

Instituto Nacional
de Salud Pública

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO
GENERACIÓN 2012-2014

PROYECTO TERMINAL:

“Aproximación a la caracterización de la conducta suicida en jóvenes entre 15 y 29 años en México, a partir del análisis de dos factores de riesgo”

ALUMNA:

Daniela Vázquez Vega

COMITÉ ASESOR DE PT:

Directora

Dra. Maricela Piña Pozas

Asesora

Dra. Catalina González Forteza

Lector

Dra. Liliana Mondragón Barrios

Cuernavaca, Mor., 20 de agosto de 2014

Dedicado con cariño a mi mamá, mi papá y mis hermanos Anayely,
Beatriz y Arturo, pues gracias a su apoyo incondicional y
confianza he podido llegar hasta donde estoy

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su característico sentido del humor, pues en los momentos de mayores cambios me robaron una sonrisa y me animaron a seguir adelante dando lo mejor de mí a cada paso

A mis amigos en Puebla por haberme acompañado desde la distancia durante estos dos años, brindándome su cariño, paciencia y apoyo

A las lindas personas que al estar en la maestría pude conocer y con quienes construí maravillosos recuerdos

A la Dra. Maricela Piña Pozas por haber confiado en mí, brindándome su apoyo desde el comienzo en este reto que representó el Proyecto Terminal y por permitirme seguir creciendo académicamente

A la Dra. Marcela Sánchez Estrada porque cada vez que lo necesité supo decirme las palabras adecuadas y porque al creer en mi trabajo y en mis capacidades, hizo posible que conociera a otros maravillosos seres humanos

A la Dra. Catalina González Forteza y al Mtro. Alberto Jiménez Tapia, quienes me cobijaron con su confianza y amistad, pues a su lado he aprendido mucho y porque me han motivado a seguir soñando

A la Dra. Liliana Mondragón Barrios por su apoyo, disposición y dedicación al revisar mi trabajo

Al Instituto Nacional de Salud Pública, pues de no haber estudiado aquí no habría aprendido lo que aprendí y no habría conocido a las personas que ahora forman parte de mi vida

ÍNDICE

RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. ANTECEDENTES.....	8
3. MARCO CONCEPTUAL	12
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
5. JUSTIFICACIÓN.....	16
6. OBJETIVOS.....	18
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
8. RESULTADOS	21
9. DISCUSIÓN	40
10. CONCLUSIONES	42
11. BIBLIOGRAFÍA	45
12. ANEXOS.	49

RESUMEN

Objetivo. Analizar la conducta suicida en población mexicana de 15 a 29 años, a partir de las diferencias entre hombres y mujeres, considerando como principales factores de riesgo a los intentos suicidas y la presencia de trastornos depresivos. **Material y métodos.** Se realizó una revisión sistemática de literatura, de tipo descriptiva y retrospectiva sobre el suicidio en México. La unidad de análisis fueron artículos y otros documentos generados desde 1980 al 2014; para identificar aquellos documentos potencialmente relevantes para la presente revisión, se emplearon descriptores tanto en inglés como en español, que al realizar diferentes combinaciones con éstos, se generaron diferentes estrategias de búsqueda, la cual se hizo en bases de datos como PubMed, SciELO, Portal BVS, PsycInfo, entre otras; así como en el repositorio de la UNAM, el INPRFM y la REMERI. **Resultados.** De los documentos que analizan la ideación suicida, los porcentajes respecto a los sujetos (del total de hombres y mujeres) que presentaban ideación suicida oscilaron entre 13.2% y 15.8%; respecto a los factores asociados con la ideación suicida, se encontró 65.9% de presencia de algún trastorno depresivo como primer diagnóstico en la muestra estudiada. En cuanto a los artículos en que se estudiaron los intentos suicidas, aquéllos que arrojaron prevalencias oscilaron entre 7.3% hasta 69.13%, este rango parece estar determinado por tres elementos: a) las diversas definiciones de las variables estudiadas, b) los instrumentos empleados para evaluarlas y c) el tipo de población que se estudió (p.ej. adolescentes embarazadas, homosexuales, estudiantes universitarios, etc.). También se encontró que en quienes presentaban patrones neuróticos de comportamiento e impulsividad, se incrementaba 6 veces la posibilidad de realizar un intento suicida y si tenían depresión, se incrementaba 7 veces más; es importante mencionar que dichos patrones neuróticos y la depresión, fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres. **Conclusión.** Tanto la sintomatología depresiva como los intentos suicidas fueron mencionados en la mayoría de los estudios como principales factores asociados con el suicidio, éstos al igual que algunos otros factores mostraron diferencias entre hombres y mujeres, confirmándose la controversia respecto a que el género pudiera ser el factor que pueda acercarnos a la explicación del por qué son los hombres quienes consuman el suicidio, y las mujeres quienes lo intentan en mayor medida y quienes padecen mayor sintomatología depresiva.

Palabras clave: Adolescentes, depresión, ideación suicida, intento suicida, México

1. INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva epidemiológica, la conducta suicida y el suicidio consumado conforman un creciente problema de salud pública por su impacto en la morbi-mortalidad de la población joven y económicamente activa, a nivel mundial y en nuestro país. En México, la mortalidad a causa del suicidio se ha incrementado en los últimos 40 años¹; de acuerdo con datos de la Secretaría de Salud, de 1970 a 1998 el suicidio aumentó 215%².

Además, el suicidio que durante la década de los setenta era un problema importante en la población de mayor edad, ha cambiado también en México siguiendo la tendencia internacional; actualmente el suicidio se ha incrementado en el grupo de 15 a 29 años, y se ha constituido en una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad³, muestra de esto es que es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad y la tercera entre los 15 y 24 años¹.

En este contexto donde se ha incrementado la mortalidad por suicidio, cobra especial relevancia el estudio de las manifestaciones relacionadas con él, esto es, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio⁴.

En cuanto a los factores de riesgo asociados con el suicidio consumado, existe evidencia de que tanto los intentos de suicidio como la presencia de trastornos mentales, en particular la depresión, son de los mejores predictores para que una persona efectúe nuevos intentos, y en ese sentido, logre consumir el suicidio⁵. No obstante, en la mayoría de los países del mundo, sean desarrollados o en vías de desarrollo (emergentes), sean occidentales u orientales, los datos reflejan lo contrario y en México no es la excepción, tan sólo durante el 2011 en el país se registraron 5 mil 718 suicidios, de los cuales 80.8% fueron consumados por hombres, lo que significa que en México los suicidios son cuatro veces más frecuentes en hombres que en mujeres⁵ (se ha documentado también que ellos suelen usar métodos más violentos)⁶; pero son éstas últimas las que manifiestan más frecuentemente la ideación e intento suicida^{4, 7}; así como trastornos depresivos^{8, 9}. Y es debido a esta controversia; es decir, a estas diferencias entre hombres y mujeres, que se ha planteado que pueden deberse a aspectos relacionados con el papel de cada género⁶.

En la literatura científica a estas diferencias en el comportamiento suicida se les ha dado el nombre de “paradoja de género”, la cual sugiere que tanto hombres como mujeres muestran una tendencia a adoptar comportamientos autodestructivos que están relacionados y, en ese sentido, son congruentes con los roles de género establecidos en sus respectivos sistemas culturales¹⁰. Es importante señalar

que el concepto de género, no hace referencia únicamente a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, sino también a las normas sociales y expectativas culturales que definen lo femenino y lo masculino¹¹.

Aunado a lo anterior, es bien sabido que todo proceso de salud-enfermedad no puede considerarse ni exclusivamente individual, ni biológico, familiar o incluso únicamente de tipo social, puesto que cada uno de estos factores conforman una compleja red en la que se interrelacionan unos con otros; y en lo que respecta al suicidio ocurre lo mismo debido a que su etiología es multifactorial, por lo tanto, intentar abordar de manera individual dicho fenómeno complejo que representa un problema en México y a nivel mundial, resultaría ingenuo e insuficiente. De ahí que desarrollar estrategias no sólo para su estudio sino para su prevención requiere de un abordaje de salud pública, esto es, un abordaje integral, pues por un lado es necesario el trabajo multi e interdisciplinario, y por otro, porque requiere de la actuación conjunta y coordinada de todos los actores y sectores involucrados¹².

Considerando lo ya descrito, la presente revisión sistemática de la literatura científica tiene como objetivo brindar una aproximación a la caracterización del fenómeno del suicidio en jóvenes mexicanos de 15 a 29 años, a partir del análisis de las diferencias y/o similitudes existentes entre hombres y mujeres, considerando a los intentos suicidas y la presencia de trastornos depresivos como principales factores de riesgo asociados con el suicidio consumado.

2. ANTECEDENTES

Hoy en día, el suicidio ocupa un lugar importante dentro del perfil epidemiológico en México. La mortalidad por suicidio en el país ha aumentado durante los últimos 40 años. En 1999, la tasa de mortalidad por suicidio, fue de 3.4 por 100,000 habitantes; es decir, 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres².

Algunas fuentes internacionales muestran el incremento que ha tenido la mortalidad por suicidio en México; ejemplo de esto fue un estudio de tendencias entre 47 países, en el cual se muestra que mientras la mortalidad por suicidio en los períodos entre 1980 y 1984 y entre 1995 y 1999 disminuyó en Japón, Canadá, Estados Unidos y varios países de Europa, se observaron incrementos de 90.3% para la población masculina mexicana (sólo superado por la República de Mauricio con 248.1%) y 25% para la femenina (con valores mayores que en Lituania, España y Cuba)³.

Además, el suicidio que para 1970 era un problema relevante en la población de mayor edad, cambió también en México siguiendo una tendencia internacional. Actualmente el suicidio se ha incrementado en el grupo de 15 a 29 años y se constituye ya en una de las primeras causas de muerte para este grupo de edad³. En el país, el suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años de edad y la tercera entre los 15 y 24 años¹. Según datos del INEGI, durante el 2012 se registraron 5549 suicidios en el país y fue precisamente en la población entre 15 y 34 años en que se concentró 53% de los suicidios, de los cuales en su mayoría fueron efectuados por hombres (4 hombres por cada mujer)¹³.

Al tomar en cuenta este aumento en la mortalidad por suicidio, se hace necesario el estudio de las manifestaciones relacionadas con él, es decir, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio. Se ha documentado que los antecedentes de intentos previos de suicidio podrían predecir de manera considerable intentos subsecuentes y el suicidio consumado. Si bien se ha estimado que existen aproximadamente diez intentos por cada suicidio consumado, cada intento tiene la posibilidad de resultar en la muerte o en una lesión física a largo plazo, causando un profundo sufrimiento psicológico⁴.

Además, investigaciones enfocadas al estudio de las prevalencias de las conductas suicidas “alguna vez en la vida”, mostraron que un trastorno mental incrementaba aproximadamente cinco veces la probabilidad de manifestar ideación suicida y aproximadamente diez veces la ocurrencia, ya sea de

un plan o de un intento de suicidio; siendo las mujeres quienes presentaron prevalencias mayores de ideación, plan e intento⁴. De ahí que estudiar los intentos de suicidio es indispensable por la carga psicológica que éstos conllevan, por las repercusiones y lesiones que pueden producir, así como por su estrecha relación con el suicidio consumado¹.

Por otro lado, investigaciones previas mostraron que alrededor de 75% de los casos de intento de suicidio de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. Por tanto, uno de los factores que pueden ayudar a identificar sujetos con ideación o conducta suicida es la presencia de algún trastorno mental¹.

Tal es el caso de los trastornos depresivos, los cuales, producen importantes niveles de discapacidad pues afectan las funciones físicas, mentales y sociales; ejemplo de ello es que las personas con depresión pierden hasta 2.7 días más de trabajo que aquéllas con otro tipo de enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que para el año 2020 será la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. Actualmente en México, la depresión es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres; y se asocia con mayor riesgo de muerte prematura⁹. Asimismo, resulta importante tomar en cuenta que el uso de los servicios de salud para la atención especializada es también diferente para hombres y mujeres³.

Borges y cols. han documentado que son los trastornos de depresión y ansiedad los que se les considera como principales factores de riesgo para la ideación e intento suicida. La depresión no sólo afecta a quien la padece, también conlleva consecuencias negativas para quienes les rodean, por lo que es importante ampliar esfuerzos que permitan identificar los síntomas depresivos como obstáculos al bienestar y la productividad y aceptarlos como retos que se pueden y deben superar¹⁴.

En cuanto a la prevención del suicidio, es primordial conocer los factores de riesgo¹⁵; es decir, las características o condiciones que influyen en la persona aumentando la probabilidad de que se presente, considerando que la interacción entre dos o más factores incrementa el riesgo suicida¹⁶. En torno a esto, en México se ha encontrado lo siguiente:

- a) En estudios con adolescentes escolares, son las mujeres quienes presentan mayor ideación suicida y sintomatología depresiva que los varones. Respecto a la edad, la ideación suicida comienza a incrementarse a los 10 años, el plan suicida y los intentos a los 12; pero es alrededor de los 15 años el período identificado como el de mayor riesgo para la ideación, plan e intento suicida⁷.

- b) En población adulta, son varias las investigaciones que han encontrado que son las mujeres quienes manifiestan mayor ideación suicida, así como de intento de suicidio. En escenarios clínicos donde se ha estudiado a poblaciones con intentos de suicidio, se ha observado que la mayoría de los casos son mujeres con porcentajes de 65% a 90%, pero son los hombres quienes consiguen en mayor número consumar el suicidio en una proporción de 8:1. En estudios sobre poblaciones clínicas con pacientes internados por intento de suicidio, se ha encontrado que el grupo de edad más afectado es el de 15 a 24 años, otro estudio reporta las frecuencias más altas entre los 15 y 26 años. Con respecto a las lesiones autoinflingidas (con o sin la intención de morir), el grupo etéreo con mayor cantidad de casos se ha encontrado entre los 20 y 29 años⁷.
- c) Respecto a los principales trastornos mentales asociados con la conducta suicida, encontramos a los de depresión y ansiedad. En lo que respecta a la depresión, en el mundo representa la cuarta causa de discapacidad en términos de años perdidos de vida saludables; además, tiene una alta co-ocurrencia con otros trastornos como la ansiedad, el consumo de sustancias, la diabetes y las enfermedades cardíacas. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. En población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (aún más si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas y h) la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Pero pese al impacto que tiene este trastorno, una gran proporción de personas no acude a tratamiento, retrasa mucho la búsqueda de ayuda, o bien no recibe la asistencia adecuada⁹.
- d) El creciente deterioro económico y social del país, aunado a los más de 30 años sin un crecimiento económico adecuado para el tamaño y la dinámica demográfica de México, han provocado que, pese a los importantes avances en muchos campos (como el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil, el aumento de la escolaridad promedio, la mayor participación económica femenina, etc.), la población se enfrente a falta de empleos adecuadamente remunerados, falta de seguridad social, accesos restringidos a una educación y a un trabajo de calidad. De este modo, no es suficiente tener niveles de escolaridad elevados para tener un trabajo, por lo que para miles de personas cada año, la emigración en

busca de las oportunidades que en México no se pueden tener, se ha vuelto la única salida posible¹⁷.

En relación a los jóvenes mexicanos, el panorama se visualiza aún más incierto, ante las condiciones actuales del país, después de cierto nivel de estudios, las posibilidades de seguir estudiando son limitadas y muchos jóvenes se ven en la necesidad de abandonar a edades relativamente tempranas su educación formal. Además, independientemente del nivel de escolaridad que hayan logrado concluir, será difícil que encuentren un empleo y que aun y cuando lo obtengan, les será difícil enfrentar las dificultades económicas cotidianas por los bajos niveles de los salarios y que buscando alternativas para hacerles frente, quizás tendrán que migrar a otra parte del país o incluso al extranjero¹⁷.

Por lo anterior, no cabe duda que este conjunto de factores detonan las condiciones de situaciones mentales de ansiedad¹⁴, depresión, soledad y desesperanza que pueden anteceder la grave decisión de quitarse la vida¹⁷.

3. MARCO CONCEPTUAL

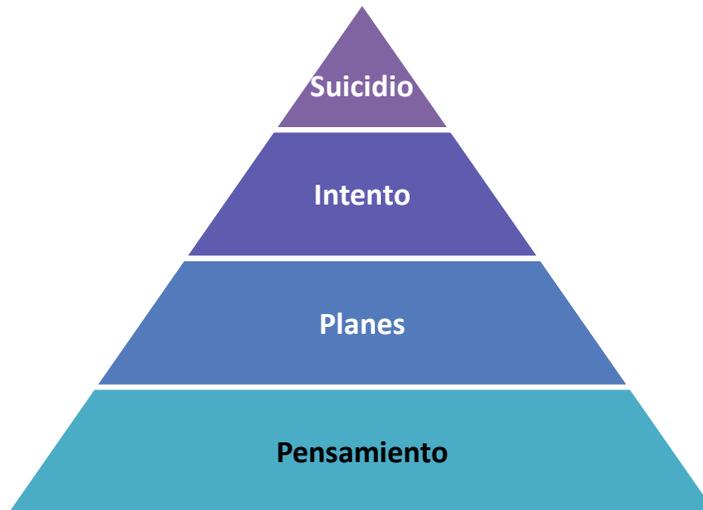
A finales del siglo XIX, Durkheim definió al suicidio como un acto personal, propositivo y consciente, a través del cual el sujeto que lo realiza busca acabar con su propia vida¹⁸; y agrega que para cada población existe una fuerza colectiva con una energía específica que motiva a los individuos a quitarse la vida; es decir, las conductas de riesgo que los sujetos realizan y que parecieran únicamente una expresión de su temperamento personal, son además, el resultado y expresión de un estado social que manifiestan exteriormente a través de la conducta suicida¹⁹. A partir de esta conceptualización, se modificó la perspectiva que se tenía de este fenómeno, pues se otorgó importancia a los elementos contextuales que rodean al individuo y se empezó a poner atención en los motivos subyacentes¹⁸.

Según Van Heeringen en 2001 señala que cuando se habla de la conducta o comportamiento suicida se hace referencia a un conjunto de comportamientos relacionados a partir de la intencionalidad de comunicar, actuar o ejecutar un acto autodestructivo para acabar con la propia vida; dichos comportamientos pueden ser agrupados bajo el término de suicidabilidad, el cual integra dos componentes: a) el cognitivo, que implica la ocurrencia de cualquier pensamiento asociado con alguna conducta autodestructiva (p.ej. pensamientos de muerte, ideas vagas sobre la posibilidad de darle fin a la propia vida, etc.) y b) el conductual, que abarca los comportamientos cuya intencionalidad es de autodestrucción, entre los cuales destacan el gesto suicida (simulación del acto suicida), el intento suicida (conducta que no culmina con la muerte y que ha sido definida de diversas maneras en la literatura) y el suicidio consumado²⁰.

Dicho concepto de suicidabilidad está orientado hacia la noción de riesgo, el cual variará con relación “al número y combinación de conductas que estén presentes en cada caso”. Si se toma en cuenta únicamente a las conductas relacionadas con el comportamiento suicida, se puede observar un aumento de riesgo en función de la combinación de éstas. De acuerdo con Van Heeringen, el incremento de riesgo puede visualizarse por medio de la denominada pirámide del suicido (Figura 1), la cual brinda la proporcionalidad existente entre cada uno de los elementos de la suicidabilidad, así como el camino que sigue desde el primero hasta el último de dichos elementos; es decir, según este concepto, los individuos que presentan ideación suicida recurrente son los que más frecuentemente encontramos en la población en general, en segundo lugar estarían aquellos individuos que además de ideación suicida, expresan planes para realizar el acto. En tercer lugar encontraríamos individuos que además de los elementos anteriores, efectúan algún intento suicida; y por último, en la cima de la

pirámide se encontrarían los individuos que logran consumir el suicidio, que en relación con quienes presentan ideación suicida, son los menos frecuentes²⁰.

Figura 1. Pirámide del suicidio según Van Heeringen.



Considerando lo anterior, la conducta o comportamiento suicida debe ser visto como un proceso complejo y dinámico²¹, compuesto por distintas etapas: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio sujeto, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado¹⁶; pero éstas etapas pueden o no ser secuenciales y el pasar por una no significa que se tenga que pasar por las demás, sin embargo, cada una de dichas etapas y más aún en su conjunto, implican un considerable riesgo a la salud, por lo que se les debe prestar atención²¹. Aunado a lo anterior, en ocasiones, el suicidio persigue finalidades diferentes a la pérdida de la vida como tal, González-Forteza y cols., han obtenido datos de que a veces la meta es llamar la atención (que en el campo de la clínica también se le conoce como “obtener ganancias secundarias”), acabar con el sufrimiento o vengarse de alguna figura de autoridad, esto es, “castigar” a otras personas como los padres o la pareja²².

Además, la conducta suicida al ser un problema multifactorial en el que intervienen factores biológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, psiquiátricos, psicológicos y genéticos, e incluso familiares, requiere para su estudio de una aproximación interdisciplinaria¹⁶ (psicólogos, salubristas, psiquiatras, antropólogos, sociólogos, entre otros). Desde la perspectiva de la salud pública, se considera que la etiología de la conducta suicida está en función de la exposición a múltiples factores de riesgo que detonan el deseo de morir, esto da cuenta del por qué aquellos sujetos que han intentado o han logrado consumir el suicidio presentaron conductas de consumo de alcohol y/o drogas, problemas de tipo económico, familiar y sentimental, entre otros. Por lo tanto, son

los factores del entorno los que proporcionarán el contexto (social, económico y cultural) que contribuirá a entender y explicar el comportamiento suicida²³.

En este contexto es donde surge el concepto de “paradoja de género” como un importante elemento a considerar, pues ha contribuido a hacer visible un fenómeno identificado en la mayoría de los países en el mundo en donde la prevalencia de la suicidabilidad (ideación, intentos y suicidio consumado) se ha estudiado (principalmente países industrializados ubicados en América del Norte, Europa Occidental, así como también en Nueva Zelanda) y que se refiere a que las mujeres son quienes tienen tasas más altas de ideación y comportamiento suicida (intentos suicidas) que los hombres, mientras que la mortalidad por suicidio es más frecuente en ellos; esto sugiere que tanto hombres como mujeres muestran cierta predisposición a realizar conductas autodestructivas vinculadas a los roles de género establecidos en sus respectivos sistemas culturales¹⁰, pues tanto las normas sociales como las expectativas culturales son diferentes para ambos¹¹.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio en México se ha convertido en un fenómeno importante a estudiar pues las consecuencias sociales, económicas y emocionales que conlleva son elevadas, afecta no sólo a quien se suicida sino a las personas a su alrededor (familiares, amigos, etc.), y porque el grupo de población que muestra prevalencias más altas en el país es el de 15 a 29 años¹⁷.

En cuanto a los factores de riesgo asociados con el suicidio consumado, existe evidencia de que tanto los intentos de suicidio como la presencia de trastornos mentales, en particular la depresión, son de los mejores predictores para que una persona efectúe nuevos intentos y, en ese sentido, logre consumar el suicidio; sin embargo, los datos reflejan lo contrario, tan sólo en México los suicidios son cuatro veces más frecuentes en hombres que en mujeres⁵, pero son estas últimas las que manifiestan más frecuentemente la ideación y el intento suicida⁴. Por su parte, la tasa de trastornos depresivos entre mujeres es dos veces mayor que la de los hombres⁹.

De acuerdo con lo anterior, los datos no muestran coincidencia con los argumentos en que se afirma que tanto los intentos suicidas como la presencia de depresión, son de los mejores predictores para la consumación del suicidio, puesto que quienes se suicidan más son los hombres pero quienes presentan más frecuentemente dichos factores de riesgo son las mujeres; a esta controversia en la literatura científica se le conoce como “paradoja de género”¹⁰, la cual señala que estas diferencias respecto a la conducta suicida entre hombres y mujeres pueden explicarse a partir del análisis de las diferencias en torno al hecho de ser mujer u hombre y lo que esto representa socialmente, considerando los comportamientos y actitudes que provoca y que determina distintas maneras de exponerse al riesgo, y por lo tanto, su salud²⁴.

Considerando lo antes expuesto, se proponen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Qué factores de riesgo se encuentran asociados con la conducta suicida en hombres y mujeres?
- ¿Qué relación existe entre intento suicida y consumación del suicidio, en hombres y mujeres?
- ¿Cuál es la asociación entre depresión y conducta suicida, en hombres y mujeres?

5. JUSTIFICACIÓN

El suicidio visto como un proceso complejo, está conformado por varias etapas (las cuales no siempre son secuenciales y pasar por alguna no implica pasar por las demás²¹), esto es, aquella persona que presenta pensamientos suicidas es más propensa a intentar quitarse la vida; de igual forma, es más probable que quien lo ha intentado una vez lo haga de nuevo en menos de un año, pero ahora con mayor probabilidad de éxito²⁵. En este sentido, Borges y cols. también señalan que los intentos de suicidio pueden predecir tanto intentos futuros como la consumación del suicidio; por tanto, se ha sugerido que la detección temprana y la evaluación clínica oportuna del riesgo que tiene una persona de cometer un futuro intento de suicidio, es de primera importancia y contribuiría a disminuir la mortalidad por suicidio en el país¹.

A la vez, varios estudios han evidenciado que la presencia de trastornos mentales se relaciona de manera significativa con la conducta suicida, siendo los trastornos de depresión y ansiedad aquéllos a los que se les considera como principales factores de riesgo¹⁴. En cuanto a la depresión, uno de los criterios clínicos para su diagnóstico es la posible presencia de ideación o conducta suicida, con lo cual se reconoce a nivel clínico la importante relación entre depresión y suicidio; por tanto, así como la depresión aumentaría el riesgo del suicidio, la conducta suicida aumentaría también el riesgo de depresión¹².

De acuerdo con lo anterior, un mayor número de intentos de suicidio aunado a la presencia de trastornos mentales como la depresión, permitiría predecir de manera relevante que una persona efectúe nuevos intentos y, en ese sentido, logre consumir el suicidio; sin embargo, los datos reflejan lo contrario, los hombres en comparación con las mujeres presentan los incrementos más importantes en la tasa de suicidio⁶, tan sólo durante el 2011 en el país se registraron 5,718 suicidios, de los cuales 80.8% fueron consumados por hombres, lo que implica que en México los suicidios son cuatro veces más frecuentes en hombres que en mujeres⁵ (ellos usan métodos más violentos)⁶; pero son éstas últimas, las que manifiestan más frecuentemente la ideación y el intento suicida, así como una tasa de trastornos depresivos dos veces mayor que la de los hombres⁷; por lo cual se ha planteado que dichas diferencias pueden ser reflejo de aspectos relacionados con el papel o rol (construido socialmente) de ser hombre y ser mujer⁶.

Con base en estas evidencias, se propone la presente revisión sistemática de literatura donde se analizará críticamente la evidencia científica existente, comparando los resultados de diversas investigaciones para contribuir en la comprensión de la paradoja de género, esto a partir de las

diferencias y/ o similitudes en las diversas manifestaciones de la conducta suicida (ideación, planes, intento y consumación) entre hombres y mujeres, en particular en el grupo de edad de 15 a 29 años, por ser la población que presenta las prevalencias más altas, así como por los costos y consecuencias económicas y sociales que conlleva (cabe mencionar que durante el 2010 dicho grupo de edad representó 26.44% del total de la población en el país²⁶); esto a partir del análisis de dos factores de riesgo: los intentos suicidas y los trastornos depresivos.

6. OBJETIVOS

- **General:**

Analizar la conducta suicida en población mexicana de 15 a 29 años durante los últimos 30 años, a partir de las diferencias entre hombres y mujeres considerando como principales factores de riesgo a los intentos suicidas y la presencia de trastornos depresivos, a través de una revisión sistemática de la literatura científica

- **Específicos:**

- Identificar los principales factores de riesgo asociados con la conducta suicida en hombres y mujeres en población de 15 a 29 años
- Analizar los principales factores asociados con los intentos suicidas en hombres y mujeres, en población de 15 a 29 años y su relación con el suicidio consumado
- Analizar la asociación entre depresión y conducta suicida, en hombres y mujeres en población de 15 a 29 años

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Para la presente revisión sistemática de literatura se realizó un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo sobre el suicidio en México, a partir del análisis de dos factores de riesgo: los intentos de suicidio y la depresión, diferenciándose los hallazgos entre hombres y mujeres. La unidad de análisis fueron artículos y otros documentos científicos generados desde 1980 al 2014.

El proceso de búsqueda de información siguió distintas fases, esto según lo señalado en el Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones Versión 5.1.0²⁷ y se documentaron los resultados en cada una de éstas, actividad fundamental para contar con información del proceso realizado y para solventar las dudas planteadas durante y, posteriormente, a la revisión bibliográfica realizada. Las fases que se llevaron a cabo fueron:

- **Estrategia de búsqueda**

Se identificó el campo de estudio con el que se construyeron las preguntas principales para ser respondidas con los resultados de las búsquedas, las cuales permitieron tomar decisiones acerca del tipo de estudios que se incluyeron y la manera en cómo se resumieron los datos; lo anterior permitió definir las fuentes de información nacionales e internacionales a consultar y seleccionar las más pertinentes al tema, como fueron las bases de datos consultadas a través de PubMed, LILACS, Embase, The Cochrane Library, The Campbell Library, Portales BVS, SciELO, PsycInfo, Artemisa, Portal de Evidencias, entre otras, utilizando una lista de descriptores MeSh y DeCS (Anexo A). La estrategia de búsqueda se elaboró a partir de los descriptores establecidos y de los criterios de inclusión y exclusión, identificando las posibles combinaciones significativas entre los términos que fueron determinados en forma individual con un protocolo de búsqueda formulado previamente.

- **Criterios de inclusión**

Los estudios seleccionados mediante la anterior estrategia de búsqueda fueron incluidos si cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) estudios en idioma inglés o español, b) de 1980 al 2014, c) sin límites (libre) de forma tal que permitiera abordar la mayor información posible sobre el tema en cuestión, d) informes no publicados se podrían incluir si estaban identificados en una base de datos acordada (p.ej. LILACS, WHOLIS, SciELO, entre otras) o referenciados en una publicación identificada en el análisis inicial de la literatura, e) estudios cuyas muestras

fueran en población mexicana joven de 15 a 29 años, tanto hombres como mujeres y f) en el caso de las tesis, sólo las de posgrado (especialidad, maestría y doctorado).

- **Criterios de exclusión**

Los documentos cuyas muestras de estudio eran clínicas con diagnóstico de esquizofrenia, trastorno límite de personalidad y bipolaridad.

- **Selección de los estudios y recopilación de datos**

Se realizó la búsqueda de literatura convencional y no convencional (literatura gris) en cada una de las fuentes de información seleccionadas, registrándose aspectos como: fuente o base de datos consultada, fecha de consulta, palabras clave empleadas, resultado de la consulta, entre otros. Se seleccionaron los documentos que cumplieron los criterios de inclusión para los fines que perseguía la revisión sistemática, considerando la pertinencia de los documentos en relación al tema de estudio, lo cual se llevó a cabo con el Comité de Proyecto Terminal y, una vez seleccionados, se anotó: nombre del artículo, autor(es), fuente primaria y cada una de las variables a analizar para este trabajo. Los datos y las características relevantes de los estudios seleccionados fueron registrados mediante un formato predeterminado, el cual incluye los criterios para definir la validez de dichos estudios, esto con el fin de analizar los resultados de la evidencia científica seleccionada, así como plantear conclusiones y propuestas que aporten elementos significativos en cuanto al tema de la conducta suicida en población mexicana joven.

Esta revisión sistemática de literatura, tanto convencional como no convencional (literatura gris), se realizó en fuentes nacionales e internacionales de información, así como en sitios relacionados con el tema de investigación (OMS, Organización Panamericana de la Salud, Universidades, etc.), por lo que al notificarle al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública sobre el tipo de Proyecto Terminal (PT) a realizarse, éste expidió una carta en que informó que sus miembros otorgaron el dictamen de “exento de revisión”, debido a que el presente PT no incluyó sujetos humanos y/o la base de datos secundaria utilizada ya había sido revisada por éste u otro Comité de Ética.

8. RESULTADOS

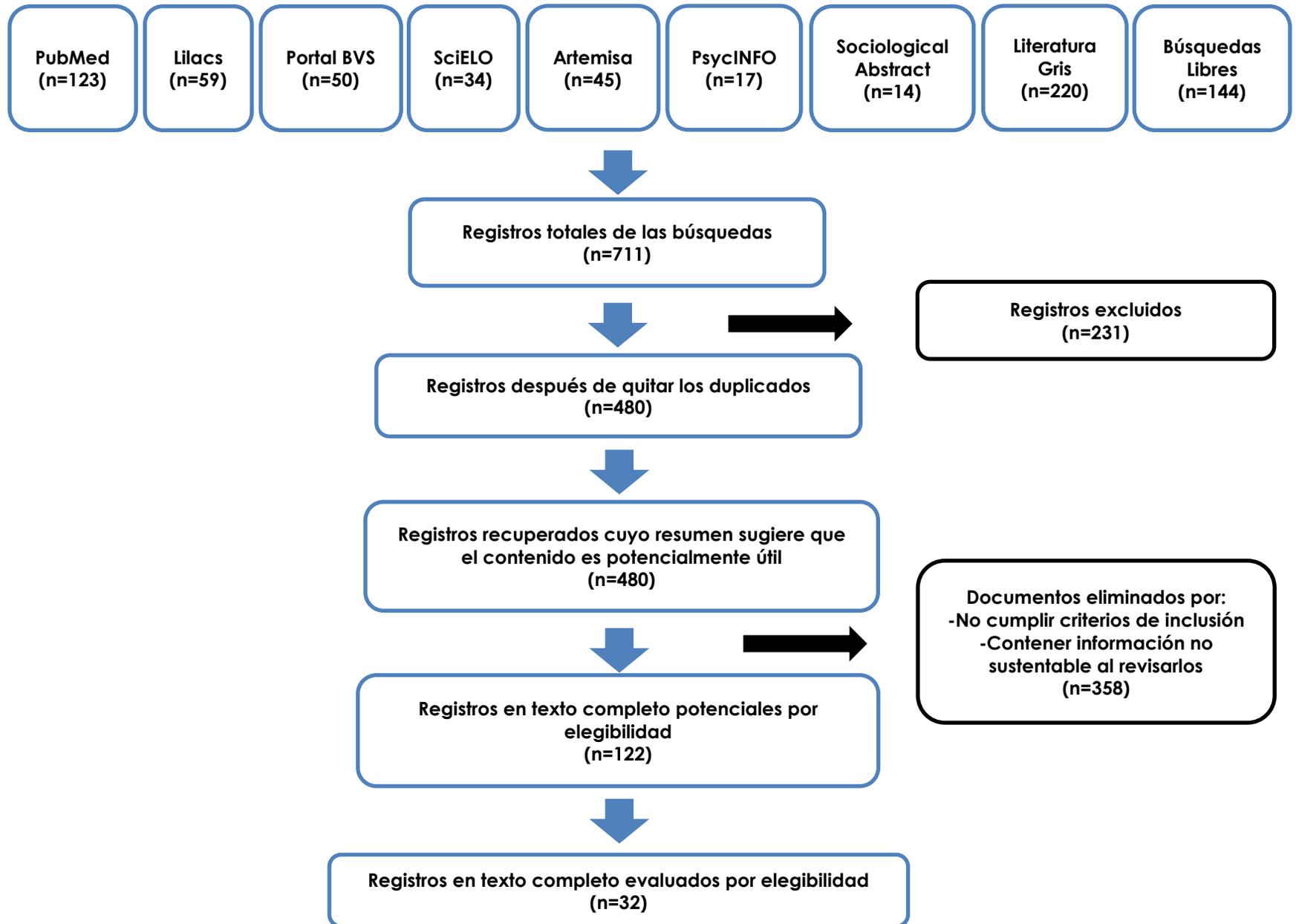
Se realizó una búsqueda de literatura científica de 1980 al 2014, para el análisis de dos factores de riesgo que han sido señalados como principales predictores para el suicidio consumado: intentos de suicidio y depresión, esto en población mexicana de 15 a 29 años.

Para identificar aquellos documentos potencialmente relevantes para la presente revisión, se emplearon descriptores tanto en inglés como en español (Anexo A), tales como: 'adolescent' (adolescente), 'depression' (depresión), 'suicidal ideation' (ideación suicida), 'suicide attempted' (intento de suicidio), 'suicide' (suicidio), 'Mexico' (México); y que al realizar combinaciones con éstos, se generaron diferentes estrategias. La búsqueda de documentos se hizo en bases de datos consultadas a través de PubMed, LILACS, PsycINFO, SciELO, Embase, Sociological Abstracts, The Cochrane Collaboration, Portal BVS, en sitios web de organizaciones como OMS y OPS (Organización Panamericana de la Salud), así como en repositorios de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México), el INPRFM (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz), la REMERI (Red Mexicana de Repositorios Institucionales), la AMS (Asociación Mexicana de Suicidología) y la IASP (International Association for Suicide Prevention).

Resulta importante señalar que no se encontró ninguna revisión sistemática de literatura sobre el suicidio en México que pudiera tomarse como referencia para el presente trabajo de investigación.

De los 711 documentos (Figura 2) hallados dentro de la literatura tanto convencional como gris (no convencional), se seleccionaron sólo aquéllos que cumplían con los criterios de inclusión: 21 artículos de literatura convencional y 11 documentos de la literatura gris (tesis), dando un total de 32 documentos a analizar.

Figura 2. PRISMA Diagrama de Flujo.



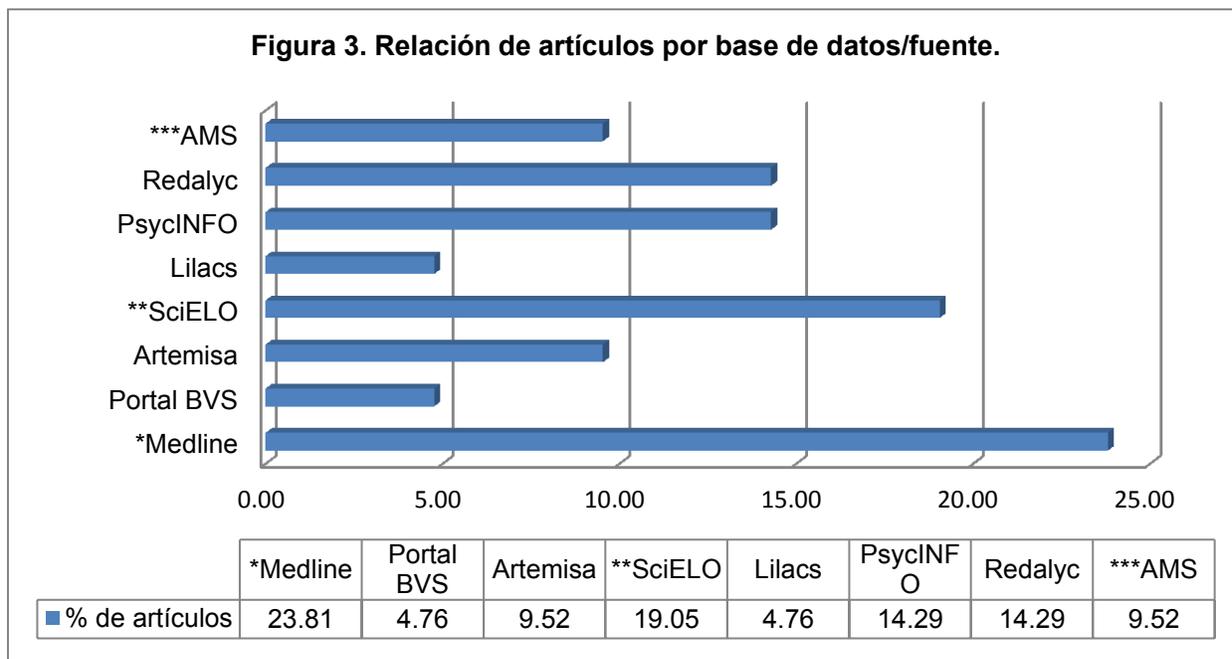
Respecto a los 21 artículos (Anexo B), se encontró lo siguiente:

- La mayoría de los artículos se publicaron del 2009 al 2013, lo que representó 61.90% del total (Tabla 1).

Tabla 1. Relación de artículos de acuerdo con el año de publicación.

Año de publicación	N° de artículos	%
2013	2	9.52
2012	1	4.76
2011	2	9.52
2010	5	23.81
2009	3	14.29
2008	1	4.76
2006	2	9.52
2005	2	9.52
2004	1	4.76
1998	1	4.76
1986	1	4.76
Total	21	100

- Los artículos analizados fueron encontrados en diferentes bases de datos (Figura 3), donde las principales fueron: Medline (23.81%), SciELO (19.05%), PsycINFO y Redalyc (con 14.29% cada una).



*La base de datos es Medline, y la búsqueda se realizó a través de PubMed.

**Se encontraron artículos en la base de datos SciELO México, Colombia y España.

***La AMS (Asociación Mexicana de Suicidología) no es una base de datos, pero fue en su sitio web, en el apartado de publicaciones, donde se obtuvieron dichos artículos.

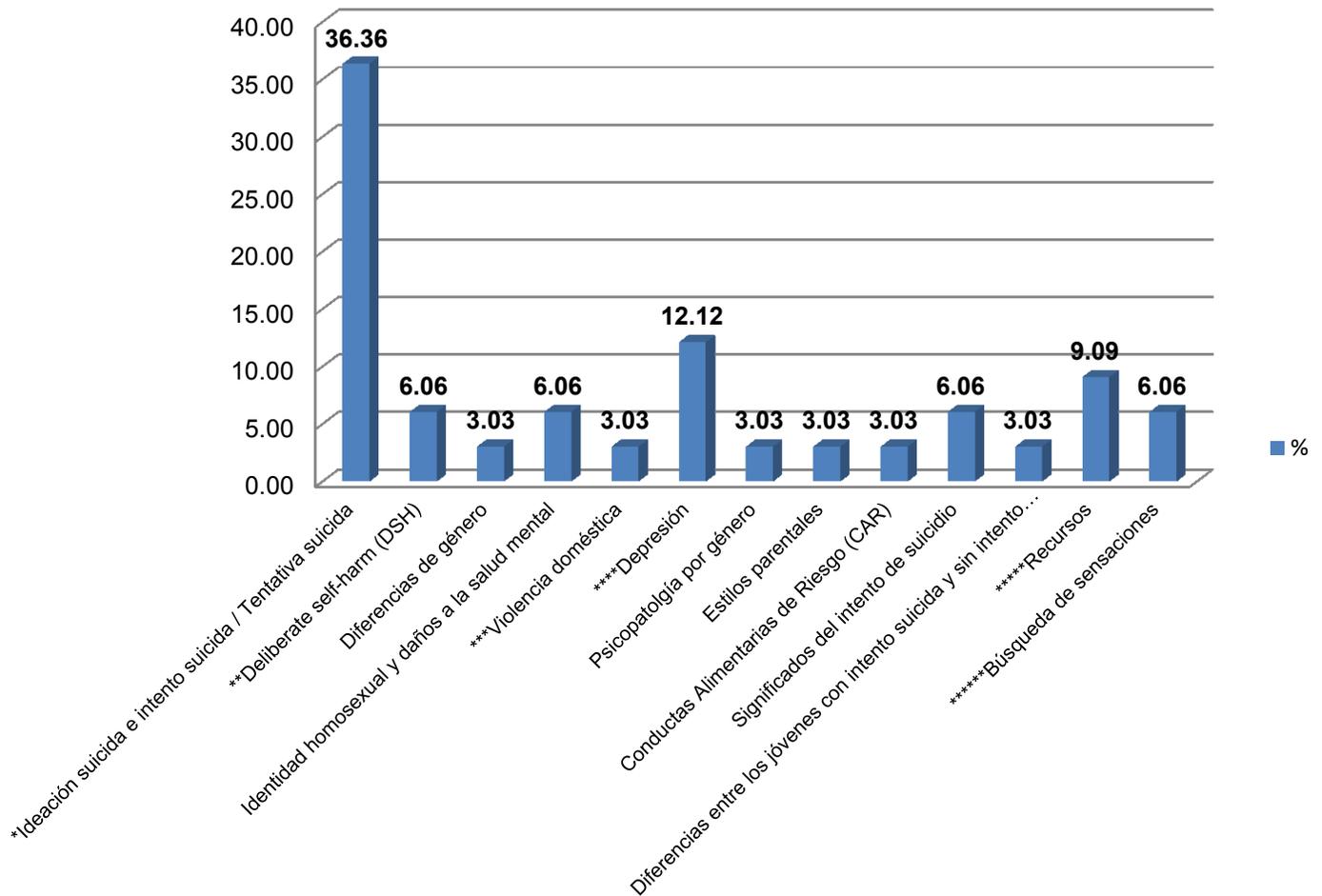
- En su mayoría fueron publicaciones en idioma español, en revistas dentro y fuera del país como: Salud Pública de México, Cadernos de Saúde Pública, Salud Mental, Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Social Behavior and Personality, entre otras (Tabla 2). En su mayoría los artículos se publicaron en revistas mexicanas (61.90%) y el restante 38.10% en revistas de Colombia, Brasil, España y Nueva Zelanda.

Tabla 2. Distribución de los artículos, según la revista de publicación.

Nombre de Revista	Nº de artículos	% de artículos
Salud Pública de México	3	14.29
Cadernos de Saúde Pública	2	9.52
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social	1	4.76
Salud Mental	3	14.29
Psicología desde el Caribe	1	4.76
Intervención Psicosocial	1	4.76
Revista de Investigación Clínica	1	4.76
Boletín Médico del Hospital Infantil de México	1	4.76
Revista Colombiana de Psicología	1	4.76
Anales de Psiquiatría	1	4.76
Revista Intercontinental de Psicología y Educación	3	14.29
Revista Facultad Nacional de Salud Pública	1	4.76
Acta Universitaria	1	4.76
Social Behavior and Personality	1	4.76
Total	21	100

- Se encontraron tres estudios cualitativos y dieciocho cuantitativos (en seis de los cuales no se hace mención al tipo de diseño, pero se concluye que son de tipo transversal) descritos como aparece a continuación:
 - a) Transversal: correlacional, descriptivo/retrospectivo, descriptivo/comparativo, observacional/analítico, cuasiexperimental con tres muestras independientes y encuesta
 - b) Casos y controles
 - c) Descriptivo no probabilístico
 - d) Estudio retrospectivo (un grupo, múltiples medidas)
- Respecto a los objetivos planteados en los artículos, se identificaron 11 categorías, siendo la de “ideación, intento y tentativa suicida” la que sobresale con 36.36% del total. Dichas categorías, reflejan la heterogeneidad en cuanto a los documentos sobre la investigación del suicidio se refiere (Figura 4).

Figura 4. Distribución de los objetivos por categorías.



*Ideación suicida e intento suicida (prevalencias, factores asociados, relación entre variables protectoras y factores de riesgo, motivos)/ Tentativa suicida (letalidad, causas, tiempo, edad y sexo)

**Deliberate Self-Harm (prevalencia y características)

*** Violencia doméstica (física, verbal o sexual)

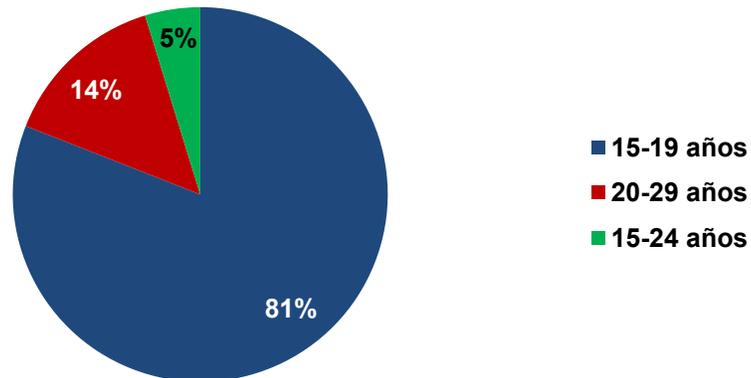
**** Depresión (niveles y relación con comportamientos suicidas)

***** Recursos (tipo, diferencias entre quienes han intentado suicidarse y quien no)

***** Búsqueda de sensaciones (entre quienes han y no intentado suicidarse)

- Las muestras estudiadas fueron de distintos estados del país como: Sonora, Tabasco, Estado de México, Colima, Nuevo León, Guanajuato, Guadalajara y Distrito Federal, siendo este último el lugar en el que la mayoría de los estudios fueron realizados.
- En relación a la distribución de las muestras según la edad, 81% de los estudios se realizaron con adolescentes y sólo 14% en jóvenes entre 20 y 29 años, tal como se señala a continuación:

Figura 5. Distribución de estudios según la edad de la muestra.



Es importante mencionar que no en todos los estudios aparecía la edad promedio de las muestras y únicamente se hacía referencia al rango de edad en que fluctuaban, por lo que las muestras se ubicaron en cada grupo de acuerdo con los siguientes criterios: a) entre 15 y 19 años, b) entre 20 y 29 años y c) de los 15 a los 24 años.

- En cuanto a las definiciones relacionadas al suicidio descritas sólo en algunos de los artículos analizados (Tabla 3), resulta relevante que se encontraron no solamente diferentes conceptos (conducta suicida, ideación suicida, intento suicida, tentativa de suicidio, acto suicida, deliberate self-harm, suicidio consumado y suicidabilidad), sino que algunos fueron definidos con algunas características diferentes, siendo el “intento de suicidio” el que mayor número de definiciones (seis en total) y sinónimos (acto suicida, parasuicidio y autolesión o autoagresión deliberada) concentró. Por otro lado, resaltan dos términos: conducta suicida y suicidabilidad, los cuales, según su descripción, concentran la mayoría de los conceptos ya mencionados.

Tabla 3. Conceptos y definiciones relacionadas al suicidio empleadas en los artículos.

Conducta Suicida	Porkorny (1986) habla de tres categorías de conductas suicidas : suicidio consumado, intento de suicidio e ideas suicidas ²⁸ .					
Ideación suicida	Idea de quitarse la vida, pensamientos de falta de valor o deseos de muerte ²⁹ .	Ha sido definida (Garrison, et al., 1991) como "tener pensamientos o fantasías acerca de la propia muerte" ³⁰ .				
Intento Suicida	En el cual no necesariamente se busca la muerte, en ocasiones existen otras motivaciones como pretender ganar algo o castigar a alguien ²⁸ .	Se define como un acto o conducta que realiza una persona con el objeto de atentar contra su propia existencia sin lograrlo (Rivera y Andrade, 2006) ³¹ .	Stengel, diferenció entre el intento y la tentativa de suicidio. En el intento, hay intención autolítica , pero por impericia o fallos en el método no se logra ³² .	Acto suicida cuyo resultado no fue la muerte. Un intento suicida puede o no resultar en lesiones (OMS) ³² .	También llamado parasuicidio , es cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión o daño con el fin de obtener la propia muerte, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención (Wagner, 2002) ³⁰ .	Es definido como la autoagresión o autolesión deliberada (deliberate self-harm) con el deseo consciente y determinado de morir (Guertin et al., 2001) ³³ .
Tentativa de suicidio	Todo acto autolítico que tiene el fin de quitarse la vida, sin tener como resultado la muerte ³⁴ .					
Acto suicida	Hecho por el cual un sujeto se causa a sí mismo lesión, independientemente de su intención y del conocimiento de sus motivos ³² .					
Suicidio consuma-do	Acto autoinfligido con un método de autoagresión específico, que resulta en la muerte de la persona que lo lleva a cabo ³⁴ .	Es el acto de quitarse la vida exitosamente (Rosales, 2010) ²⁸ .				
Suicidabi-lidad	Van (2001) considera que este conjunto de comportamientos se puede agrupar bajo el término de suicidabilidad, incorporando aspectos cognitivos y conductuales suicidas . El componente cognitivo incluye cualquier pensamiento de conducta autodestructiva. El componente conductual corresponde al comportamiento de intencionalidad autodestructiva, pudiendo incluir el gesto suicida, el intento suicida o el suicidio consumado ²⁸ .					

- En cuanto a los instrumentos empleados según el tipo de estudio (Anexo D), se puede observar que se aplicaron diversos instrumentos psicométricos (p. ej. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos “CES-D” y la Escala de Ideación Suicida de Roberts, etc.), así como algunos clinimétricos (Escala de Birleson para evaluar Depresión y el Cuestionario de Reporte Personal para Adolescentes de Connors-Wells para evaluar problemas para el control del enojo, de impulsividad, emocionales y familiares), cuestionarios (conformados por diversas escalas) y encuestas como la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) y el Examen Médico Automatizado (EMA), entre otros; dando cuenta de la gran variedad de formas para recolectar información (Tabla 4).

Tabla 4. Cuadro resumen con los principales instrumentos utilizados*.

Instrumentos Psicométricos	Escala de Depresión	Escala de Depresión de Hamilton
		Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D
		Escala de automedición de la depresión (EAMD) desarrollada de Zung
		Cuestionario de evaluación de la sintomatología depresiva de Radloff
	Escala de Suicidio	Célula de Indicadores Parasuicidas (CIP) en formato autoaplicable de González-Forteza
		Escala de Ideación Suicida de Roberts
		Ideación Suicida de Okasha
		Escala de riesgo-rescate de Weisman
		Escala de tentativa suicida de Beck
	Escala de Ansiedad	Escala de evaluación de severidad de Beck
		Instrumento de ansiedad rasgo-estado
	Escala para evaluar variables contextuales	Cuestionario de Funcionamiento Familiar, APGAR Familiar, de Smilkstein, Ashworth y Montano
		Escala de Prácticas Parentales para Adolescentes (PP-A), de Andrade y Betancourt
		Escala para evaluar las Relaciones Intrafamiliares (ERI)
Escala breve de ajuste escolar de Moral, Sánchez-Sosa y Villarreal-González		
Escala de conductas pre-delictivas de Rubini y Pombeni		
Escala para evaluar variables personales	Cuestionario de evaluación de autoestima en adolescentes AF5 de García y Musitu	
	Escala para evaluar recursos personales de Rivera y Andrade	
	Cuestionario breve de conducta alimentaria de riesgo de Unikel, Bojorquez y Carreño	
	Escala para evaluar búsqueda de sensaciones (placer, riesgo, emociones, novedad, experiencias y aventura, desinhibición, de lo inusual y susceptibilidad al aburrimiento)	
Escala de Alcoholismo	Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)	
Instrumentos Clinimétricos	Escala de Birleson para evaluar depresión	
	Cuestionario de Reporte Personal para Adolescentes de Connors-Wells para evaluar problemas para el control del enojo, de impulsividad, emocionales y familiares	
Cuestionarios	Cuestionario autoaplicable para evaluar: estrés cotidiano familiar y social, autoestima, escala de Rosenberg, relación con el papá y con la mamá, recursos de apoyo familiar, respuestas de enfrentamiento familiar y con amigos e ideación suicida.	
	Cuestionario General de Salud (CGS)	
	Cuestionario autoaplicable para evaluar el antecedente de tratamientos psicológicos, haber tomado medicina para los nervios e intento suicida.	
Otros instrumentos	Cuestionario de Estudiantes elaborado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Secretaría de Educación Pública	
	Instrumento creado por Figueroa, Valadez, Amezcua, González, para identificar lo relativo a las dimensiones de la psicopatología del adolescente	
Encuestas	Instrumento para la detección de ideación suicida en jóvenes Elaborado por el proyecto de investigación Evaluación de la Ideación Suicida en Jóvenes, del programa de investigación de la FES-Iztacala, UNAM	
	Examen Médico Automatizado (EMA), encuesta sobre tópicos de salud de la Dirección General de Servicios Médicos-UNAM	
	Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)	

*Es importante señalar que en algunos artículos no se mencionaba los autores de los instrumentos utilizados, por lo cual en algunos instrumentos de la tabla, no aparece el autor (es).

Respecto a los hallazgos sobre la conducta suicida presentes en los documentos de la literatura convencional seleccionada (los 21 artículos), se observó lo siguiente:

- **Ideación suicida**

- De los diez documentos que analizan la ideación suicida, los porcentajes respecto a los sujetos (del total de hombres y mujeres) que la presentaban, oscilaron entre 13.2%³⁵ y 15.8%³⁶. En este rubro es importante señalar que en cinco de los estudios, se midieron síntomas de ideación suicida, lo que modificó los hallazgos, puesto que al analizar la presencia de síntoma de ideación, se encontraron prevalencias desde 27%³⁷ hasta 47%²⁹ en población estudiantil, siendo mayor en mujeres^{36, 38}.

En el caso particular del estudio con mujeres embarazadas³⁹, se analizaron las variables “pensar en la muerte y “deseo de morir”, observándose que durante la gestación fueron más frecuentes los pensamientos en la muerte (37.6%), que el deseo de morir (7.7%). Respecto a la muestra homosexual, bisexual y lesbiana⁴⁰, ésta mostró una prevalencia del 39%, que al analizarse de manera particular en adolescentes (menores a 19 años), la ideación suicida se incrementó hasta llegar a 60.3%.

- En relación con los factores de riesgo en población adolescente asociados con la ideación suicida, se encontró que la sintomatología depresiva incrementaba desde cinco³⁶ hasta dieciseis⁴¹ veces la posibilidad de presentar ideación suicida, el antecedente de abuso sexual incrementaba la ideación 92%, el miedo en relación con el futuro 73%, la percepción de bajo apoyo familiar 69% y el consumo de alcohol 60%²⁹.

En población universitaria, tener 21 años³⁵ o más fue un factor común entre quienes presentaron ideación suicida. Otros factores asociados con la ideación fueron: violencia verbal⁴², consumo de tabaco y drogas, poca comunicación con los padres³⁶, conductas alimentarias de riesgo⁴³, problemas de ajuste escolar⁴², estrés social, baja autoestima³⁷, antecedente de intento suicida y experiencias estresantes (trastornantes), principalmente problemas familiares³⁵. De manera particular en las mujeres: condición económica mala o muy mala, problemas emocionales que ameritaron atención psiquiátrica y/o psicológica³⁵, maltrato físico³⁶, costumbre de consumir algo para sentirse bien (principalmente cigarro) ³⁵; mientras que en los hombres: respuestas agresivas manifiestas y no manifiestas de enfrentamiento familiar³⁷, control psicológico materno (manipulación), poca comunicación con el padre⁴³ y uso de tabaco y drogas³⁶. Respecto a factores que pueden resultar protectores tanto en hombres como en mujeres, se identificaron los siguientes: control conductual de ambos padres⁴³ y alta autoestima³⁷.

- **Intentos suicidas**

- De los trece artículos que reportaron estudios sobre intentos suicidas, los que arrojaron prevalencias oscilaron entre 7.3%³⁶ hasta 69.13%⁴⁴, este rango parece estar determinado por tres elementos: a) las diversas definiciones de las variables estudiadas, b) los instrumentos empleados para evaluarlas y c) el tipo de población que se estudió (p.ej. adolescentes embarazadas, homosexuales, estudiantes universitarios, etc.).

En un estudio 50% de los sujetos que intentaron suicidarse presentaron una alta letalidad⁴⁵, aunque en otro estudio se señala que los métodos con baja letalidad (objetos cortantes y medicamentos) eran los más empleados³³. Respecto a los dos estudios con las prevalencias más altas^{33, 44}, estos señalan como principales motivos los afectivos/emocionales, mientras que otras investigaciones además de los ya mencionados, muestran a los motivos ubicados en la esfera interpersonal con porcentajes que van desde 27.9% hasta 61.7%^{30, 31}.

A este respecto son las mujeres quienes más presentan intentos suicidas, en algunos casos en una proporción de 3 mujeres por cada hombre³¹. Respecto a los métodos, se encontró que las mujeres emplean más comúnmente la sobredosis con medicamentos, mientras que los hombres el ahorcamiento y el uso de objetos punzocortantes^{30, 31, 45}. Resulta relevante mencionar que en un estudio se encontró que el promedio de intentos en mujeres fue de cuatro con un rango de dos a veinte intentos, mientras que en los hombres el promedio de intentos suicidas fue de tres, pero el rango fue mucho menor al de las mujeres (de tres a cinco intentos)³³.

- De acuerdo con los factores de riesgo asociados con los intentos de suicidio, se encontró que en quienes fumaban tabaco, se incrementaba 2.57 veces la posibilidad de intentar suicidarse, por otro lado, entre quienes habían intentado previamente suicidarse, el presentar cuatro síntomas de ideación suicida, incrementaba 127 veces volver a realizar un intento; de manera similar, aquellos adolescentes con antecedente de abuso sexual, con poca confianza para comunicarse con sus padres y que presentaban sintomatología depresiva, se incrementaba 54%, 57% y 51% respectivamente, la posibilidad de intentar suicidarse²⁹. También se identificó en otro estudio que en quienes presentaban patrones neuróticos de comportamiento e impulsividad, se incrementaba 6 veces dicha posibilidad; pero si presentaban depresión, se incrementaba 7 veces más. Cabe señalar que dichos patrones neuróticos y la depresión, fueron más frecuentes en mujeres, quienes en comparación con los hombres, los presentaron en una proporción de 5 y 3 veces más respectivamente⁴⁶. De igual forma, el número de intentos de suicidio fue mayor entre quienes ya lo habían intentado previamente⁴⁷. Aunado a lo anterior, existe evidencia de que en los adolescentes que presentan un mayor número de intento de suicidio, el deseo de morir es mayor, además que aquellos adolescentes con intento de suicidio presentan niveles mayores de búsqueda de sensaciones en comparación

con los que no han cometido un acto suicida, pues evalúan el riesgo como bajo. Lo anterior, incrementa la búsqueda de experimentación, así como la probabilidad de que dichos adolescentes realicen actividades que les brinden la oportunidad de intentar quitarse la vida³¹.

- En la muestra de sujetos bisexuales, lesbianas y homosexuales, los factores asociados con los intentos suicidas fueron: discriminación en el trabajo, acoso y violencia sexual, así como observar cómo golpean a un desconocido⁴⁰. En otro estudio con sujetos homosexuales en que se analizó la relación entre ser víctima de homofobia y el riesgo de daños a la salud mental, estos expresaron haber manifestado aislamiento, depresión, ideación e intento de suicidio, asociándolo al rechazo experimentado hacia su homosexualidad y, en este sentido, también se señala que su sexualidad está relacionada de manera importante con la capacidad que tienen para afrontar dichas situaciones; de igual forma, los significados culturales existentes en relación con la homosexualidad van a tener un papel fundamental para la comprensión del comportamiento suicida en este tipo de población⁴⁸.
- Con relación a los recursos con los que cuenta una persona que ha intentado suicidarse, se encontró que tanto sus recursos cognitivos, como los circundantes y afectivos, eran menores y sus relaciones intrafamiliares se caracterizaban por ser de menor unión y apoyo⁴⁷. Respecto a los motivos, nuevamente se encontró que aquellos relacionados a las esferas emocional e interpersonal son los que aparecen con mayor frecuencia, algunos señalan con un porcentaje más alto a los motivos ubicados en la esfera emocional^{31, 33, 44}, mientras que otros señalan como más frecuentes aquellos motivos ubicados en la esfera interpersonal^{30, 39}.
- Aunado a lo anterior, otro estudio pero de tipo cualitativo, indagó sobre los significados que los jóvenes dan a las denominadas “prácticas sociales del intento de suicidio”, a partir de los cuales, surgieron los siguientes argumentos:
 - desde la perspectiva de Schopenhauer, la persona que comete suicidio busca desesperadamente librarse de males y dolores antes que acabar con su vida, es decir, al destruir su cuerpo, no renuncia a la voluntad de vivir, sino a una vida que le hace sufrir pues las circunstancias le impiden gozar de ella;
 - el método elegido para suicidarse, marca una pauta relacionada con la condición de género, pues dicha elección está en función de la identidad del individuo ya sea masculina o femenina y puede entenderse a partir del peso que socialmente es atribuido al rol de género;
 - para Margaret Von Andics la elección de morir a mano propia, se disputa en dos vertientes: tener un sentido de vida y carecer de este;
 - y finalmente, los marcos para explicar el fenómeno del suicidio tendrían que cuestionar no sólo los modos de vida, sino las formas de morir, por lo que valdría la pena no olvidar que

la naturaleza de la enfermedad se construye en la forma misma de enfermar y en este sentido, de morir³².

- Respecto a los recursos con los que cuentan aquellos jóvenes que no han intentado suicidarse y de los que poseen pocos o en menor medida aquellos que sí lo han intentado y que podrían actuar como probables factores protectores, encontramos los siguientes:
 - a) recursos afectivos (p. ej. autocontrol, manejo de la tristeza, etc.),
 - b) recursos cognitivos,
 - c) circundantes (p. ej. capacidad para solicitar apoyo) y
 - d) recursos materiales

De igual forma se observó que la capacidad de autocontrol y de recuperación del equilibrio son recursos individuales que poseen en mayor medida los jóvenes que no han intentado suicidarse.

En este estudio se encontró que si bien ambos grupos de jóvenes son similares en cuanto a habilidades instrumentales se refiere (habilidades sociales); a nivel familiar, quienes reportaron no haber intentado suicidarse manifestaron mayor unión y apoyo en su familia, mayor posibilidades para expresar sus emociones y menor percepción de dificultades⁴⁷.

- ***Suicidio consumado***

Sólo se encontró un artículo sobre suicidio consumado y éste tuvo la peculiaridad de ser el único en que el suicidio fue mayor en mujeres que en hombres en una proporción de 5 mujeres por cada hombre (la muestra estuvo conformada por 18 pacientes). El principal motivo fue el abandono de la pareja, 89% de la muestra presentó depresión y 83% manifestó tentativa de suicidio previa; el método empleado fue un plaguicida y el riesgo de morir en el intento fue alto, pues 95% de la muestra tomó las medidas precautorias para evitar el rescate³⁴.

- ***Depresión y su relación con la ideación e intentos suicidas***

Las mujeres son quienes presentan más rasgos depresivos que los hombres, esto en jóvenes sin ideación suicida, pues en jóvenes con ideación, no se presentan diferencias significativas entre ambos sexos. Por otra parte, aquellos jóvenes con ideación e intentos suicidas previos, presentaron más estados depresivos en comparación con aquéllos sin estos comportamientos. Se encontró también 63.7% de presencia de depresión entre quienes han intentado suicidarse y 81.1% entre quienes manifiestan ideas suicidas⁴¹.

- **Percepción de los adolescentes sobre los intentos suicidas**

En un estudio cualitativo en que se analizó la percepción que adolescentes sin antecedentes de intentos de suicidio tienen respecto a éstos, se identificó que una relación problemática con los padres los pone en riesgo de presentar conducta suicida; respecto a las causas a las que se les atribuyen los intentos suicidas mencionaron: problemas familiares (42%) y sentirse solos (23%); en relación a los signos y síntomas expresaron: depresión (46%) y sentirse triste (42%). Sobre lo que los adolescentes sienten antes de intentar suicidarse, refirieron tristeza 33% y enojo 28%; en cuanto a las medidas de prevención, los adolescentes sugirieron: realizar pláticas y conferencias en la escuela (26%) y hablar con ellos (26%)²⁸.

Respecto a la literatura no convencional (Anexo E), se encontró lo siguiente:

- Se analizaron once tesis cuyo origen fue el siguiente: 9 en el repositorio de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México), 1 en el del INPRF (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz) y 1 en la REMERI (Red Mexicana de Repositorios Institucionales).
- Respecto al año de publicación (Tabla 5), se encontraron trabajos desde 1996 hasta el 2012, como se muestra a continuación.

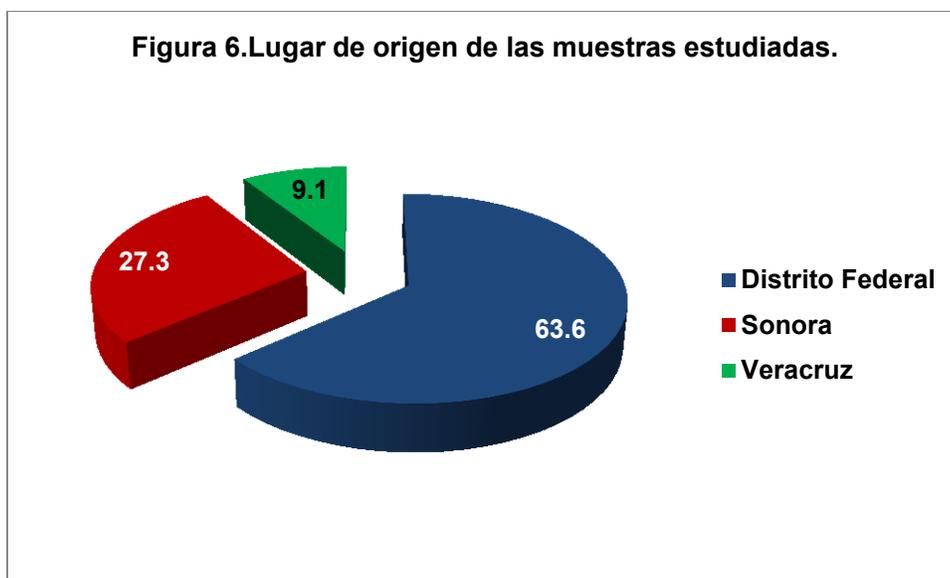
Tabla 5. Distribución de tesis según el año de publicación.

Año de publicación	Nº
2012	1
2010	1
2007	1
2006	1
2004	1
2003	2
1998	2
1996	2
Total	11

- Dichas tesis fueron elaboradas por estudiantes de Posgrado (Maestría y Doctorado) en Psicología y en Medicina con especialidad en Pediatría, Medicina Familiar y Psiquiatría.
- Respecto a los objetivos de las tesis, éstos consistieron en su mayoría en la identificación de factores de riesgo asociados con la conducta suicida: a) en cinco tesis se estudiaron los intentos

de suicidio (en una de las cuales además de analizó la ideación suicida), b) en dos tesis la conducta suicida, c) en otras dos la ideación suicida, d) en una se buscó identificar indicadores protectores y de riesgo y d) en una más se analizó el impacto del estrés en dos grupos, uno con y otro sin riesgo suicida (Anexo F).

- En cuanto al tipo de estudio, aunque dos tesis no lo mencionaban, se concluyó que las 11 tesis fueron de tipo transversal-observacional, de las cuales 9 fueron retrospectivas y las dos restantes prospectivas; una de las tesis fue un estudio de casos y controles y otro más fue un estudio comparativo de muestras clínica y epidemiológica (Anexo F).
- 63.3% de las muestras estudiadas se ubicaron en el Distrito Federal (Figura 6), cabe mencionar que en dos de esas tesis, además del Distrito Federal, se trabajó con muestras de otros estados, una proveniente de Morelos y otra del Estado de México. El resto de las muestras fueron de Sonora (27.3%) y Veracruz (9.1%).



- La edad promedio de los sujetos estudiados osciló entre los 15 y los 28.1 años, concentrándose 81.81% (9 tesis) entre los 15 y 17 años (Anexo F).
- En cuanto a las definiciones relacionadas al suicidio descritas sólo en algunas de las tesis analizadas (Tabla 5), resulta relevante que se encontraron diferentes conceptos (suicidio, conducta suicida, acto suicida, intento de suicidio, intento de suicidio con lesiones, ideación suicida, conducta instrumental relacionada con el suicidio y riesgo suicida), En el caso de las definiciones del intento suicida o de suicidio, se encontró que una se refiere a que el individuo se

hace daño a sí mismo, mientras que en la otra puede tener o no como resultado lesiones. En cuanto a la ideación suicida, se le define en dos tesis a partir de los pensamientos de muerte que genera, mientras que otra tesis la define como una serie de conductas y planes relacionados con la idea de muerte.

Tabla 5. Conceptos y definiciones relacionadas al suicidio empleadas en las tesis.

Suicidio	Muerte por lesiones, envenenamiento o sofocación donde hay evidencia (explícita o implícita) que la lesión fue autoinflingida y que tenía la intención de provocar la muerte ⁴⁹ .			
Conducta suicida	Definida como los planes o actividades orientadas hacia la realización de conductas autolesivas con el fin específico de provocar la muerte. Incluye también conducta autolesivas sin el fin específico de provocar la muerte ⁴⁹ .			
Acto suicida	Un comportamiento potencialmente autolesivo en donde hay evidencia que se intentó en algún nivel provocar la muerte. Un acto suicida puede tener como resultado la muerte, lesiones o no provocar lesiones ⁴⁹ .			
Intento de suicidio/ Intento suicida	Acto sin consecuencias fatales, en donde el individuo deliberadamente inició con una conducta no habitual y que sin la intervención de otros, causó daño a sí mismo, o deliberadamente ingirió una sustancia en una dosis mayor a lo prescrito o lo terapéuticamente indicado, con el propósito de realizar ciertos cambios que el sujeto desea, por medio de las actuales o esperadas consecuencias físicas ⁵⁰ .	Un comportamiento potencialmente autolesivo con un resultado no fatal donde hay evidencia (implícita o explícita) que se intentó en algún nivel provocar la muerte. Un intento suicida puede tener o no como resultado lesiones ⁴⁹ .		
Intento suicida con lesiones	Acción que tiene como resultado una lesión, sofocamiento o envenenamiento no fatal donde hay evidencia (implícita o explícita) que la lesión fue autoinflingida y que se intentó en algún nivel provocar la muerte ⁴⁹ .			
Ideación suicida	Pensamientos reiterativos sobre el tema de la muerte de sí mismo y/o la autoagresión, que ocasionalmente y/o permanentemente ocupan un lugar central en la vida del sujeto (Beck et al., 1979) ⁵¹ .	Cualquier pensamiento autoreportado de realizar cualquier conducta realizada con el suicidio ⁴⁹ .	Se refiere al contenido cognitivo de pensamientos en torno a la muerte en general y de sí mismo ⁵² .	Serie de conductas, planes relacionados con la idea suicida ⁵³ .
Conducta instrumental relacionada con el suicidio	Conducta potencialmente autolesiva donde hay evidencia (implícita o explícita) que: a) no se intentó lograr la muerte y b) se deseó usar la apariencia de intentar lograr la muerte para lograr obtener otro fin ⁴⁹ .			
Riesgo suicida	Vulnerabilidad de los individuos ante eventos de vida estresantes que pueden desencadenar un acto suicida (Hernández y Lucio, 2006) ⁵⁴ .			

- Respecto a los instrumentos empleados (Anexo F), se encontró que para evaluar la conducta suicida se aplicaron: la Escala de Ideación Suicida de Beck, el Cuestionario de Ideación e Intento Suicida (CIIS), el Inventario de Riesgo Suicida para adolescentes (IRIS) y una escala para la identificación del paciente de alto riesgo suicida; para evaluar patología psiquiátrica se aplicó: el Mini International Neuropsychiatric Interview” (MINI, versión en español), el formato de “Comorbilidad Psiquiátrica en Intento de Suicidio”; la escala de Birleson, la escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D); además se aplicaron otros instrumentos como: el AUDIT (Alcohol Use Dirsorder Identification Test), el Cuestionario de Afrontamiento para adolescentes (CA-A), la Escala de Sucesos de Vida (versión para adolescentes), la Escala de impulsividad de Plutchik, el Test de Holmes para valorar la funcionalidad familiar y la Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III), entre otras.

Respecto a la información obtenida sobre la conducta suicida en estas tesis (literatura no convencional), se encontró lo siguiente:

- ***Ideación suicida***

- De las 5 tesis en que se estudió la ideación suicida, pareciera que la presencia de ésta varió considerablemente en cuanto al grado escolar de las muestras estudiadas, por ejemplo, en estudiantes de bachillerato la presencia de ideación suicida reportada en varones fue de 57.6% y en las mujeres de 54.2%⁵²; de igual forma en población adolescente (edad promedio de 16.46 años) que acudió al servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, la muestra reportó 73.3% de ideación suicida en el presente ⁵⁵; mientras que en estudiantes universitarios fue de 18.9%⁵¹; sin embargo, la evidencia no es del todo concluyente, pues en otro estudio con adolescentes con una edad promedio de 15 años, 27.1% de la muestra manifestó ideación suicida⁴⁹. Por otro lado, resulta relevante mencionar que en una investigación realizada en Veracruz, de una muestra de 1299 alumnos de bachillerato y preparatoria, sólo dos sujetos presentaron ideación suicida según los resultados arrojados por la escala de ideación suicida de Beck⁵³.
- Respecto a los factores asociados con la ideación suicida, 65.9% de la muestra estudiada presentó algún trastorno depresivo como primer diagnóstico ⁵⁵; así mismo, la distribución por sexo de la presencia de ideación suicida fue mayor en mujeres que en hombres, en una razón de 2:1^{51, 55}. También se encontró que el antecedente de ideación suicida a lo largo de la vida, fue casi 20 veces mayor en personas que presentan impulsividad y depresión, en comparación con quienes no las padecen⁴⁹. De igual forma, quienes se sintieron depresivos y con ideación suicida, fueron quienes se sintieron vulnerables a la crítica de los amigos (as), tenían falta de ánimo positivo y que además manifestaban respuestas de enfrentamiento

agresivas ante conflictos con los padres⁵², en este sentido otro estudio identificó que quienes tenían ideación suicida, provenían de familias con crisis severas⁵³.

- **Intentos suicidas**

- De las 7 tesis que analizan los intentos suicidas, encontramos prevalencias más altas en mujeres en comparación con los hombres^{50, 55, 56, 57}, pues mientras en un estudio hubo una relación de 3.3 a 1⁵⁸, en otro se observó una relación incluso mayor, esto es, de 7 a 1⁵⁹.
- En cuanto a los factores asociados con los intentos suicidas, en un estudio se encontró falta de comunicación con los padres, presencia de equivalentes depresivas, antecedente de intentos de suicidio previos (cuyos porcentajes fueron desde 23.33% hasta 46.9%)^{50, 55, 57, 58, 59}, así como ideación suicida, pues se encontró que la mayoría de los sujetos que intentaban suicidarse tenían antecedentes de ideación^{49, 55}; en una de las tesis se encontró que los predictores más fuertes para el intento de suicidio fueron la ideación y la planeación suicida, que de acuerdo con las prevalencias identificadas, el riesgo de intentar suicidarse es casi 5 veces mayor entre los jóvenes que reportaron ideación suicida y casi dos veces mayor para los que mencionaron haber planeado su propia muerte⁵⁴. En otro estudio se determinó que todos los pacientes evaluados y que habían intentado suicidarse, tuvieron asociado algún tipo de trastorno psiquiátrico, ya sea único o con morbilidad⁵⁰. En otro estudio se identificó como otro factor una familia disfuncional (con pobres relaciones familiares)⁵⁸.
- En relación al motivo o factor desencadenante del intento de suicidio, se menciona que fue de índole familiar^{57, 58, 59} (p. ej. disgusto familiar)⁵⁰, que al relacionarlo con el estudio de los sucesos de vida estresantes en sujetos que intentaron suicidarse, se encontró un mayor porcentaje de sucesos estresantes negativos, principalmente en las áreas familiar y personal⁵⁹. Es importante señalar que en un estudio 68% de sujetos que presentaron intentos de suicidio, manifestaron que la muerte resolvería sus problemas, mientras que el resto (32%) expresó su deseo de castigar a sus padres⁵⁶, lo que tiene relación con otros estudios donde se ha señalado que en ocasiones, el objetivo para intentar suicidarse no es terminar con la propia vida necesariamente²².
- Respecto al método empleado, en la mayoría de las tesis que estudian los intentos de suicidio, refieren a la ingesta de medicamentos como el más frecuente^{50, 56, 57, 58, 59}, respecto a lo cual se habla de que las diferencias en cuanto a las prevalencias del intento de suicidio y suicidio consumado entre hombres y mujeres, se deba probablemente al método elegido y en este sentido a su letalidad, más que a su disponibilidad.
- En relación a los factores familiares asociados con los intentos suicidas, se encontró al alcoholismo en alguno de los padres^{58, 59}.

- **Características de Jóvenes Resilientes y Factores Protectores**

En un estudio con un subgrupo de riesgo conformado por adolescentes (67 en total) que presentaron sucesos de vida estresantes pero que no manifestaron alguna problemática vinculada a la conducta suicida ni al consumo de sustancias, se encontró lo siguiente⁵⁴:

- 43% eran hombres y 57% mujeres; 76% del total de adolescentes vivían con ambos padres; las principales actividades realizadas por hombres eran de tipo deportivo, mientras que para las mujeres eran de tipo musical.
- En cuanto a los sucesos de vida estresantes, los hombres presentaron más estresores que las mujeres en dos ámbitos: el de logros y fracasos y el personal. Mientras que las mujeres indicaron mayor estrés en el ámbito escolar que los hombres.
- Además de detectar las áreas significativas de malestar o riesgo en este grupo de jóvenes, se indagó sobre los aspectos positivos, esto es, las características en las que no presentaron riesgo, lo cual se hizo mediante un análisis cualitativo por área para determinar las puntuaciones que se encontraban por debajo del punto de corte, indicativo de menor riesgo, observándose lo siguiente: a) *Área familiar*: tanto los hombres como las mujeres de este grupo refieren tener límites familiares relacionados con el otorgamiento de permisos y establecimiento de reglas; b) *Área social*: manifiestan relaciones satisfactorias, esto es, se sienten adaptados con sus compañeros, se llevan bien con otras personas, tienen amigos y con quien compartir sus intereses; c) *Área escolar*: no presentan dificultades de aprendizaje, tienen hábitos de estudio, buenas calificaciones y se llevan bien con sus compañeros; d) *Área personal*: tienen planes a futuro como continuar estudiando y trabajar, refieren un autoconcepto positivo al considerarse creativos, hábiles, inteligentes e independientes; y e) *Área de salud*: presentan poca vulnerabilidad ante el consumo de sustancias y mantienen hábitos saludables como comer bien y hacer ejercicio.
- En cuanto a las estrategias de afrontamiento que emplean, la principal que utilizan es la de la Religión, seguida de Distracción y Búsqueda de apoyo en su grupo de pares, ésta última fue en la que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, pues es más empleada entre éstas últimas.
- De los 67 jóvenes resilientes, se evaluaron a 51 de los cuales 24 eran hombres y 27 mujeres, obteniéndose características específicas para cada sexo:
 - a) Hombres: muestran tanto un balance adecuado entre el reconocimiento y la negación de sus faltas sociales (tendiendo a ser flexibles), así como entre recursos de autoprotección y autocuidado; pueden ser emotivos y capaces de expresar sus sentimientos y emociones con otros; se encuentran orientados al logro, son amigables y socialmente desenvueltos. Se muestran optimistas, flexibles y están dispuestos a pedir ayuda, tienen un adecuado desempeño académico, buena autoestima y sentimientos de competencia, lo que les

permite tener una buena adaptación social y convivencia con otros. Se muestran centrados, realistas y con planes a futuro. No presentan psicopatología.

b) Mujeres: cuentan con recursos y manifiestan la ausencia de desajustes serios o psicopatología; al igual que los hombres manifiestan un balance apropiado entre los recursos de autoprotección y autocuidado que poseen; se muestran activas, con energía, controladas, realistas y tolerantes, con una autoestima adecuada y sentimientos de competencia. Pueden involucrarse emocionalmente con otras personas y establecer relaciones interpersonales adecuadas con personas del mismo sexo o del sexo opuesto.

- Respecto al Modelo de Protección-Vulnerabilidad, a partir del cual está basado el estudio de dichos sujetos resilientes, una de las variables que actúa como factor protector en los ámbitos personal, familiar y de la salud, es el control materno; de igual forma, las estrategias de afrontamiento que funcionan como factores protectores en los ámbitos familiar, escolar y personal, son: a) búsqueda de apoyo en la familia, b) religión y c) búsqueda de soluciones.

En otro estudio⁵² se identificaron otros factores protectores frente al malestar emocional evaluado (sintomatología depresiva-ideación suicida-respuestas de enfrentamiento agresivas-estrés ante amigos), tales como:

- En mujeres adolescentes: a) autoestima; b) locus de control interno (cuando los adolescentes atribuyen sus logros a su propio esfuerzo); c) percepción de apoyo efectivo (el apoyo recibido se percibe como efectivo cuando tienen algún problema con familiares y amigos); d) buena relación con la mamá (quienes la tuvieron, mostraron también mejor autoestima, atribuyeron sus logros a su propio esfuerzo y percibieron con optimismo su futuro).
- En hombres adolescentes, el factor protector identificado fue la percepción de una buena relación con el papá, es decir, los hombres que percibieron una buena relación con su padre no se sintieron estresados por conflictos con familia y amigos (as), no tendieron a emplear respuestas agresivas ante dichos conflictos y además percibían su futuro como satisfactorio.

9. DISCUSIÓN

A partir de la evidencia ya presentada, se confirmó la presencia del fenómeno estudiado por Cannetto y Sakinofsky¹⁰ denominado como “paradoja de género de la conducta suicida”, en la población mexicana de 15 a 29 años, pues se observaron diferencias en las prevalencias de ideación, intento y suicidio consumado entre hombres y mujeres, resultando más frecuente la ideación y los intentos suicidas en mujeres, pero fueron los hombres quienes presentaron las cifras más elevadas de suicidio consumado^{50, 51, 55, 56, 57} (sólo se encontró un documento sobre suicidio consumado y en éste la prevalencia de suicidio fue mayor en mujeres en una relación de 5 a 1)³⁴. No obstante, es importante señalar que tal como lo menciona la literatura, este es un fenómeno que se ha observado en países industrializados angloparlantes como Australia, Canadá, Gran Bretaña, Nueva Zelanda y Estados Unidos⁶⁰; pero en México aunque dicho fenómeno se viene manifestando desde la década de los ochentas^{2, 3}, no se encontró evidencia de que haya sido estudiado previamente en el país, cuando menos no desde el campo de la salud.

Algunos de los documentos revisados, señalan que esta diferencia entre hombres y mujeres se puede explicar a partir de la intención, la letalidad y el método empleado^{31, 32}; respecto a esto último, es importante mencionar que mientras que las mujeres optan ingerir medicamentos para intentar suicidarse, los hombres eligen métodos más letales (armas de fuego, ahorcamiento, etc.)^{50, 56, 57, 58, 59}. Según refiere la literatura, lo anterior se encuentra relacionado con la condición de género, es decir, se puede explicar el comportamiento suicida a partir del peso que socialmente es atribuido al rol de género, que como en otros países ya se ha investigado, tiene una gran influencia entre hombres y mujeres; por ejemplo, en Estado Unidos donde la paradoja de género también se presenta, el comportamiento suicida no fatal es considerado como algo no masculino (los hombres se preocupan más que las mujeres acerca de la desaprobación social respecto a los pensamientos y comportamientos suicidas), pero por otro lado, existe la creencia de que lograr suicidarse es un comportamiento masculino, lo cual puede funcionar como un factor facilitador de esta conducta¹⁰.

Lo anterior se vuelve aún más complejo cuando se busca analizar la conducta suicida en individuos con características particulares, tal es el caso de personas bisexuales, lesbianas, homosexuales, etc.; ya que para lograr un mejor entendimiento de la presencia de la conducta suicida en estos sujetos, se requiere estudiar los significados culturales existentes en relación con su sexualidad; pues como lo señala la literatura, ésta se relaciona de manera importante con la capacidad que muestran para afrontar las dificultades que llegan a vivir derivadas de la misma (discriminación, acoso, violencia física y verbal, etc.)⁴⁸; y en este sentido, realizar un análisis a partir del género, contribuirá a la

comprensión de la conducta suicida, pues recordemos que éste se construye social y relacionamente; esto es, “tanto hombres como mujeres se configuran uno en función del otro a partir del reconocimiento de lo que no se es versus lo que debe ser y hacer, desarrollándose así lo que socialmente es permitido”⁴⁶.

Respecto a los factores de riesgo asociados con la conducta suicida identificados en la literatura convencional y no convencional analizada, se encontraron las siguientes diferencias según el sexo: de manera particular en las mujeres, la conducta suicida se asoció con condición económica mala o muy mala, problemas emocionales que requirieron atención psiquiátrica y/o psicológica³⁵, maltrato físico³⁶, costumbre de consumir algo para sentirse bien (principalmente cigarro)³⁵; mientras que en los hombres se asoció con respuestas agresivas manifiestas y no manifiestas de enfrentamiento familiar³⁷, control psicológico materno (manipulación), poca comunicación con el padre⁴³ y uso de tabaco y drogas³⁶.

Otro elemento identificado al analizar los documentos, fue el de los factores protectores, que aunque podría no considerarse un aspecto de la conducta o comportamiento suicida, sí es un elemento que se tendría que potenciar o desarrollar (según sea el caso) en la población en riesgo, desde antes de que lo esté. Además vale la pena recordar, que aun cuando la conducta suicida está compuesta por distintas etapas¹⁶, éstas no necesariamente son secuenciales²¹ y de igual forma, si un sujeto presenta ideación suicida éste no necesariamente intentará suicidarse posteriormente; es decir, algo ocurre y el proceso no sigue su curso; en este sentido, el estudio de los factores protectores podría contribuir a explicar por qué algunos sujetos frente a las mismas situaciones negativas de vida, no presentan conducta suicida. Sin embargo, durante la realización de esta revisión sistemática, que como ya se mencionó es la primera en su tipo en México, se encontraron únicamente tres estudios al respecto, esto es el 9.37% del total de artículos y tesis analizadas. Esto permite dar cuenta de la tendencia que ha seguido el estudio de la conducta suicida en el país, la cual ha sido predominantemente desde un enfoque de enfermedad (cabe señalar que sólo se analizaron investigaciones publicadas en revistas científicas y tesis de posgrado). Si bien el estudio de la conducta suicida hasta nuestros días ha permitido identificar factores que contribuyen a que un sujeto, en este caso, adolescente o adulto joven presente conductas de riesgo, convendría comenzar a investigar aquellas características presentes en jóvenes que aun estando expuestos a las mismas situaciones detonadoras de una conducta suicida, han logrado desarrollar y emplear de manera efectiva estrategias para hacerles frente; pues hay que tomar en cuenta que aun cuando algunas conductas de riesgo no llevan a la muerte sí pueden traer consecuencias importantes y a largo plazo en la salud de quienes las realizan, lo que además conlleva sufrimiento psicológico tanto para el individuo como para sus familiares⁴.

10. CONCLUSIONES

Respecto a los hallazgos anteriormente mostrados, se puede mencionar lo siguiente:

- Si bien se hallaron diversos factores asociados con el comportamiento suicida (ya sea a la ideación o al intento suicida), tanto la sintomatología depresiva como los intentos suicidas fueron mencionados en la mayoría de los estudios como principales factores asociados al suicidio, éstos al igual que algunos otros factores mostraron diferencias entre hombres y mujeres, confirmándose la controversia respecto a que el género pudiera ser uno de los factores que pueda explicar o acercarnos a la explicación del por qué son los hombres quienes consuman el suicidio y las mujeres quienes lo intentan en mayor medida y quienes padecen mayor sintomatología depresiva. En este sentido, es necesario mencionar que fue significativo haber encontrado que algunos artículos en los apartados de conclusiones y/o discusión señalaran la importancia de considerar aspectos socio-culturales como la construcción del rol de género para el estudio de la conducta suicida, esto desde los años noventa; pero que con excepción de un artículo, el cual tuvo como objetivo identificar las diferencias según el género en la psicopatología adolescente (fue el esfuerzo más cercano al análisis del género para explicar el comportamiento suicida); ninguno empleara el enfoque de género o el constructo género (incluso en algunos casos se empleó indistintamente sexo y género cuando no son lo mismo).
- Considerando lo anterior, resulta relevante y necesario analizar el comportamiento suicida a partir de la perspectiva de género, pues existen ideas preconcebidas tales como asumir que la situación de salud de hombres y mujeres son iguales, cuando en realidad no lo son, o dar por sentado que hay diferencias cuando lo que existen son similitudes²⁴. Desde el enfoque o perspectiva de género, se propone y permite el análisis profundo de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, con el fin de esclarecer las similitudes y las diferencias e inequidades en salud que están vinculadas al género; esto es, se parte de que la influencia que la sociedad ejerce al hecho de ser mujer u hombre, y lo que esto representa, puede provocar comportamientos y actitudes que determinan distintas maneras de exponerse al riesgo, y por lo tanto, de determinar su salud²⁴.
- Es importante señalar que el estudio del fenómeno suicida puede enriquecerse si se le deja de ver como un problema únicamente de salud, ya que su estudio requiere de un abordaje interdisciplinario, de tal manera que el trabajo colaborativo entre profesionales de otras áreas como la social, contribuya no sólo a un entendimiento mayor del suicidio en México, sino a la elaboración y ejecución de programas preventivos más adecuados a las poblaciones estudiadas.

De igual forma se hace necesario un abordaje intersectorial, por ejemplo, el sector educativo, además del de salud, incluido de forma adecuada, puede representar un importante factor protector para los jóvenes.

- La heterogeneidad que muestran los diversos artículos seleccionados, no sólo en las muestras estudiadas, sino en los instrumentos para medir la conducta o comportamiento suicida, los lugares en que se realizaron los estudios, las edades y las personas que conformaron las muestras (adolescentes y jóvenes, estudiantes, homosexuales, mujeres embarazadas, pacientes hospitalizados), así como en los propios hallazgos, pueden estar señalando por un lado, las diversas perspectivas desde las que se aborda la conducta suicida, y por otro, la diversidad de factores que se han asociado con dicha conducta y que hacen necesario su investigación; sin embargo, ésta especificidad en los estudios dificulta su comparación con otros, de manera tal, que no pueden verse los avances en cuanto al estudio e intervención sobre el fenómeno del suicidio se han alcanzado.

- Esta revisión también ha permitido identificar algunas limitaciones de los estudios, esto es:
 - Que la mayoría son estudios de tipo transversal, lo cual no permite identificar causalidad, a la vez que nos mantiene en el mismo nivel de estudio del suicidio desde los años setenta. Evidentemente los estudios de tipo longitudinal tienen implicaciones mayores en cuanto a recursos se refiere (económicos, humanos, etc.), pero esto nos hace cuestionarnos sobre el rumbo que necesita tomar la investigación sobre suicidio en el país, si es o no suficiente y ha contribuido no sólo a incrementar los conocimientos sobre éste, sino a identificar aspectos a fortalecer y/o en cuáles focalizar los esfuerzos para su atención, para que la prevención sobre el comportamiento suicida sea más efectiva; pues como ya se ha mencionado, el suicidio no ha disminuido y la población más vulnerable, es la joven y potencialmente económicamente activa (entre 15 y 34 años), aunque es importante señalar que cada vez se presenta a edades más tempranas.
 - Que algunos artículos, por muy claros que puedan aparecer en la descripción de su procedimiento, no mencionan el tipo de diseño realizado, lo cual, en revisiones de este tipo, resulta una limitante, pues un primer plano del análisis consiste en la descripción de lo que se realizó en cada estudio, dificultando el registro y análisis adecuado.
 - Que la diversidad de conceptos empleados para describir el comportamiento suicida dificulta a los investigadores compartir un lenguaje común en cuanto a suicidio se refiere, como en el caso del intento suicida, que para referirse a éste se emplean términos diferentes (p. ej. parasuicidio, tentativa suicida) y que no necesariamente significan lo mismo. Por lo anterior, si no se tiene cierto bagaje sobre el tema del suicidio, se creará que se están estudiando cosas

diferentes, cuando en realidad es lo mismo sólo que con diferente nombre; o por el contrario, pareciera que se está hablando de lo mismo, cuando en realidad la definición de cada comportamiento suicida (plan, ideación, gesto, intento, tentativa, lesiones autodestructivas, por mencionar algunas) es diferente; de ahí que se hace necesario homogeneizar las definiciones de los conceptos vinculados al comportamiento suicida.

- El que las investigaciones se hayan realizado en distintos estados de la República Mexicana, brindó un panorama más amplio sobre la dinámica del comportamiento suicida, lo que permitió identificar similitudes y particularidades que en cada estado se requiere atender y que pueden ser o no compartidas en todo el país, como en el caso del artículo sobre suicidio consumado, que refleja de manera muy explícita la necesidad de estudios más a profundidad, cuidando lo más que se pueda cada paso de la investigación, desde la elección del tipo de estudio, los aspectos éticos a tener presentes ya que el tema del suicidio no es asunto sencillo, así como asegurarse de que los instrumentos no sólo estén validados en México, sino que se adapten a poblaciones que pueden ser tan peculiares, que si no se adecúan, podríamos caer en mediciones erróneas y subestimar o sobreestimar los factores asociados, así como el suicidio mismo.
- También se encontró que la mayoría de las investigaciones se realizaron en población adolescente, que por un lado es positivo, pues permite estudiar las distintas caras del comportamiento suicida en un mismo grupo etáreo, pero que puede tornarse en algo negativo, pues se está dejando fuera a la población entre 20 y 29 años, que presenta algunas diferencias respecto al comportamiento suicida, y que por la etapa de desarrollo en que se encuentra (adultez joven), al igual que con los adolescentes, muestra necesidades, preocupaciones y aspectos característicos de una población en transición.
- Respecto al análisis del comportamiento suicida, puede observarse que en la medida en que las muestras de estudio son tan específicas y particulares, se dificulta la tarea de extrapolar a otras poblaciones los hallazgos encontrados, esto es, prevalencias y factores asociados con la conducta suicida, aunque nos brinda elementos específicos sobre los cuáles proponer acciones de prevención del riesgo suicida, así como de promoción de salud; por lo que habría que cuestionarse cuáles son las bondades de estudios multitudinarios y en ese sentido, proponer sistemáticamente cuál será el alcance y aplicabilidad de sus resultados, y de igual forma con los estudios específicos, con muestras no tan grandes pero sí representativas del contexto inmediato en que se realice el estudio.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Borges G, Orozco R, Medina-Mora ME. Índice de riesgo para el intento suicida en México. *Salud Publica Mex* [serie en internet] 2012 nov-dic [consultado 2013 nov 13]; 54(6): [595-606]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>
2. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental* [serie en internet] 2001 dic [consultado 2013 nov 12]; 24(6): [4-15]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262402>
3. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Publica Mex* [serie en internet] 2010 jul-ago [consultado 2013 nov 11]; 52(4): [292-304]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>
4. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental* [serie en internet] 2009 sep-oct [consultado 2013 nov 15]; 32(5): [413-425]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a8.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Datos nacionales. Aguascalientes: INEGI; 2013. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/suicidio0.pdf>
6. Puentes-Rosas E, López-Nieto L, Martínez-Monroy T. La mortalidad por suicidios: México 1990–2001. *Rev Panam Salud Publica* [serie en internet] 2004 [consultado 2013 nov 15]; 16(2): [102–109]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v16n2/22244.pdf>
7. Cota M, Robles R, Zamudio M. Factores de riesgo y protección de la conducta suicida: implicaciones para la prevención. En: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Una Propuesta para la Prevención del Suicidio en México. 1ra. ed. México: El Instituto; 2010.
8. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* [serie en internet] 2005 [consultado 2013 nov 18]; 47 supl 1: [S4–S11]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609302>
9. Berenzon S, Lara MA, Robles R y Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública Mex* [serie en internet] 2013 ene-feb [consultado 2013 nov 16]; 55(1): [74-80]. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20no.1%20Enero%20Febrero/8accion.pdf
10. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* [serie en internet] 1998 spring [consultado 25 may 2014]; 28(1): [1-23]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9560163>
11. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord* [serie en internet] 2012 apr [consultado 31 may 2014]; 138(1-2): [19-26]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21529962>
12. Wagner F, González-Forteza C. La depresión y el suicidio como problema de salud pública. En: Memoria del V Congreso Internacional, Latinoamericano y Foro Estatal de Estrategias de Prevención del Suicidio. México: Secretaría de Salud de Campeche, Asociación Mexicana de Suicidología; 2013. p. 655-663.
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística. Población, Hogares y vivienda. México: INEGI; 2012. Mortalidad: Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
14. Wagner F, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental* [serie en internet] 2012 ene-feb [consultado 2013 nov 15]; 35(1): [3-11]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a2.pdf>
15. Pérez-Barrero SA. El suicidio, comportamiento y prevención. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serie en internet] 1999 [consultado 2013 dic 10]; 15(2): [196-217]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v15n2/mgi13299.pdf>
16. Eguiluz LL. Introducción. En: Eguiluz LL, compiladora. ¿Qué podemos hacer para evitar el suicidio? 1ª ed. México: Pax; 2010. p. VII-XII.
17. Hernández-Bringas HH, Flores-Arenales R. El suicidio en México. *Papeles de Población* [serie en internet] 2011 abri-jun [consultado 2013 dic 4]; 68: [69-101]. Disponible en: <http://scielo.unam.mx/pdf/pp/v17n68/v17n68a4.pdf>
18. Jiménez-Tapia JA, González-Forteza C. Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

- Salud Mental [serie en internet] 2003 dic [consultado 2013 dic 3]; 26(6): [35-46]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262605>
19. Durkheim E. El suicidio. 3ª ed. Madrid: Akal; 1992.
 20. Rosales PJ. La investigación del proceso suicida. En: Eguiluz LL, Córdova MH, Rosales JC, compiladores. Ante el suicidio: Su comprensión y tratamiento. 1ª ed. México: Pax; 2010. p. 81-94.
 21. González-Forteza C, Ramos L, Mariño MC, Campuzano E. Vidas en riesgo: Conducta suicida en adolescentes mexicanos. Acta psiquiat psicol Am lat. [serie en internet] 2002 [consultado 2013 dic 10]; 48(1-4): [74-84]. Disponible en: <http://inprf.bi-digital.com:8080/bitstream/123456789/1079/1/ActaPsiquiatrPsicolAmLa2002%3b48%281-4%2974-84.pdf>
 22. González-Forteza C, Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermúdez P, Amador, N. Prevalencia de intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México: 1997 y 2000. Salud mental [serie en internet] 2002 dic [consultado 2013 dic 4]; 25(6): [1-12]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58262501>
 23. Frutos CM, Calderón GG, Solano PE. El significado actual del suicidio en los jóvenes del sureste de México: Una mirada desde la perspectiva cualitativa. En: Memoria del V Congreso Internacional, Latinoamericano y Foro Estatal de Estrategias de Prevención del Suicidio. México: Secretaría de Salud de Campeche, Asociación Mexicana de Suicidología; 2013. p. 206-219.
 24. Serrano-Gallardo P. La perspectiva de género como una apertura conceptual y metodológica en salud pública. Rev Cub Salud Pública [serie en internet] 2012 [consultado 2013 dic 10]; 38(5): [811-822]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v38s5/sup14512.pdf>
 25. Chávez-Hernández A, Medina MC, Macías-García LF. Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. Salud Mental [serie en internet] 2008 may-jun [consultado 2013 nov 14]; 31(3): [197-203]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n3/v31n3a5.pdf>
 26. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística. Población, Hogares y vivienda. México: INEGI; 2010. Población: Grupos de edad según sexo por países seleccionados, 2010. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>
 27. Centro Cochrane Iberoamericano, traductores. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011] [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
 28. García-de Alba GJ, Quintanilla MR, Sánchez LL, Morfín LT, Cruz GJ. Consenso Cultural sobre el Intento de Suicidio en Adolescentes. Rev. colomb. psicol. [serie en internet] 2011 jul-dic [consultado 2014 jun 13]; 20(2): [167-179]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692011000200002&lng=en&nrm=iso
 29. Pérez-Amezcu B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, Castro Fd, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalence and factors associated with suicidal behavior among Mexican students. Salud Publica Mex [serie en internet] 2010 jul-ago [consultado 2014 may 6]; 52(4): [324-33]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20657961>
 30. Chávez HA, Pérez HR, Macías GL, Páramo CD. Ideación e Intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato. Acta Universitaria [serie en internet] 2004 sep-dic [consultado 2014 may 31]; 14(3): [12-20]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41614302>
 31. Palacios DJ, Sánchez TB, Andrade PP. Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [serie en internet] 2010 ene-jun [consultado 2014 may 21]; 12(1): [53-75]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80212393004>
 32. Martínez GA, Guinsberg BE. Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [serie en internet] 2009 ene-jun [consultado 2014 jun 5]; 27 (1): [32-38]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2009000100006&script=sci_arttext
 33. González-Forteza C, Álvarez-Ruiz M, Saldaña-Hernández A, Carreño-García S, Chávez-Hernández AM. Prevalence of deliberate self-harm in teenage Students in the state of Guanajuato, Mexico: 2003. Social Behavior and Personality [serie en internet] 2005 [consultado 2014 jun 3]; 33(8): [777-792]. Disponible en: <http://www.sbp-journal.com/index.php/sbp/article/view/1436>
 34. Reyna-Medina M, Vázquez-de Anda GF, García-Monroy J, Valdespino-Salinas EA, Vicente-Cruz DC. Suicide attempt with aluminum phosphide poisoning. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [serie en internet] 2013 may-abr [consultado 2014 may 15]; 51(2): [212-7]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23693112>
 35. Rosales PJ, Córdova OM. Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [serie en internet] 2011 jul-dic [consultado 2014 jun 15]; 13(2): [9-30]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80220774002>

36. Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Hernández-Suárez CM, Newton-Sánchez OA, Plasencia-García GR. Domestic violence and risk of suicidal behavior among university students. *Salud Publica Mex [serie en internet]* 2010 may-jun [consultado 2014 may 20]; 52(3): [45-50]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20485884>
37. González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA. Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud ment [serie en internet]* 1998 may-jun [consultado 2014 may 7]; 21(3): [1-9]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=243150&indexSearch=ID>
38. Nuño-Gutiérrez B, Celis-de la Rosa A, Unikel-Santoncini C. Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Rev Invest Clin [serie en internet]* 2009 [consultado 2014 jun 2]; 61(4): [286-293]. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=58019&id_seccion=6&id_ejemplar=5870&id_revista=2
39. Lara MA, Letechipía G. Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud Ment [serie en internet]* 2009 sep-oct [consultado 2014 may 9]; 32(5): [381-387]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252009000500004&script=sci_arttext
40. Ortiz-Hernández L, García Torres MI. Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals, lesbians, and gays in Mexico City. *Cad Saude Publica [serie en internet]* 2005 may-jun [consultado 2014 may 30]; 21(3): [913-25]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15868050>
41. Cubillas RM, Román PR, Abril VE, Galaviz BA. Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora. *Salud Ment [serie en internet]* 2012 ene-feb [consultado 2014 may 27]; 35(1): [45-50]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100007
42. Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González ME, Musitu G, Martínez FB. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención Psicosocial [serie en internet]* 2010 dic [consultado 2014 may 23]; 19(3): [279-287]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300008&script=sci_arttext
43. Pérez QA, Uribe AJ, Vianchá MA, Bahamón MM, Verdugo LJ, Ochoa AS. Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes. *Psicol. Caribe [serie en internet]* 2013 sep-dic [consultado 2014 may 4]; 30(3): [551-568]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0123-417X2013000300006
44. Terroba G, Heman A, Saltijeral MT, Martínez P. Attempted suicide among Mexican adolescents: significant clinical and sociodemographic factors. *Salud Publica Mex.* 1986 jan-feb; 28(1): [48-55].
45. Saucedo-García JM, Lara-Muñoz MC, Fócil-Márquez M. Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. [serie en internet]* 2006 jul-ago [consultado 2014 jun10]; 63(4): [223-231]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462006000400002
46. Valadez FI, Amezcua FR, González GN. Psicopatología del adolescente con intento suicida y diferencias de género. *Anales de psiquiatría [serie en internet]* 2009 nov-dic [consultado 2014 jun 1]; 25(6): [265-274]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3112370>
47. Rivera HM, Andrade PP. Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación [serie en internet]* 2006 jul-dic [consultado 2014 jun 8]; 8(2): [23-40]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80280203>
48. Granados-Cosme JA, Delgado-Sánchez G. Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual. *Cad Saude Publica [serie en internet]* 2008 may [consultado 2014 may 11]; 24(5): [1042-50]. Disponible en: <http://bvssalud.org/portal/resource/es/lil-481454>
49. Manjarrez Gutiérrez L. Sintomatología depresiva, Impulsiva y su asociación con la Conducta Suicida en adolescentes: Estudio comparativo de muestras clínica y epidemiológica [tesis de especialidad]. México: Sistema Bibliotecario, Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
50. Barrera Flores MI. Frecuencia a seis meses y diagnóstico clínico psiquiátrico de los pacientes que ingresan al servicio de observación de un Hospital General, por intento de suicidio [tesis de especialidad]. México: Sistema Bibliotecario, Universidad Nacional Autónoma de México; 2004.
51. González Macip S. La ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población estudiantil [tesis de especialidad]. México: Sistema Bibliotecario, Universidad Nacional Autónoma de México; 1998.

52. González Forteza CF. Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes [tesis doctoral]. México: Sistema Bibliotecario, Universidad Nacional Autónoma de México; 1996.
53. Carreño Pérez L. Frecuencia de ideación suicida en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar [tesis de especialidad]. México: Red Mexicana de Repositorios Institucionales; 2010.
54. Arenas Landgrave P. Resiliencia y riesgo de suicidio en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes [tesis doctoral]. México: Sistema Bibliotecario, Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
55. Martínez Medina MP. Detección de conductas suicidas y factores de riesgo asociados en adolescentes atendidos en el servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [tesis de especialidad]. México: Centro de Documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental-Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2003.
56. Solano Mosquera DC. Intento de suicidio en adolescentes [tesis de especialidad]. México: Sistema Bibliotecario, Universidad Nacional Autónoma de México; 1996.
57. Pérez Hernández ML. Depresión asociada con intento de suicidio en la adolescencia [tesis de especialidad]. México: Sistema Bibliotecario, Universidad Nacional Autónoma de México; 2003.
58. González Velásquez EM. Características de intento de suicidio en adolescentes [tesis de especialidad]. México: Sistema Bibliotecario, Universidad Nacional Autónoma de México; 1998.
59. García Grijalva E. Sucesos de vida en adolescentes con intento de suicidio [tesis de especialidad]. México: Sistema Bibliotecario, Universidad Nacional Autónoma de México; 2006.
60. Canetto SS. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. Am J Orthopsychiatry [serie en internet] 2008 Apr [consultado 29 jul 2014]; 78(2): [259-66]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18954189>

12. ANEXOS

A. Términos de búsqueda MeSH incluidos pero no limitados:

N°	Palabras Clave	Descriptorios	
		Español	Inglés
1	Factores de riesgo	Factores de riesgo	Risk Factors
2	Ideación suicida	Ideación suicida	Suicidal Ideation
3	Intento suicida	Intento de suicidio	Suicide, Attempted
4	Género	Identidad de género	Gender Identity
5	Consumación del suicidio	Suicidio	Suicide
6	Depresión	Depresión	Depression
7	México	México	Mexico
8	Prevención del suicidio	Prevención Primaria	Primary Prevention
		Psiquiatría Preventiva	Preventive Psychiatry
9	Jóvenes (15 a 29 años)	Adolescente	Adolescent
		Adulto Joven	Young Adult

B. Lista con artículos seleccionados:

N°	TÍTULO	AUTOR	REFERENCIA	BASE DE DATOS	AÑO	PAÍS
1	Prevalence and factors associated with suicidal behavior among Mexican students / Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana	Pérez-Amezcuca B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, Castro Fd, Leyva-López A, Chávez-Ayala R.	Salud Pública Mex. 2010 Jul-Aug; 52(4): 324-33	Medline	2010	México
2	Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual	Granados-Cosme JA, Delgado-Sánchez G.	Cad Saude Publica. 2008 May;24(5):1042-50.	Portal BVS	2008	Brasil
3	Suicide attempt with aluminum phosphide poisoning / Tentativa suicida por intoxicación con fosforo de aluminio	Reyna-Medina M, Vázquez-de Anda GF, García-Monroy J, Valdespino-Salinas EA, Vicente-Cruz DC.	Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013 Mar-Apr;51(2):212-7.	Medline	2013	México
4	Domestic violence and risk of suicidal behavior among university students.	Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Hernández-Suárez CM, Newton-Sánchez OA, Plasencia-García GR.	Salud Pública Mex. 2010 May-Jun;52(3):213-9.	Medline	2010	México
5	Depresión y comportamiento suicida en estudiantes de educación media superior en Sonora	Cubillas RM, Román PR, Abril VE, Galaviz BA	Salud Ment vol.35 no.1 México ene./feb. 2012	Artemisa	2012	México
6	Ideación y comportamiento suicida en embarazadas / Suicidal ideation and suicidal behavior in pregnancy	Lara, Ma. Asunción; Letechipia, Gabriela.	Salud Ment;32(5): 381-387, TAB.	SciELO México	2009	México
7	Estilos parentales como predictores de ideación suicida en estudiantes adolescentes / Parenting styles as predictors of suicidal ideation in adolescents"	Pérez QA, Uribe AJ, Vianchá MA, Bahamón MM, Verdugo LJ, Ochoa AS.	Psicol. caribe;30(3): 551-568, TAB.	SciELO Colombia	2013	Colombia
8	Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios / Psychosocial predictors of suicide in two generations of university students	González-Forteza C, García G, Medina-Mora ME, Sánchez MA.	Salud Ment (Mexico City); 21(3): 1-9, mayo-jun. 1998. tab, graf	LILACS	1998	México
9	Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial / Suicidal Ideation among Adolescents: A Psychosocial Analysis	Sánchez-Sosa JC, Villarreal-González ME, Musitu G, Martínez FB.	Intervención Psicosocial;19(3): 279-287, GRA, TAB.	SciELO España	2010	España
10	Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals, lesbians, and gays in Mexico City.	Ortiz-Hernández L, García Torres MI.	Cad Saude Publica. 2005 May-Jun;21(3):913-25.	Medline	2005	Brasil
11	Prevalencia y factores asociados a las conductas	Nuño-Gutiérrez B, Celis-de la Rosa A,	Rev Invest Clin 2009; 61(4) : 286-293	Artemisa	2009	México

	alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo	Unikel-Santoncini C.				
12	Violencia autodirigida en la adolescencia: el intento de suicidio / Self-inflicted violence in adolescence: the suicide attempt	Sauceda-García JM, Lara-Muñoz MC, Fócil-Márquez M.	Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.;63(4): 223-231, TAB	SciELO México	2006	México
13	Attempted suicide among Mexican adolescents: significant clinical and sociodemographic factors / El intento de suicidio en adolescentes mexicanos: algunos factores clínicos y sociodemográficos significativos	Terroba G, Heman A, Saltijeral MT, Martínez P.	Salud Publica Mex. 1986 Jan-Feb;28(1):48-55.	Medline	1986	México
14	Cultural consensus regarding suicide attempts in adolescents / Consenso cultural sobre el intento de suicidio en adolescentes	García-de Alba GJ, Quintanilla MR, Sánchez LL, Morfín LT, Cruz GJ.	Revista Colombiana de Psicología, Vol 20(2), Jul-Dec, 2011. pp. 167-179. [Journal Article]	PsycINFO	2011	Colombia
15	Psicopatología del adolescente con intento suicida y diferencias de género	Valadez FI, Amezcua FR, González GN.	Anales de Psiquiatría, Vol 25(6), Nov-Dec, 2009. pp. 265-274. [Journal Article]	PsycINFO	2009	México
16	Individual and familiar resources that protect the adolescent on the suicidal attempt / Recursos individuales y familiares que protegen al adolescente del intento suicida	Rivera HM, Andrade PP	Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol 8(2), Jul-Dec, 2006. pp. 23-40.	PsycINFO	2006	México
17	Ideación suicida y su relación con variables de identificación personal en estudiantes universitarios mexicanos	Rosales PJ, Córdova OM.	Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2011, pp. 9-30	REDALYC	2011	México
18	Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes	Palacios DJ, Sánchez TB, Andrade PP.	Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 12, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 53-75	REDALYC	2010	México
19	Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco	Martínez GA, Guinsberg BE.	Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 27, núm. 1, enero-abril, 2009, pp. 32-38	REDALYC	2010	Colombia
20	Ideación e Intento suicida en estudiantes de nivel medio superior de la Universidad de Guanajuato	Chávez HA, Pérez HR, Macías GL, Páramo CD.	Acta Universitaria, vol. 14, núm. 3, septiembre-diciembre, 2004, pp. 12-20	AMS	2004	México
21	Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, Mexico:2003	González-Forteza C, Álvarez-Ruiz M, Saldaña-Hernández A, Carreño-García S, Chávez-Hernández AM.	Social Behavior and Personality, 2005, 33(8), 777-792	AMS	2005	Nueva Zelanda

C. Listado de artículos seleccionados con instrumentos aplicados según tipo de estudio, tamaño de muestra y año de publicación:

N°	TIPO DE ESTUDIO	TAMAÑO DE MUESTRA	AÑO DE PUBLICACIÓN	INSTRUMENTOS
1	Estudio transversal	12 424 adolescentes	2010	Encuesta: Escalas: Ideación Suicida (Okasha), Sintomatología depresiva, Bajo apoyo familiar, Bajo reconocimiento académico, Ansiedad, Confianza en comunicación entre padres e hijos.
2	Estudio cualitativo	10 sujetos	2008	Entrevistas semi-estructuradas
3	Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional y analítico	18 pacientes	2013	Depresión: Escala de Hamilton. Escala de riesgo-rescate de Weisman. Escala de tentativa suicida de Beck. La información se obtuvo del expediente clínico y mediante un cuestionario o instrumento de recolección de datos aplicado al familiar directo o, en ocasiones, al propio paciente
4	Estudio de casos y controles	235 casos y 470 controles	2010	Encuesta sobre tópicos de salud denominada EMA (Examen Médico Automatizado)
5	Estudio descriptivo, transversal, comparativo	1358 estudiantes	2012	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D y la Escala de Ideación Suicida de Roberts.
6	Estudio descriptivo no probabilístico	117 embarazadas	2009	Se usó un cuestionario estructurado aplicado por entrevista con las siguientes áreas. 1) Información sociodemográfica. 2) Conducta suicida: a) ideación suicida, b) deseo de morir, c) intento de suicidio y d) intención suicida. Estas preguntas constituyeron indicadores independientes y no una escala. 3) Momento en el que ocurrió y motivos.
7	No dice/ Se concluye que es transversal	398 adolescentes	2013	Se utilizó la escala de prácticas parentales para adolescentes (PP-A) elaborada por Andrade & Betancourt (2008). Para medir la ideación suicida se utilizó un cuestionario de ocho preguntas que refieren a ideas de quitarse la vida ($\alpha = .85$)
8	No dice/ Se concluye que es transversal	De la generación de 1993, se estudiaron 1021 alumnos y en la generación de 1995 se entrevistó a 869 alumnos.	1998	Cuestionario autoaplicable elaborado por la OMS, las escalas que se tomaron para este trabajo, que fueron sometidas a análisis de validez y confiabilidad son: A) Estrés cotidiano familiar (ESTFAM). B) Estrés cotidiano social (ESTSOC). C) Autoestima (AUTOEST). Escala de Rosenberg. D) Relación con el papá (RELPA). E) Relación con la mamá (RELMA). F) Recursos de apoyo (APOFAM). G) Respuestas de enfrentamiento familiar. H) Respuestas de enfrentamiento con amigos. I) Ideación suicida (IDSUIC).
9	Estudio transversal y correlacional	1285 estudiantes	2010	Las escalas para medir variables contextuales fueron las siguientes: Cuestionario de Funcionamiento Familiar, APGAR Familiar, de Smilkstein, Ashworth y Montano (1982); Escala breve de ajuste escolar de Moral, Sánchez-Sosa y Villarreal-González (2010) y Escala de conductas predictivas de Rubini y Pombeni (1992). Las escalas para medir variables personales: Cuestionario de evaluación de la sintomatología depresiva de Radloff (1977); Cuestionario de evaluación de autoestima en adolescentes AF5 de García y Musitu (1999); Cuestionario breve de conducta alimentaria de riesgo de Unikel, Bojorquez y Carreño (2004) y Escala de Ideación Suicida de Roberts (1980).
10	Estudio observacional, transversal y analítico	506 sujetos	2005	Cuestionario para evaluar la existencia de ideación e intento de suicidio y que incluye las preguntas utilizadas en la versión A del cuestionario de la Encuesta Nacional de Adicciones. Para identificar sintomatología indicativa de trastornos mentales comunes se utilizó la versión corta de 28 reactivos del Cuestionario General de Salud (CGS) validada en estudiantes universitarios de México. El

				alcoholismo fue identificado mediante la escala Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).
11	Estudio analítico, transversal	1,134 adolescentes	2009	Encuesta autoadministrada de 220 preguntas. Las CAR (Conductas Alimentarias de Riesgo) se evaluaron mediante el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, validado en mujeres adolescentes y jóvenes en el Distrito Federal. Las variables predictoras evaluadas fueron ocho: 1. Estrés cotidiano. 2. Locus de control de suerte, afectividad e internalidad. 3. Autoestima mediante la escala de Rosenberg, validada y re-validada para estudiantes de secundaria y bachillerato mexicanos. 4. Impulsividad, validada para estudiantes adolescentes mexicanos. 5. Síntomas depresivos (CES-D), validada y re-validada para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato. 6. Ideación suicida, que fue validada y re-validada para adolescentes mexicanos estudiantes de secundaria y bachillerato. 7. Recreación mediante la escala de uso del tiempo libre de la Encuesta Nacional de Estudiantes. 8. Relación con padre/madre, validadas y re-validadas para estudiantes adolescentes mexicanos. Adicionalmente se exploraron datos sociodemográficos y del entorno escolar.
12	No dice/ Se concluye que es transversal	65 pacientes	2006	Los instrumentos clinimétricos utilizados fueron: Escala de Birleson y el Cuestionario de Reporte Personal para Adolescentes de Connors-Wells.
13	No dice/ Se concluye que es transversal	81 jóvenes	1986	Los factores asociados al intento del suicidio como la severidad del acto y la letalidad del mismo, se evaluaron con diferentes instrumentos: a) Escala de evaluación de severidad de Beck; b) La escala de riesgo-rescate, ésta se utilizó para obtener el riesgo y la letalidad del acto suicida, éste evalúa dos factores: Riesgo (método usado y el daño producido por éste) y el Rescate (circunstancias observables y las fuentes disponibles para un rescate en el momento del intento). Las variables clínicas se evaluaron con la Escala de automedición de la depresión desarrollada de Zung, el estado clínico de ansiedad se evaluó utilizando el instrumento de ansiedad rasgo-estado.
14	Diseño cualitativo y descriptivo	27 adolescentes	2011	Entrevistas semiestructuradas
15	No dice/ Se concluye que es transversal	723 adolescentes	2009	Mediante un cuestionario autoaplicable se obtuvieron datos generales del adolescente: edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil; así como el antecedente de tratamientos psicológicos, haber tomado medicina para los nervios e intento suicida. La psicopatología se evaluó mediante un instrumento creado por los autores para identificar lo relativo a las dimensiones de la psicopatología del adolescente.
16	Diseño cuasiexperimental con tres muestras independientes, de corte transversal y de campo.	86 participantes	2006	Para medir sintomatología depresiva se utilizó la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión (Center of Epidemiological Studies of Depression, CES-D) de Radloff, validada en México (Mariño y cols., 1993). Para evaluar el ambiente familiar se utilizó una escala denominada Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (ERI). Los recursos personales del adolescente se evaluaron a partir de un instrumento desarrollado por Rivera Heredia y Andrade Palos (2005, documento aún no publicado al momento del estudio), el cual consta de cinco escalas: recursos emocionales, recursos cognitivos, recursos instrumentales, recursos circundantes y recursos materiales.
17	De acuerdo con la clasificación de Montero y León (2007), se trata de un	317 jóvenes	2011	Instrumento denominado Detección de Ideación Suicida en Jóvenes, elaborado por el proyecto de investigación Evaluación de la Ideación Suicida en Jóvenes, del programa de investigación de la Facultad de Estudios Superiores

	estudio retrospectivo, un grupo, múltiples medidas.			Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Este instrumento consta de tres secciones: Sección I. Datos de identificación personal. Sección II. Datos psicológicos. Se compone por la escala de actitud disfuncional de Weissman y Beck (1978); la escala de locus de control, adaptada por González-Forteza (1992); la escala de desesperanza de Beck, Weissman, Lester y Trextler (1974); la escala de apoyo social percibido de Zimet, Dahlem y Farley,(1988); y la escala de estado emocional de Berwick, Murphy, Goldamn, Ware, Barsky y Weinstein (1991). Sección III. Ideación Suicida. Se encuentra constituida por la escala de ideación suicida Roberts-CES-D.
18	No dice/ Se concluye que es transversal	550 jóvenes	2010	Para medir la búsqueda de sensaciones, se elaboró una escala que lleva el mismo nombre compuesta por 59 reactivos, la cual evalúa ocho dimensiones: búsqueda de placer, búsqueda de riesgo, búsqueda de emociones, búsqueda de novedad, búsqueda de experiencias y aventura, desinhibición, búsqueda de lo inusual y susceptibilidad al aburrimiento.
19	Estudio cualitativo	6 jóvenes pacientes	2010	Entrevistas semiestructuradas
20	Estudio de campo, exploratorio y con diseño ex-post-facto.	2532 encuestas	2004	“Cuestionario de Estudiantes 2002”, elaborado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Secretaría de Educación Pública
21	Survey (Encuesta /transversal)	2,531	2005	Se obtuvo información sociodemográfica y se aplicó la Célula de Indicadores Parasuicidas (CIP) en un formato autoaplicable (González-Forteza, 1996).

D. Lista con tesis de posgrado seleccionadas:

N°	TÍTULO	AUTOR	GRADO	FUENTE	AÑO	EDO. DE LA REPÚBLICA
1	Resiliencia y riesgo de suicidio en adolescentes expuestos a sucesos de vida estresantes	Arenas-Landgrave P	Doctorado en Psicología (Psicología y Salud), Facultad de Psicología-UNAM	Sistema Bibliotecario, UNAM	2012	Distrito Federal
2	Sucesos de vida en adolescentes con intento de suicidio	García Grijalva E	Especialidad en Pediatría, Facultad de Medicina-UNAM	Sistema Bibliotecario, UNAM	2006	Sonora
3	Frecuencia a seis meses y diagnóstico clínico psiquiátrico de los pacientes que ingresan al servicio de observación de un Hospital General, por intento de suicidio	Barrera Flores MI	Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina-UNAM	Sistema Bibliotecario, UNAM	2004	Distrito Federal
4	La ideación suicida como indicador para la prevención secundaria del suicidio en población estudiantil	González Macip S	Maestría en Psicología (Psicología Clínica), Facultad de Psicología-UNAM	Sistema Bibliotecario, UNAM	1998	Distrito Federal
5	Características de intento de suicidio en adolescentes	González Velásquez EM	Especialidad en Pediatría, Facultad de Medicina-UNAM	Sistema Bibliotecario, UNAM	1998	Sonora
6	Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes	González Forteza CF	Doctorado en Psicología (Análisis Experimental de la Conducta), Facultad de Psicología-UNAM	Sistema Bibliotecario, UNAM	1996	Distrito Federal
7	Intento de suicidio en adolescentes	Solano Mosquera DC	Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina-UNAM	Sistema Bibliotecario, UNAM	1996	Distrito Federal y Estado de México
8	Depresión asociada con intento de suicidio en la adolescencia	Pérez Hernández ML	Especialidad en Pediatría, Facultad de Medicina-UNAM	Sistema Bibliotecario, UNAM	2003	Sonora
9	Detección de conductas suicidas y factores de riesgo asociados en adolescentes atendidos en el servicio de preconsulta del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	Martínez Medina, María Patricia	Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina-UNAM	Centro de Documentación e Información en Psiquiatría y Salud Mental (CDIPSM)-INPRFM	2003	Distrito Federal
10	Sintomatología depresiva, impulsiva y su asociación con la conducta suicida en adolescentes: estudio comparativo de muestras clínica y epidemiológica	Manjarrez Gutiérrez, Luis	Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina-UNAM	Sistema Bibliotecario, UNAM	2007	Distrito Federal y Morelos
11	Frecuencia de ideación suicida en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar	González Forteza, Catalina Francisca	Especialidad en Medicina Familiar, Universidad Veracruzana	REMERI	2010	Veracruz

E. Listado de tesis con instrumentos aplicados según tipo de estudio, objetivo (s) y características de la muestra:

N°	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO (S)	TAMAÑO DE MUESTRA	INSTRUMENTOS
1	Estudio de tipo exploratorio, de campo y transversal	Identificar los atributos personales que modulan el impacto del estrés en dos grupos de adolescentes, son y sin riesgo suicida.	1,000 alumnos, subgrupo de resilientes (67 jóvenes) y subgrupo de no resilientes (81 jóvenes). Edad entre 15 y 17 años, media de 15.8 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Sucesos de Vida para Adolescentes <ul style="list-style-type: none"> • Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA) • Inventario de Riesgo Suicida para Adolescentes (IRIS) • Alcohol Use-Disorder Identification Test- AUDIT • Cuestionario de Afrontamiento para adolescentes CA-A
2	Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo	Conocer los sucesos de vida negativos presentes en adolescentes con intento de suicidio que acuden para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora.	32 pacientes. Edad entre 12 a 18 años, media de 15 años	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de sucesos de vida (versión para adolescentes), • Escala de Birleson
3	Estudio de tipo observacional, descriptivo y de escrutinio	Estimar la prevalencia de ingresos al servicio de urgencias por intento de suicidio en un hospital general. Conocer la patología psiquiátrica asociada en este tipo de sujetos.	92 pacientes. 74% mujeres con una media de 28.1 años, 26% hombres con una media de 26.7 años	<ul style="list-style-type: none"> • Formato "Comorbilidad Psiquiátrica en Intento de Suicidio" • Mini International Neuropsychiatric Interview" (MINI), en su versión en español
4	Estudio de tipo transversal, ex-post-facto	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la concordancia diagnóstica y la consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida (I.S.B.) (Beck et al., 1979), en una muestra de estudiantes universitarios que tienen entre 17 y 25 años de edad y que solicitan el Servicio de Psiquiatría del Departamento de Psicología Médica Psiquiátrica y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, durante los meses de Enero a Junio de 1996. - Identificar la frecuencia de Ideación Suicida (según la Escala I.S.B.) y describir las características clínicas (reactivos) de quienes presentaron ideación suicida, de acuerdo con el criterio de la escala. - Identificar la comorbilidad de la ideación suicida con las categorías diagnósticas consignadas en el expediente clínico por el Médico Psiquiatra. 	122 estudiantes. Edad entre 17 a 25 años, con una media de 20.8 años	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ideación Suicida de Beck

5	Estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo	Conocer las características de intento de suicidio en los adolescentes que acuden al Hospital Infantil del Estado de Sonora.	30 casos. Edad entre 10 a 19 años, media de 15.2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Escala para "Identificación del paciente de alto riesgo suicida"
6	Estudios de tipo transversal ex-post-facto	Identificar indicadores protectores y de riesgo a partir del Modelo Conceptual Hipotético Propuesto en cada nivel educativo y sexo, en una muestra de adolescentes hombres y mujeres entre 13 y 15 años de edad, estudiantes en un plantel oficial de educación media básica secundaria; y en una muestra de adolescentes hombres y mujeres, entre 16 y 18 años de edad estudiantes en un plantel oficial de educación media superior-bachillerato, al sur de la Ciudad de México, Distrito Federal.	816 estudiantes (410 de secundaria y 406 de bachillerato). Estudiantes de bachillerato: hombres una media de 17.1 años, mujeres una media de 16.7 años	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de estrés cotidiano: (secciones de: estrés cotidiano familiar, estrés cotidiano social, estrés cotidiano en la sexualidad) <ul style="list-style-type: none"> • Escalas de recursos internos: <ul style="list-style-type: none"> • Escala de impulsividad (que forma parte de la Escala de riesgo de uso de drogas Drug Risk Scale-DRS) <ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Escalas de recursos externos: <ul style="list-style-type: none"> • Relación con mamá y relación con papá. <ul style="list-style-type: none"> • Recursos de apoyo • Escala de respuesta de enfrentamiento • Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). <ul style="list-style-type: none"> • Escala de ideación suicida.
7	No dice, pero se concluye que es de tipo transversal	Conocer los factores de riesgo y su frecuencia en adolescentes con intento suicida que acuden al Servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Pediatría.	25 pacientes. Entre 12 a 18 años, media de 15 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de registro de pacientes, para detectar factores de riesgo en adolescentes con intento suicida.
8	Estudio prospectivo, transversal y descriptivo	Determinar los factores asociados al intento de suicidio de los adolescentes que acuden para su atención al Hospital Infantil del Estado de Sonora	20 adolescentes hospitalizados. Entre 15 a 19 años, media de 15 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Birlson para valorar la severidad de la sintomatología depresiva. • Entrevista semiestructurada diseñada para la investigación, relacionada con los criterios del DSM-IV.
9	Estudio transversal, retrospectivo y de casos-contrroles	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar en la muestra de estudio la frecuencia de la conducta suicida en adolescentes. - Determinar los factores de riesgo que convergen a la conducta suicida. - Valorar la existencia o identificar la relación entre el diagnóstico psicopatológico como la depresión y la conducta suicida, así como las principales motivaciones relacionadas con la misma. 	126 adolescentes (muestra de 60). Entre 13 a 19 años, media de la población 16.2 años, y media de la muestra 16.46 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Ideación e Intento Suicida (CIIS) • Escala de Ideación Suicida de Beck <ul style="list-style-type: none"> • Apartado de Ideación e Intento Suicida de la Entrevista Semiestructurada K-SADS-PL • Entrevista RQC aplicada a alguno de los padres o tutor.
10	Estudio comparativo de muestras clínica y epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la asociación entre los síntomas depresivos y los síntomas impulsivos con la conducta suicida en población clínica y epidemiológica de adolescentes. - Comparar la sintomatología depresiva/impulsiva y la conducta suicida entre ambas muestras. 	85 adolescentes (33 pertenecientes al grupo clínico, 22 al grupo epidemiológico urbano y 22 al grupo epidemiológico rural). Entre 13 a 18 años, media de 15.06 años	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de impulsividad de Plutchik adaptada para adolescentes (valoración de la impulsividad). <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Birlson (DSRS) para trastorno mayor en la adolescencia, se empleó como prueba diagnóstica para depresión (escala autoaplicable). • Cuestionario de Ideación e Intento Suicida (CIIS), indaga acerca de las conductas autolesivas sin intencionalidad suicida.

11	Estudio prolectivo, observacional, individual	Determinar la frecuencia de ideación suicida en adolescentes y su relación con la funcionalidad familiar.	1299 alumnos. Entre 14 a 19 años, media de 17 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario que evaluó la situación sociodemográfica del adolescente • Test de Holmes el cual valora la funcionalidad familiar • APGAR familiar el cual evaluó el funcionamiento sistémico de la familia • Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III), es un modelo circunflejo de los sistemas familiares y conyugales. • Escala de ideación suicida de Beck (ISB)
----	---	---	--	--

"NO TE RINDAS"

No te rindas, aún estás a tiempo
de alcanzar y comenzar de nuevo,
aceptar tus sombras,
enterrar tus miedos,
liberar el lastre,
retomar el vuelo.

No te rindas que la vida es eso,
continuar el viaje,
perseguir tus sueños,
destrabar el tiempo,
correr los escombros
y destapar el cielo.

No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frío queme,
aunque el miedo muerda,
aunque el sol se esconda y se calle el viento,
aún hay fuego en tu alma,
aún hay vida en tus sueños
porque la vida es tuya y tuyo también el deseo,
porque lo has querido y porque te quiero,
porque existe el vino y el amor, es cierto;
porque no hay heridas que no cure el tiempo.

Abrir las puertas,
quitar los cerrojos,
abandonar las murallas que te protegieron,
vivir la vida y aceptar el reto,
recuperar la risa,
ensayar un canto,
bajar la guardia y extender las manos,
desplegar las alas e intentar de nuevo,
celebrar la vida y retomar los cielos.

No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frío queme,
aunque el miedo muerda,
aunque el sol se ponga y se calle el viento,
aún hay fuego en tu alma,
aún hay vida en tus sueños
porque cada día es un comienzo nuevo,
porque esta es la hora y el mejor momento;
porque no estás solo, porque yo te quiero.

Mario Benedetti