factor desencadenante del intento de suicidio fue por problemas familiares 25, 41.6% amoroso 11, 18.3%, depresión 4, 6.7%, impulsividad 4, 6.7%, problemas escolares 3, 5% 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 Birlson 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 puntos seis casos, 9 puntos ocho casos, 10 puntos tres casos, 11 puntos cinco casos, 12 puntos cuatro casos, 13 puntos seis

de depresión, con diferentes puntos de cortes se encontró significancia estadística con la Prueba exacta de Fisher $P < 0.001$.

Cuadro No. 3

FACTORES DE RIESGO MÁS COMUNES POR GRUPO

Factor	Intento suicidio	%	Sanos	%	p
Falta de comunicación con los padres	48	80	14	23.3	0.0001
Equivalentes depresivas	43	71.6	15	25	0.0001
Depresión	43	71.6	7	11.6	0.0001
Desorganización familiar	42	70	15	25	0.0003
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
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	0.0001
Ausencia de figura parental significativa	33	55	11	18.3	0.0009
Solitario-abandonado	30	50	3	5	0.0001
Perdida temprana de objeto amoroso	29	48.3	8	13.3	0.0006
Aislado	29	48.3	3	5	0.0001
Pensamientos y amenaza suicida	28	46.6	6	10	0.0002
Familia destruída	27	45	8	13.3	0.0013
Dificultades financieras	27	45	8	13.3	0.0013
Ansiedad intensa	27	45	3	5	0.0001

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. El grupo con intento de suicidio presento variaciones de resultados distintos al de sanos Prueba F, $P < 0.02844$.

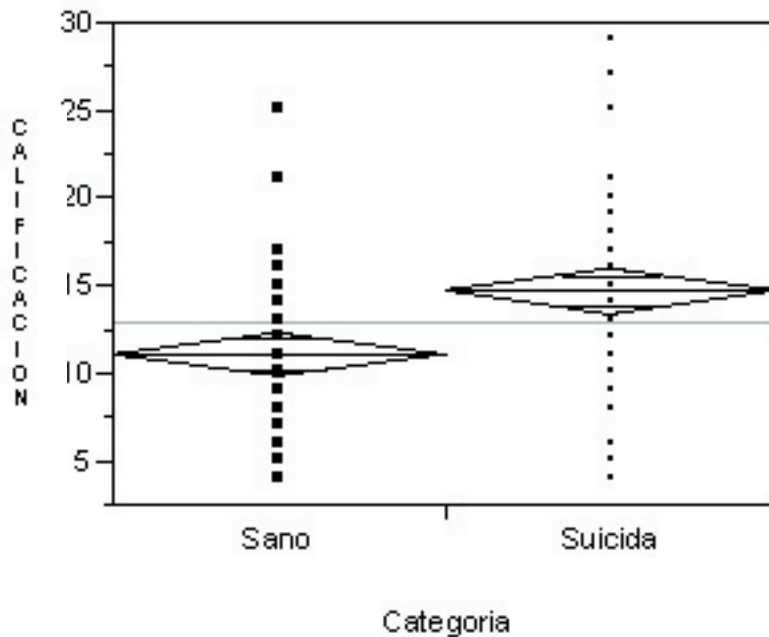
La calificación fue de 15 y mas, para el grupo de intento de suicidio en 30 adolescentes y el grupo de sanos en 10, orientando al diagnostico

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 $P < 0.001$.

El análisis de la Escala de Birlson 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 adolescentes con intento de suicidio y sanos .ya que la prueba de Chi cuadrada revelo significancia estadística con $P = < 0.0.5$.

Figura 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS POR GRUPOS



Al realizar una comparación en la respuesta separando los que contestaron siempre, algunas veces y nunca. Se encontró que para la respuesta de siempre 8 de las 18 preguntas, logran diferenciar adolescentes con intento de suicidio y sanos. En la respuesta nunca 7 de las 18 preguntas logran diferenciar entre adolescentes con intento de suicidio y sanos. En la respuesta algunas veces 2 de las 18 preguntas logra diferenciar entre adolescentes con intento de suicidio y sanos ya que la prueba de Chi cuadrada revelo significancia estadística $P < 0.05$.

El diagnostico psiquiátrico inicial en el grupo de adolescentes con intento de suicidio, se realizo en 46, 76.7%, depresión 20, 43.5%, impulsividad 4, 8.7%, gesto suicida 4, 8.7%, déficit de atención 3, 6.3%, otros 12, 26.1%, no especificado 3, 6.3%. 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 2.8%, 1 día 22, 62.8%, 2 días 4, 11.4%, 3 días 2, 5.7%, 4 días 2, 5.7%, 5 días 2, 5.7%, 6 días 1, 2.8%, 16 días 1, 2.8%. 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 3,5%, tristeza 1,1.7%, desesperación 1,1.7%, frustración 1,1.7% y no especificado 3,5%. De los 35 pacientes que se hospitalizaron 32, 91.4% egresaron por mejoría y 3, 8.6%, requirieron traslado al Hospital Carlos Nava.

CONCLUSIONES

Durante el año de 2003, ocurrieron en el país 3327 suicidios, esta cifra significo 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 identifico que en promedio ocurrieron 104 suicidios por entidad federativa; en 21 entidades se registro 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%), 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%)¹⁴

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 1¹³

En un estudio realizado en 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 esta afectando a más de 68 000 mujeres adolescentes y a 17 000 hombres adolescentes de la Ciudad de México¹⁵

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), registro 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.

Con 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 realizo actos que pusieron en peligro su vida. En relación con la edad que tenían, la frecuencia más significativa se identifico 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 años¹⁴

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%. 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 observo en las mujeres que habían cursado el nivel secundario, con 34.7% del total¹⁴

Al comparar los grupos en relación a los factores familiares predominaban en el grupo de intento de suicidio familia desintegrada, violencia intrafamiliar, toxicomanías, patología crónica y trastornos psiquiátricos, ya que la prueba Chi cuadrada de Pearson reveló significancia estadística $P \leq 0.05$

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. ya que la prueba Chi cuadrada de Pearson reveló significancia estadística $P \leq 0.001$

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 destruida, dificultades financieras y ansiedad intensa, ya que la prueba Chi cuadrada de Pearson reveló significancia estadística $P \leq 0.001$

Uno de los factores mas 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.

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 nacional¹⁴ La hora mas frecuente en que se realizo 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 mas 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%.¹⁴

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.¹⁴

Los factores desencadenantes mas 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 acción¹⁴

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 indicó que no le importaba si vivía o moría¹⁶. 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 drogas¹⁵

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, aun cuando reconocía diferentes grados de malestar emocional¹⁶

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 tres¹⁶

Los adolescentes que intentaron el suicidio ameritaron hospitalización 35, el diagnóstico de depresión se estableció por psiquiatría en 20, 33.3% y de ellos ameritaron tratamiento 9, 45%, su estancia fue de un 1 día en 22, 62.8%, con un promedio de 2.2 días de hospitalización, se egresaron por mejoría 32, 91.4%. La reacción posterior al intento fue de arrepentimiento 28, 46.7%, enojo 21, 35% y otras.

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 intentara nuevamente antes de que pasen dos años de la primera vez¹⁷

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.

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 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).

Se puede concluir que la Escala de Birlson demostró utilidad en la 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%.

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 mas riesgo para la ideación y 6.9 para el intento, ser soltera 1.8 veces mas 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%¹⁸

Por ultimo los adolescentes del grupo de sanos requieren de un análisis mas detallado para poder evaluar los aspectos clínicos que pudieran ser prodrómicos, 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.

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, Hajar, 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 campo de prevención y tratamiento¹⁹

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. 140-144
- 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- 166
- 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): 169-175
- 7.-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.
- 8.-Angol A. Childhood and adolescent depression 1. epidemiological and aetiological aspects. British J Psychiatry. 1988; 152: 601-607
- 9.-Angol A, Worthman CW. Puberty onset of gender differences in rates of depression. A developmental epidemiologic and neuroendocrine perspective. J affective Disorders. 1993; 29: 145-158
- 10.-Nicolini 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
- 11.- Birlson 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.-Birlson P, Hudson I y cols: Clinical evaluation of a Self-Rating Scale Depressive Disorder 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) 147-152