

LA MEDICIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA EN MÉXICO: ESTIMACIONES Y PROCEDIMIENTOS

Liliana Mondragón*, Guilherme Borges**, Reyna Gutiérrez***

SUMMARY

This is an analysis of the results of several studies performed in different populations of Mexico on suicide ideation and attempts, in which different methods and measurement instruments were used. Most of these studies were representative samples of household and students surveys, and studies at clinical settings. The highest prevalence of suicide attempt was 10%. The highest prevalence of suicide ideation was 40.7%. Important differences were found according to the instruments used to measure suicidal behavior in the time frame and in the cut-off points used for defining cases.

These analyses, give precise information on ideation and suicide attempts in the Mexican population, which is important for designing policies. Unified criteria will provide better registers on both suicide ideation and attempts.

Key words: Suicidal ideation, attempted suicide, measurements, adolescents, adults.

RESUMEN

Este es un análisis de los resultados de varios estudios en diferentes poblaciones de México sobre el intento y la ideación suicida, en el que se utilizaron diferentes metodologías e instrumentos para medirlos. En su mayoría, estos fueron encuestas representativas de muestras de hogares y escuelas, así como estudios en escenarios clínicos.

La prevalencia más alta de intento de suicidio fue de 10%. La prevalencia de ideación suicida más alta fue de 40.7%. Se encontraron diferencias importantes en los instrumentos utilizados para medir la conducta suicida y su temporalidad, y en los puntos de corte utilizados para definir los casos.

Este análisis de la información nos permitirá obtener datos más precisos sobre el intento y la ideación suicida en la población mexicana, los cuales son muy importantes para diseñar las políticas de salud. Unificando los criterios de los investigadores, se contará con mejores registros sobre el intento y la ideación suicida.

Palabras claves: Ideación suicida, intento de suicidio, mediciones, adolescentes, adultos.

El suicidio es un problema de salud pública que ha aumentado en las últimas décadas. En 1999, la tasa de mortalidad en México, por suicidio, fue de 3.4 por 100,000 habitantes: 5.8 hombres y 1.0 mujeres. Los datos de la Secretaría de Salud indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó en 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres (cuadro 1).

El estudio del suicidio a nivel poblacional se ha abordado desde diferentes disciplinas: la sociología, la antropología, la psicología y la psiquiatría. Estas disciplinas han hecho uso de las estadísticas vitales publicadas periódicamente para muchas de sus investigaciones, y cabe preguntarse sobre la calidad de esta información.

La fuente primaria sobre el suicidio consumado en el país es el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), que reúne la información de los certificados de defunción y la difunde por medio de la publicación de los Anuarios Estadísticos de los Estados Unidos Mexicanos. Por el creciente interés en este tema, el INEGI también ha publicado números especiales sobre el suicidio (29). Por su parte, la Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud presenta anualmente información detallada sobre las causas de muerte, recabadas por el INEGI, desglosándolas por edad, sexo y entidad federativa. Por otro lado, la Procuraduría de Justicia y los Ministerios Públicos son otra fuente de información, debido a que el suicidio y el intento suicida requieren de la investigación legal de estas instituciones. Esta multiplicidad de fuentes ha dado lugar a cierta incongruencia en los resultados y en las tendencias reportados por los diferentes investigadores. Los estudios recientes muestran que algunos de los re-

*Investigadores del Departamento de Investigaciones en Servicios de Salud. Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Calzada México-Xochimilco 101, San Lorenzo Huipulco, 14370, México, D.F.

**Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

***Investigadora del Departamento de Investigaciones Conductuales, INPRF.

Recibido primera versión: 17 de abril de 2001. Segunda versión: 31 de agosto de 2001. Aceptado: 28 de septiembre de 2001.

CUADRO 1
Defunciones y tasas de mortalidad por suicidios en la República Mexicana según el sexo, 1970-1998

Año	Defunciones			Total	Tasa*		Razón H/M
	Total	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
1970	554	445	109	1.10	1.80	0.40	4.5
1971	358	289	69	0.70	1.10	0.30	3.7
1972	365	296	69	0.70	1.10	0.30	3.7
1973	368	296	72	0.70	1.10	0.30	3.7
1974	1231	989	242	2.20	3.50	0.90	3.9
1975	1006	819	187	1.70	2.80	0.60	4.7
1976	1029	823	206	1.70	2.80	0.70	4.0
1977	1147	914	233	1.90	0.30	0.80	0.4
1978	1136	900	236	1.80	2.90	0.70	4.1
1979	1125	897	228	1.70	2.80	0.70	4.0
1980	982	784	198	1.46	2.32	0.59	3.9
1981	1201	936	265	1.74	2.70	0.78	3.5
1982	1193	932	261	1.69	2.63	0.74	3.5
1983	1051	839	212	1.45	2.31	0.59	3.9
1984	940	791	149	1.27	2.13	0.40	5.3
1985	1582	1310	272	2.09	3.45	0.72	4.8
1986	1741	1468	273	2.25	3.78	0.71	5.3
1987	1731	1440	291	2.19	3.63	0.74	4.9
1988	1722	1441	281	2.14	3.56	0.70	5.1
1989	1879	1589	290	2.29	3.85	0.71	5.4
1990	1941	1660	281	2.32	3.99	0.67	6.0
1991	2120	1804	316	2.48	4.26	0.73	5.8
1992	2247	1904	343	2.58	4.41	0.78	5.7
1993	2359	2028	331	2.66	4.61	0.74	6.2
1994	2603	2210	393	2.88	4.93	0.86	5.7
1995	2894	2451	443	3.15	5.37	0.96	5.6
1996	3020	2525	495	3.23	5.44	1.05	5.2
1997	3370	2829	541	3.54	6.00	1.13	5.3
1998	3342	2828	514	3.46	5.90	1.06	5.6
1999	3339	2830	509	3.42	5.85	1.03	5.7

Fuente: SSA, Dirección General de Estadística Informática, Tabulación sobre defunciones. CONAPO, Estimaciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 1971-2010.

gistros estadísticos sobre la conducta suicida en México son poco confiables (9, 27).

Especialmente grave es la situación que se observa en las estadísticas sobre los intentos de suicidio. La multiplicidad de las fuentes de registro y el hecho de que no sea obligatorio reportarlo, da lugar a que, en ocasiones, se presenten subregistros e información contradictoria. Borges (8, 9) demostró que en el el Ministerio Público están subregistrados los intentos de suicidio, ya que su número en un año determinado es menor que el de los suicidios consumados, lo que no concuerda con la historia natural del suicidio. En países con mejores sistemas de registro éstos reportan más intentos de suicidio que suicidios consumados (8), pero en México esta situación es a la inversa. Por ejemplo, en 1997 se reportaron 3,370 suicidios consumados en toda la república, pero, según el INEGI, sólo se reportaron 340 intentos de suicidio en el mismo año (29). Algunos estudios realizados en el país mencionan este subregistro de los intentos de suicidio. Por ejemplo, Heman (28) encontró 250 casos de intentos de suicidio en los hospitales de urgencias del D.F.,

mientras que en los registros oficiales no se reportó ninguno. Otro problema proviene de la Procuraduría de Justicia, la cual a veces impide acceder a la información sobre los intentos de suicidio “por tratarse de información confidencial” (1).

Por lo tanto, los registros sobre los intentos de suicidio no indican el estado actual ni el desarrollo de este fenómeno en nuestro país. Por las limitaciones de la información oficial sobre este tema, los investigadores interesados en esta área han optado por desarrollar cuestionarios *ad hoc* para obtener información sobre los intentos de suicidio directamente del sujeto. En los últimos años han aparecido algunas publicaciones que informan sobre la prevalencia de los intentos de suicidio y de ideación suicida entre diferentes grupos y poblaciones de México. Sin embargo, hasta ahora, esta información no ha dado una visión de conjunto ni ha discutido sus limitaciones.

El objetivo de este trabajo es presentar una síntesis y una comparación de los resultados de los estudios más recientes, en diferentes poblaciones de

México, sobre el intento y la ideación suicida, que han utilizado diferentes metodologías e instrumentos para medirlas. Presentamos de manera conjunta las diferentes estimaciones de esta conducta en la población mexicana. Por último, presentamos los instrumentos que se utilizaron para medir esta conducta y se discuten los alcances y las limitaciones de los estudios.

MÉTODO

Este es un trabajo de recopilación bibliográfica. Como se verá a continuación, por la diversidad de la población que ha sido objeto de estudio, las diferentes metodologías de los estudios que aquí se incluyen y las diferentes definiciones utilizadas para la conducta suicida, optamos por presentar una discusión descriptiva y cualitativa de los diferentes estudios, en lugar de plantear un acercamiento más formal, como es la tradición de la metodología del meta-análisis.

Se llevó a cabo una búsqueda intensiva de las investigaciones publicadas que tuvieran información actual sobre intentos de suicidio e ideación suicida en el país, principalmente en la última década. No incluimos el suicidio consumado, porque ya se estudió en otra oportunidad (9). Para este fin se utilizaron los sistemas tradicionales de búsqueda electrónica, como el "Medline", y un sistema creado y manejado por el Instituto Nacional de Psiquiatría, el "CISMAD" (18). Posteriormente, se consultaron otras investigaciones presentadas en congresos o seminarios, pero aún no publicadas. En estos casos se contó con datos proporcionados y procesados por los propios responsables de estos estudios, los cuales fueron, en su mayoría, encuestas de hogares, encuestas en escuelas y, en menor medida, estudios en escenarios clínicos.

Después de esta revisión pormenorizada, identificamos los siguientes estudios sobre el tema:

En población estudiantil

Encuesta Nacional de Adolescentes, 1991 (Distrito Federal) (Medina-Mora y cols, 1991 y 1998)(33, 34); Estudio en Estudiantes Universitarios, 1993 (González-Forteza y cols, 1998)(23); Encuesta en Estudiantes en el Distrito Federal, 1997 (Villatoro y cols, 1997)(40); Encuesta en Estudiantes, Pachuca, 1996 (Rojas y cols, 1996)(24); Encuesta en Estudiantes del Centro Histórico, 1999 (González-Forteza y cols, 1999)(25, 26); Encuesta Nacional de Adolescentes, 1998 (Nacional y para el Distrito

Federal) (Medina-Mora y cols, 1998) (35).

En población adulta hospitalaria

Estudio en Cuatro Comunidades del Sur del Distrito Federal, 1995 (Berenzon y cols, 1998)(5, 6); Encuesta General en el Distrito Federal, 1995 (Caraveo y cols, 1995)(13); Estudio en Pacientes de Hospital General en el Distrito Federal, 1986 (Borges y cols, 1997)(11); Estudio de Pacientes en Salas de Urgencia, Pachuca, 1996-1997 (Borges y cols, 1997)(10); Encuesta en Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelos, 1998-1999 (Garrido y cols, 2000)(19).

A partir de esta revisión se consideró pertinente hacer una primera diferenciación de los estudios de acuerdo con el tipo de población estudiada—adolescentes y adultos— ya que el fenómeno suicida no se presenta en la misma forma en ambas poblaciones. En segundo lugar, tratamos de presentar datos detallados sobre el intento de suicidio y la ideación suicida, reportados directamente por el sujeto. El intento de suicidio es un acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño él mismo, sin resultados fatales (17). Por otro lado, la ideación suicida se entiende como un síntoma frecuente e inespecífico, que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes (16). La ideación suicida incluye los deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con quitarse la vida, así como sus planes para llevarlo a cabo (3).

RESULTADOS

Metodología general

Se detectaron once estudios sobre el tema de la ideación o intento suicida. De éstos, ocho se publicaron en revistas periódicas y, en ocasiones, se ha publicado más de un artículo sobre el tema. Sólo uno de los estudios (19) se presentó como tesis de Maestría. En los demás casos obtuvimos los datos directamente de los autores de los estudios, quienes nos proporcionaron información aún no publicada. Los cuadros 2 y 3 presentan los datos generales sobre el intento suicida (cuadro 2) y la ideación suicida en cada uno de estos estudios (cuadro 3).

Un primer análisis de la metodología de estos estudios distingue entre la población de adolescentes y la de adultos. Las encuestas en adolescentes que se hicieron en las escuelas utilizan los cuestionarios de forma autoaplicable, desarrollados originalmente en colaboración con la Organización

CUADRO 2
Características de la medición del intento de suicidio

Estudios	Población	Metodología	Tamaño de la muestra	Número de reactivos	Temporalidad
ESTUDIOS EN POBLACION ADOLESCENTE-ESTUDIANTE					
Encuesta en Estudiantes en el D.F., 1997 (12-20 años)	adolescentes estudiantes	encuesta autoaplicable	10,173	1 pregunta	alguna vez
Encuesta en Estudiantes, Pachuca, 1996 (10 a 22 años)	adolescentes estudiantes	encuesta autoaplicable	1,848	1 pregunta	alguna vez
Encuesta en Estudiantes del Centro Histórico 1999 (13-15 años)	adolescentes estudiantes	encuesta autoaplicable	936	1 pregunta	alguna vez
Encuesta Nacional de Adolescentes, 1998 (12-17 años)	adolescentes	encuesta autoaplicable	3,972	1 pregunta	alguna vez
Nacional D.F.			443		
ESTUDIOS EN POBLACION ADULTA					
Estudio en cuatro comunidades del Sur del D.F. 1995 (>15 años)	adultos población general	encuesta entrevista cara-cara	1,156	1 pregunta	alguna vez
Encuesta General en el D.F., 1995 (18-54 años)	adultos población general	encuesta entrevista cara-cara	1,936	1 pregunta	alguna vez
Estudio en pacientes de Hospital General en D.F. 1986 (18-65 años)	adultos pacientes	hospital general 1er nivel*	1,094	1 pregunta	alguna vez
Estudio de pacientes en Salas de Urgencia, Pachuca 1996-1997 (18-65 años)	adultos pacientes	servicio de urgencias	1,511	1 pregunta	últimos 12 meses
Encuesta en trabajadores del IMSS, Morelos 1998-1999 (18-89 años)	adultos	encuesta autoaplicable	2,905	1 pregunta	alguna vez

* 1er nivel de atención: Consulta externa, hospitalización y urgencias.

Mundial de la Salud (39). A lo largo de 20 años, se le añadieron nuevos indicadores al cuestionario base para la población escolar de México, los estudios de la Secretaría de Educación Pública y los del Instituto Mexicano de Psiquiatría (14, 15, 31, 32). Por otro lado, cuando se trata de la población de adultos, las encuestas en hogares y los estudios en escenarios clínicos se basan en la entrevista cara a cara.

En las encuestas de estudiantes y adolescentes se utilizó una metodología parecida. Con el fin de seleccionar una muestra representativa se utilizaron los registros oficiales de todas las escuelas, tanto públicas como privadas, de la Secretaría de Educación, localizadas en esta ciudad, y se eligió el ciclo escolar en el que se llevaría a cabo la investigación. El diseño de las muestras es estratificado, bietápico y por conglomerados. La variable de estratificación puede ser el tipo de escuela (primaria, secundaria, etc.) (Encuesta en Estudiantes en el D.F., 1997; Encuesta Nacional de Adolescentes, 1991 y 1998)(33, 34, 35, 40), o la zona socioeconómica en donde ésta se ubica, su carácter de pública o privada, y el monto de la colegiatura (Encuesta en Estudiantes, Pachuca, 1996)(24). Otras encuestas de estudiantes, como la “Encuesta en Estudiantes del Centro

Histórico” (1999)(25, 26), utilizaron un muestreo no-probabilístico, seleccionando a todos los estudiantes del turno matutino de dos escuelas secundarias del Centro Histórico. En el “Estudio en Estudiantes Universitarios”(1993), el tipo de estudio en dos generaciones de estudiantes fue longitudinal, con tres mediciones: una al principio, otra a la mitad y la otra al terminar la licenciatura (23).

En las encuestas para población adulta, la metodología fue diferente de la estudiantil. En la “Encuesta General en el D.F.” (1995) (13) y en el “Estudio de Cuatro Comunidades del Sur del D.F.” (1995) (5, 6) se aplicó una encuesta en hogares con un muestreo polietápico y estratificado por sexo, seleccionando aleatoriamente a un adulto de 18-65 años en cada hogar. En el “Estudio en Pacientes de Hospital General en el D.F.” (1986) (11) la investigación se llevó a cabo en una muestra de la población que asistía a los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” (segundo nivel de atención), perteneciente a la Secretaría de Salud. El tipo de muestreo que se utilizó fue por cuota. En el “Estudio de Pacientes en Salas de Urgencia, Pachuca” (1996-1997) se trabajó en los servicios de

CUADRO 3
Características de la medición de la ideación suicida

Estudio	Población	Metodología la muestra	Tamaño de reactivos	Número de	Temporalidad de corte**	Puntos
ESTUDIOS EN POBLACION ADOLESCENTE-ESTUDIANTE						
Estudio en Estudiantes Universitarios 1993 (18-20 años)	jóvenes estudiantes	autoaplicable	1,890	4 preguntas	última semana	presencia de 4 síntomas
Encuesta Nacional de Adolescentes 1991 (12-19 años) D.F.	adolescentes estudiantes	encuesta autoaplicable	3,501	4 preguntas	última semana	Presencia de 4 síntomas
Encuesta en Estudiantes en el D.F. 1997 (12-20 años)	adolescentes estudiantes	encuesta autoaplicable	10,173	4 preguntas	última semana	presencia de 4 síntomas
Encuesta en Estudiantes, Pachuca 1996 (10 a 22 años)	adolescentes estudiantes	encuesta autoaplicable	1,848	4 preguntas	última semana	media+ds=6
Encuesta en Estudiantes del Centro Histórico 1999 (13-15 años)	adolescentes estudiantes	encuesta autoaplicable	936	4 preguntas	última semana	presencia de 4 síntomas
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años) Nacional D.F.	adolescentes	encuesta autoaplicable	3,972 443	4 preguntas	última semana	presencia de 4 síntomas
ESTUDIOS EN POBLACION ADULTA						
Estudio en cuatro comunidades del sur del D.F. 1995 (>15 años) general	adultos población cara-cara	encuesta entrevista	1,156	1 pregunta	alguna vez	No se aplica
Encuesta General en el D.F. 1995-(18-54 años) general	adultos población cara-cara	encuesta entrevista	1,936	1 pregunta	alguna vez	No se aplica
Estudio en pacientes de Hospital General en D.F. 1986-(18-65 años)	adultos pacientes	hospital general 1er nivel*	1,094	21 preguntas	último mes	>=1
Estudio de pacientes en salas de urgencia, Pachuca 1996-1997-(18-65 años)	adultos pacientes	servicio de urgencia	1,511	4 preguntas	últimos 12 meses	>=1
Encuesta en trabajadores del IMSS, Morelos 1998-1999 (18-89 años)	adultos	encuesta autoaplicable	2,905	4 preguntas	última semana	media+ds=1.3

* 1er nivel de atención: consulta externa, hospitalización y urgencias
**ds=desviación estándar

urgencias de los tres hospitales generales de esa ciudad, pertenecientes a la Secretaría de Salud (SSA), al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). La muestra incluyó a todos los pacientes de entre 18 y 65 años, que habían sido atendidos por primera vez en los servicios de urgencia de estos hospitales generales, a causa de una urgencia médica o traumatismo. El diseño del estudio fue transversal, y en una entrevista individual cara a cara se aplicó un cuestionario (10). Finalmente, en la “Encuesta en Trabajadores del IMSS, Morelos” (1998-1999); se llevó a cabo una encuesta transversal de prevalencia, que provenía de un estudio basal de cohorte en la misma población, sobre los trabajadores de las áreas médicas y administrativas del IMSS en Morelos. Los participantes respondieron un cuestionario autoaplicable que se les distribuyó desde noviembre de 1998 hasta mayo de 1999(19).

Instrumentos de medición

El cuadro 4 presenta los instrumentos más utilizados en los estudios para medir la conducta suicida en México: la “Escala de Ideación Suicida de Beck”, la “Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) adjunta a la de Roberts”, la “Escala de Expectativas Sobre Vivir-Morir de Okasha”, y los reactivos incluidos en el “Composite International Diagnostic Interview (CIDI)”. A continuación describimos brevemente cada uno de ellos.

Para la ideación suicida:

Escala de Ideación Suicida de Beck: (4). Mide la intensidad y las dimensiones (el grado y la severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al intentarlo. Es decir, los reactivos evalúan la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas, así como la actitud del

CUADRO 4
Instrumentos o reactivos utilizados para indagar el intento y la ideación suicida

Estudio	Instrumento o Reactivos		Confiability
	Intento de suicidio*	Ideación suicida	
ESTUDIOS EN POBLACION ADOLESCENTE-ESTUDIANTE			
Estudio en Estudiantes Universitarios 1993- (18-20 años)	–	Roberts R - CES-D (últimos 4 reactivos)	0.71
Encuesta Nacional de Adolescentes 1991- (12-19 años) D.F.	–	Roberts R - CES-D (últimos 4 reactivos)	0.88
Encuesta en Estudiantes en el D.F. 1997-(12-20 años)	"¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?"	Roberts R - CES-D (últimos 4 reactivos)	0.93
Encuesta en Estudiantes, Pachuca 1996 (10 a 22 años)	"¿Alguna vez, a propósito te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño, con el fin de quitarte la vida?"	Roberts R - CES-D (últimos 4 reactivos)	0.93
Encuesta en Estudiantes Centro Histórico 1999 (13-15 años)	"¿Alguna vez, te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida?"	Roberts R - CES-D (últimos 4 reactivos)	0.93
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998- (12-17 años) Nacional D.F.	"¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida?"	Roberts R - CES-D (últimos 4 reactivos)	0.93
ESTUDIOS EN POBLACION ADULTA			
Estudio en cuatro comunidades del sur del D.F. 1995 (>15 años)	"¿Ha intentado suicidarse alguna vez?"	"¿Alguna vez se ha sentido usted tan decaído que pensó en suicidarse?"	–
Encuesta General en el D.F. 1995 (18-54 años)	"Intenté suicidarme" CIDI-M	"Pensé seriamente en suicidarme" CIDI-M	–
Estudio en pacientes de Hospital General en D.F. 1986 (18-65 años)	"¿Ha intentado quitarse la vida?" Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir, de Okasha	Escala de Ideación Suicida de Beck (21 reactivos)	0.93
Estudio de pacientes en Salas de Urgencia, Pachuca 1996-1997 (18-65 años)	"Durante los últimos 12 meses ¿cuántas veces intentó quitarse la vida?" de Okasha (4 reactivos)	Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir	0.93
Encuesta en trabajadores del IMSS, Morelos 1998-1999 (18-89 años)	"¿Alguna vez en su vida intentó suicidarse?"(últimos 4 reactivos)	Roberts R - CES-D	0.93

* Generalmente el intento de suicidio es evaluado con un solo reactivo, a veces como parte de una escala y otras como un reactivo independiente.

paciente hacia ellos. También se evalúan el grado del deseo de morir y del deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los planes para ello, en caso de que los hubiera, y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidarse. La escala está formada por 21 reactivos, cada uno de los cuales tiene 3 posibles alternativas, calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2. La suma de éstas indica la severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican, ya que miden su severidad y el número de intentos previos de suicidarse. En la evaluación de las conductas suicidas se considera su aparición en el último mes, de tal manera que por medio de los reactivos 4 y 5 se define si se

sigue o se suspende la entrevista. El punto de corte planteado por Beck es: un puntaje mayor o igual (\geq) a 10 indica que corre el riesgo de suicidarse.

En algunas investigaciones se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck, con un punto de corte de 1 o más (36). En cuanto a la confiabilidad de la escala, en un estudio realizado en México se reporta un *alpha* de Cronbach de 0.93, es decir que tiene una alta confiabilidad (36).

La Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha (37). Consta de 4 preguntas, con un formato de respuesta de SI o NO, que evalúan un continuo de severidad de la ideación suicida en los últimos 12 meses. Estas son: "¿Ha experimentado

la sensación de que no vale la pena vivir?" "¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?" "¿Ha pensado que vale más morir que vivir?" "¿Ha estado a punto de intentar quitarse la vida?" Algunas investigaciones han utilizado un punto de corte de 1 o más para seleccionar los casos de ideación suicida. Esta escala se probó con una excelente confiabilidad de .93 en población mexicana (33).

La Escala de Roberts (37), incluida en la Escala de Depresión del CES-D. Consta de cuatro reactivos: "No podía seguir adelante"; "Tenía pensamientos sobre la muerte"; "Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)"; "Pensé en matarme". Estos reactivos exploran el contenido cognoscitivo de pensamientos sobre la muerte en general, y de sí mismo. El formato de respuesta es el mismo que el del CES-D, y registra su presencia y duración durante la semana anterior. Las opciones de respuesta son: 0 = ningún día, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 3 = 5-7 días de la semana pasada. Los puntos de corte utilizados en los estudios varían de acuerdo con el criterio del investigador. Algunas veces se utiliza la media, más una desviación estándar, o la suma de los 4 reactivos, es decir, de los 4 síntomas. De acuerdo con la confiabilidad, en los estudiantes adolescentes la consistencia interna de las preguntas sobre el suicidio fue satisfactoria:

alpha de Cronbach igual a .78, y *alpha* de Cronbach igual a .84(21, 22).

El Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y la Administración Norteamericana para la Salud Mental y el Abuso de Drogas y Alcohol. Este instrumento se aplica en una entrevista estructurada, específicamente en estudios epidemiológicos, y evalúa los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (41) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (2). En el instrumento del CIDI se incluye la pregunta: "Pensé seriamente en suicidarme", con opciones de respuesta de Sí o No (12, 30). En los estudios anteriores hechos en México, se utilizó el CIDI con buenos resultados respecto a su confiabilidad, y coeficientes *Kappa* e *Y* de Yule por arriba de 0.5 (20).

Intento de suicidio

Es importante aclarar que la medición del intento de suicidio se hizo por medio de un sólo reactivo, y no de escalas, aunque en ocasiones estos reactivos parten de una sola escala. En general, sólo se presentan reactivos independientes, por lo que tampoco se reporta su confiabilidad.

CUADRO 5
Prevalencia de los intentos de suicidio

<i>Estudio</i>	<i>Total</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Razón M/H</i>
ESTUDIOS EN POBLACION ADOLESCENTE-ESTUDIANTE				
Encuesta en Estudiantes en el D.F. 1997 (12-20 años)	8.3	4.3	12.1	2.8
Encuesta en Estudiantes, Pachuca 1996 (10 a 22 años)	10.1	6.3	13.3	2.1
Encuesta en Estudiantes del Centro Histórico 1999 (13-15 años)	7.2	3.5	11.4	3.3
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años)				
Nacional	1.4	0.4	2.4	6.0
D.F.	3.0	0.3	5.3	17.7
ESTUDIOS EN POBLACION ADULTA				
Estudio en cuatro comunidades del sur del D.F. 1995 (>15 años)	3.0	2.1	3.9	1.9
Encuesta General en el D.F. 1995 (18-54 años)	3.9	1.6	5.7	3.6
Estudio en pacientes de Hospital General en D.F., 1986 (18-65 años)	6.1	4.6	6.6	1.4
Estudio de pacientes en Salas de Urgencia, Pachuca, 1996-1997 (18-65 años)	1.7	0.8	2.8	3.5
Encuesta en trabajadores del IMSS, Morelos 1998-1999 (18-89 años)	1.9	1.6	2.0	1.3

CUADRO 6
Prevalencia de la ideación suicida

Estudio	Total	Hombres	Mujeres	Razón M/H
ESTUDIOS EN POBLACION ADOLESCENTE-ESTUDIANTE				
Estudio en Estudiantes Universitarios 1993 (18-20 años)	1.7	1.6	1.8	1.1
Encuesta Nacional de Adolescentes 1991 (12-19 años) D.F.	40.7	37.9	43.6	1.2
Encuesta en Estudiantes en el D.F. 1997 (12-20 años)	8.8	7.3	10.2	1.4
Encuesta en Estudiantes, Pachuca 1996 (10 a 22 años)	13.0	12.2	14.8	1.2
Encuesta en Estudiantes del Centro Histórico 1999 (13-15 años)	11.3	7.5	15.9	2.1
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años) Nacional	1.0	0.4	1.7	4.3
D.F.	1.4	0.3	2.4	8.0
ESTUDIOS EN POBLACION ADULTA				
Estudio en cuatro comunidades del sur del D.F. 1995 (>15 años)	6.5	5.7	7.2	1.3
Encuesta General en el D.F. 1995 (18-54 años)	6.7	3.4	9.2	2.7
Estudio en pacientes de Hospital General en D.F. 1986 (18-65 años)	10.1	6.8	11.6	1.7
Estudio de pacientes en Salas de Urgencia, Pachuca 1996-1997 (18-65 años)	5.7	3.7	7.9	2.1
Encuesta en trabajadores del IMSS, Morelos 1998-1999 (18-89 años)	6.4	6.2	6.4	1.0

En la investigación de González-Forteza (22), el intento de suicidio se evalúa por medio de la pregunta: "Alguna vez, ¿te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida?". Esta precede a la pregunta "¿Alguna vez te has intentado suicidar?". Según González-Forteza, se detectó una confusión semántica entre el intento (haberse hecho daño propositivamente para quitarse la vida) y la intención (al último momento surge el arrepentimiento y no se hace daño para quitarse la vida). Posteriormente, esta autora agregó una nueva pregunta del indicador de la conducta suicida que no contiene la palabra "intento", quedando de la siguiente manera: "Alguna vez, ¿te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida?" (22).

CIDI: En el CIDI se incluye la pregunta: "Intenté suicidarme", con opciones de respuesta de Sí o No, que evalúan si lo intentó alguna vez en la vida (12, 30).

Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha (37). Incluye una cuarta pregunta: "¿Ha intentado quitarse la vida?", que evalúa el intento suicida en los últimos 12 meses, con opciones de

respuesta de Sí o No.

Intento de suicidio. El "Estudio de Pacientes en Salas de Urgencia, Pachuca" (1996-1997)(11) incluye la pregunta: "¿Cuántas veces intentó quitarse la vida?", que evalúa el intento suicida en los últimos 12 meses, con un formato de respuesta de 1=0, 2=1 vez, 3=2 o 3 veces, 4=4 o 5 veces, 5=6 o más veces.

Prevalencias reportadas

En el cuadro 5 se puede observar la prevalencia de intentos de suicidio en la población adolescente y en la adulta. Comenzando con la primera, se observa un rango en la prevalencia nacional de 1.4% (Encuesta Nacional de Adolescentes, 1998) hasta 10.1% (Encuesta de Estudiantes, Pachuca, 1996). Los intentos de suicidio son mucho más comunes entre las mujeres adolescentes. La prevalencia más elevada es la de Pachuca, con 13.3% en las mujeres estudiantes. En la población adulta, el rango en la prevalencia es más estrecho, variando de 1.7% (Estudio de Pacientes en Salas de Urgencias, Pachuca, 1996-1997) hasta 6.1% (Estudio en Pacientes del Hospital General en el D.F., 1986). La prevalencia más

CUADRO 7
Factores asociados a la conducta suicida

<i>Estudio</i>	<i>Intento de suicidio</i>	<i>Ideación suicida</i>
ESTUDIOS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE-ESTUDIANTE		
Estudio en Estudiantes Universitarios 1993 (18-20 años)	-	Estrés social y respuestas de enfrentamiento
Encuesta Nacional de Adolescentes 1991 (12-19 años) D.F.	Sexo, edad, estado civil y escolaridad	Sexo y edad
Encuesta en Estudiantes en el D.F. 1997 (12-20 años)	Sexo	-
Encuesta en Estudiantes, Pachuca 1996 (10 a 22 años)	Sexo, ideación suicida, sintomatología depresiva, consumo de alcohol, tabaco y drogas	Sexo
Encuesta en Estudiantes del Centro Histórico 1999 (13-15 años)	-	-
Encuesta Nacional de Adolescentes 1998 (12-17 años) Nacional D.F.	-	-
ESTUDIOS EN POBLACION ADULTA		
Estudio en cuatro comunidades del sur del D.F. 1995 (>15 años)	Sexo, trastornos depresivos y estado civil	Sexo, trastornos depresivos y estado civil
Encuesta General en el D.F. 1995 (18-54 años)	-	-
Estudio en pacientes de Hospital General en D.F. 1986 (18-65 años)	Edad, edo. civil, depresión, desesperanza, trastorno psicológico y consumo de alcohol	Sexo, edad, estado civil, consumo de alcohol y desesperanza
Estudio de pacientes en Salas de Urgencia, Pachuca 1996-1997 (18-65 años)	-	Sexo, depresión y actos antisociales
Encuesta en trabajadores del IMSS, Morelos 1998-1999 (18-89 años)	Sexo, estado civil, sintomatología depresiva y escolaridad	Sexo, estado civil, sintomatología depresiva y escolaridad

elevada se encontró entre las mujeres del Hospital General, con 6.6%. Como se puede observar en la razón de mujeres/hombres (M/H), entre la población adulta se estrecha más la diferencia de la prevalencia de intento de suicidio entre los hombres y las mujeres.

El cuadro 6 presenta la prevalencia de la ideación suicida en los estudiantes y en la población adulta. Una vez más, en la población estudiantil, la prevalencia más baja se encuentra en la Encuesta Nacional de Adolescentes (Nacional) de 1998 (1.0%) y la más elevada, en la Encuesta Nacional de Adolescentes (D.F.) de 1991 (40.7%). El rango de prevalencias en la población adulta es también más estrecho, variando únicamente de 5.7% en los pacientes de las salas de urgencia de Pachuca, a 10.1% en los pacientes de un Hospital General del D.F. Aunque una vez más las prevalencias son siempre más elevadas en las mujeres que en los hombres, la razón M/H es más estrecha que en el caso del intento de suicidio.

Como era de esperarse, al comparar las prevalencias de ideación con los intentos de suicidio

se observa que en los estudios que reportan ambas, la prevalencia de los intentos de suicidio es menor que la prevalencia de la ideación suicida.

Finalmente, el cuadro 7 presenta una serie de factores asociados a la ideación suicida y a los intentos de suicidio. El factor más frecuentemente relacionado con el intento de suicidio en la población adolescente es el sexo, en tanto que en la población adulta, los factores son el sexo, el estado civil y la depresión.

En los adolescentes, el factor más asociado con la ideación suicida es el sexo, mientras que en los adultos son el sexo, el estado civil y la depresión.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue identificar las investigaciones en México que reportan prevalencias de ideación suicida e intento de suicidio. Asimismo, tratamos de identificar las diferencias metodológicas de estas investigaciones para poder ubicar las posibles diferencias en las prevalencias reportadas.

Las prevalencias de ideación e intento de suicidio que se encontraron, son similares a las observadas en otros países. Por ejemplo, las prevalencias internacionales de la ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos (17), mientras que en México, el rango es de 1% a 40% en los mismos grupos. Si se dejan de lado los valores extremos en los intentos de suicidio, es decir, la prevalencia más alta y la más baja para cada población, la prevalencia del intento suicida entre la población adolescente varía de 3.0% a 8.3% en el total de la población. Con el mismo procedimiento, el rango del intento de suicidio en la población adulta, es de 1.9% a 3.9%, en el total de la población. La literatura internacional indica prevalencias de 2.2% a 20% de intento de suicidio entre la población adolescente y la adulta (17).

Por regla general, las prevalencias de la ideación y de los intentos suicidas son más elevadas en la población adolescente que en la adulta, y dentro de un mismo estudio se reporta más ideación suicida que intento de suicidio (como se esperaba). Los resultados muestran una dispersión más elevada en las prevalencias de intento e ideación suicida en la población adolescente, que en la adulta. Es especialmente notoria la diferencia en las prevalencias de las dos Encuestas Nacionales de Adolescentes de 1991 (40.7%) y de 1998 (1.4%) para el D.F.

Las encuestas de estudiantes son bastante homogéneas en relación con la forma de preguntar en los cuestionarios autoaplicados y con la forma de preguntar sobre el intento de suicidio. La pregunta "Alguna vez, ¿te has herido, cortado, intoxicado, etc., con el fin de quitarte la vida?" ha sido la más utilizada. Además, hasta el momento, todas las encuestas en la población de adolescentes han tenido como base la escuela, pero carecemos de información sobre los adolescentes que no asisten a la escuela. En la población adulta se ha utilizado, sobre todo, la entrevista cara a cara, y la pregunta que se emplea para medir el intento de suicidio ha sido distinta en todos los estudios revisados. La medición del intento suicida en la población adulta es muy diferente por el tipo de la muestra; algunas provienen de muestras hospitalarias de los servicios de urgencia, o de las encuestas en hogares en la población general o en la de trabajadores. Asimismo, se observan diferencias en la temporalidad de los instrumentos, ya que la mayoría evalúa el intento suicida "alguna vez en la vida", mientras que otros, en el "último año".

Algo muy similar se observa en la medición de la ideación suicida, que también ha sido más homo-

génea en la población estudiantil, ya que la Escala de Roberts integrada al CESD fue la más utilizada. Son distintas las escalas o las preguntas que se han usado en la población adulta. Por ejemplo, en la "Encuesta General en el D.F." (1995) sólo se hace una pregunta para explorar la ideación suicida, mientras que algunos estudios, como el "Estudio en Pacientes de Hospital General en el D.F." (1986) utilizan la Escala de Ideación Suicida de Beck, que consta de 21 reactivos.

La medición de la ideación suicida es aun más compleja y diversa, en lo que respecta a los instrumentos, a su temporalidad y a los puntos de corte utilizados por los investigadores para designar los casos de ideación suicida.

En conclusión, tanto la ideación suicida como el intento suicida presentan importantes variaciones en la población mexicana, especialmente, como era de esperarse, en la edad y el sexo. Si se examinan más a fondo estas diferencias se podrá escoger una metodología apropiada para el estudio de la conducta suicida. La gran mayoría de los estudios es de tipo transversal. El siguiente paso en la investigación es pasar a diseños más analíticos, como ya se discutió en un trabajo anterior(7).

Asimismo, es necesario unificar criterios entre los investigadores, para poder obtener mejores registros del intento y la ideación suicida.

Como lo hemos podido constatar, las investigaciones en adolescentes se han centrado únicamente en muestras estudiantiles, pero carecemos de indicadores sobre la severidad del intento, y no se ha explorado para nada el uso de los servicios de salud por la población suicidógena. Por lo tanto, es necesario subsanar en el futuro estas limitaciones, que permitirán enriquecer otros trabajos de investigación, como los de la clínica o los de otras disciplinas que se interesen en este tema. Asimismo, en los estudios sobre la conducta suicida deberá ponerse especial énfasis en los factores históricos y culturales, centrándola en su dimensión subjetiva y socio-cultural.

El siguiente paso es diseñar estrategias de prevención e intervención, a partir de las políticas demográficas (por la mortalidad del suicidio) y del desarrollo de programas educativos y de salud, que incluyan las características de la población de adolescentes y adultos, es decir, que tomen en cuenta los factores asociados (sexo, edad, estado civil, depresión) tanto de la ideación como del intento suicida.

Agradecimientos

Psicólogos Jorge Villatoro (Encuesta en Estudiantes en el D.F, 1997); Estela Rojas (Encuesta en Estudiantes, Pachuca, 1996); doctores Catalina González-Forteza (Encuesta en Estudiantes del Centro Histórico, 1999); Ma. Elena Medina-Mora (Encuesta Nacional de Adolescentes, 1991, 1998) (Nacional-D.F); Jorge Caraveo (Encuesta General en el D.F, 1995); psicólogo Miguel Ángel Caballero (Estudio en Cuatro Comunidades del Sur del Distrito Federal, 1995), por proporcionarnos datos no publicados previamente.

REFERENCIAS

1. AGUILAR E, COUTIÑO G, GONZALEZ M, LOPEZ M: Un atisbo al suicidio en Chiapas. *Psiquis*, 6(5):95-102, 1997.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *DSM-III-R. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona, 1998.
3. BECK AT, KOVACS M, WEISSMAN A: Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *J Couns Clin Psychol*, 41(2):343-352, 1979.
4. BECK AT, STEER RA, BECK JS, NEWMAN CF: Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide Life-Threat Behav*, 23(2):139-145, 1993.
5. BERENZON S, MEDINA-MORA ME, LOPEZ E, GONZALEZ J: Prevalencia de trastornos mentales y variables asociadas en cuatro comunidades del sur de la ciudad de México. *Rev Mex Psicol*, 15(2):177-185, 1998.
6. BERENZON S, GONZALEZ-FORTEZA C, MEDINA-MORA ME: Asociación entre trastornos depresivos y fóbicos con ideación e intento suicida en mujeres de comunidades urbanas pobres. *Rev Mex Psicol*, 17(1):55-63, 2000.
7. BORGES G, ANTHONY JC, GARRISON CZ: Methodological Issues relevant to epidemiologic investigations of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiol Rev*, 17(1):228-238, 1995.
8. BORGES G, ROISOVSKY H, CABALLERO MA, GOMEZ C: Evolución reciente del suicidio en México: 1970-1991. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la IX Reunión de Investigación, 15-21, México, 1994.
9. BORGES G, ROISOVSKY H, GOMEZ C, GUTIERREZ R: Epidemiología del suicidio en México: 1970-1994. *Salud Pública México*, 38:197-206, 1996.
10. BORGES G, MEDINA-MORA ME, CHERPITEL C, CASANOVA L, MONDRAGON L, ROMERO M: Consumo de bebidas alcohólicas en pacientes de los servicios de urgencia de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. *Salud Pública México*, 41(1):3-11, 1999.
11. BORGES G, SALTIERAL MT, BIMBELA A, MONDRAGON L: Suicide attempts in a general hospital. *Arch Med Res*, 31:366-372, 2000a.
12. BORGES G, WALTERS E, KESSLER R: Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Amer J Epidemiol*, 151(8):781-789, 2000b.
13. CARAVEO J, COLMENARES E, SALDIVAR G: Morbilidad psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental* (número especial): 62-67, 1999.
14. CASTRO ME, MAYA MA, AGUILAR MA: Consumo de sustancias tóxicas y tabaco en la población estudiantil de 14 a 18 años. *Salud Pública México*, XXIV(5):565-574, 1982.
15. CASTRO ME, ROJAS E, GARCIA G, DE LA SERNA J: Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental*, 9(4):80-86, 1986.
16. CLUM G, PATTSIOKAS A, LUSCOMB R: Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. *J Couns Clin Psychol*, 47:937-945, 1979.
17. DIESKTRA R, GARNEFSKI M: On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide Life-threat Behav*, 25(1):36-57, 1995.
18. GARCIA S, DOMINGUEZ MJ, JIMENEZ A, GUTIERREZ R, SOLIS J, LUNA A, HERNANDEZ G, INFANTE R, SOLIS J, BLANCO J: *Bibliomad. Bibliografía sobre Salud Mental y Adicciones*. Nacional. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México, 1999.
19. GARRIDO SM: Depresión e intento de suicidio en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos. Tesis para obtener el grado de maestría en Ciencias de la Salud. Instituto de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, 2000.
20. GOMEZ M, CARAVEO J: Instrumentos de diagnóstico en la epidemiología psiquiátrica. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19 (Suplemento):60-64, 1996.
21. GONZALEZ-FORTEZA C, ANDRADE PALOS P: La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(4):41-48, 1995.
22. GONZALEZ-FORTEZA C: Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis para obtener el grado de doctora en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1996.
23. GONZALEZ-FORTEZA C, GARCIA G, MEDINA-MORA ME, SANCHEZ MA: Indicadores psicosociales predictores de ideación suicida en dos generaciones de estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 21(3):1-9, 1998a.
24. GONZALEZ-FORTEZA C, MARIÑO MC, ROJAS E, MONDRAGON L, MEDINA-MORA ME: Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Rev Mex Psicol*, 15(2):165-175, 1998b.
25. GONZALEZ-FORTEZA C, RAMOS L, CABALLERO MA, SALTIERAL MT: Intentos de suicidio y violencia intrafamiliar: aspectos culturales, prevalencia, factores asociados y percepción subjetiva en adolescentes. *Reporte Técnico Final*. CONACYT, México, 2001.
26. GONZALEZ-FORTEZA C, RAMOS L, MARIÑO MC, PEREZ E: Vidas en riesgo: conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica América Latina*, 47, 2001 (en prensa).
27. GORENC K, BRUNER CA: La estimación de la cifra oscura del suicidio usando un método indirecto. En: *La Psicología Social en México*. Asociación Mexicana de Psicología Social, 546-551, México, 1986.
28. HEMAN A: Deseo de morir y realidad del acto en sujetos con intento de suicidio. *Salud Pública México*, 26(1):39-49, 1982.
29. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA GEOGRAFIA E INFORMATICA: *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Cuaderno Número 4:5. México, 1999.
30. KESSLER R, BORGES G, WALTERS E: Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiat*, 5:617-626, 1999.
31. MEDINA-MORA ME, CASTRO ME, TERROBA G: *Drug use Among Youth Population, Mexico*. En: WHO Meeting of Collaborative Investigators in the Research

- and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence. University Sains Penan. Malasia, 1979
32. MEDINA-MORA ME, TAPIA R, VILLATORO J, SEPULVEDA J, MARIÑO MC, RASCON ML: *Patterns of Alcohol use in Mexican Urban Population: Results from a National Survey*. En: 17th. Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Sigtuna, 1991.
 33. MEDINA-MORA ME, RASCON ML, TAPIA R, MARIÑO MC, JUAREZ F, VILLATORO J, CARAVEO J, GOMEZ M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la VII Reunión de Investigación*, 48-55, México, 1992
 34. MEDINA-MORA ME, ROJAS E, JUAREZ F, BERENZON S, CARREÑO J, VILLATORO J: Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. *Salud Mental*, 16(3):2-8, 1993.
 35. MEDINA-MORA ME: ¿Está aumentando el suicidio en el adolescente? En: *Programa de Medicina General. Simposio Sociedad y Salud*. Academia Mexicana de Medicina de México. México, 1999.
 36. MONDRAGON L, SALTIJERAL MT, BIMBELA A, BORGES G: La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5):20-27, 1998.
 37. OKASHA A, LOTAIF F, SADEK A: Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiat Scand*, 63:409-415, 1981.
 38. ROBERTS RE: Reliability of the CES-D Scale in different ethnic contexts. *Psychiat Res*, 2:125-134,1980.
 39. SMART RG, HUGHES P, JONHNSON LA, MEDINA-MORA ME: *A Methodology for Student Drug use Surveys*. Organización Mundial de la Salud, WHO Offset Publication 50. Ginebra, 1980.
 40. VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, CARDIEL H, VILLA G, ALCANTAR E, VAZQUEZ L, FLEIZ C, NAVARRO C, BLANCO J, NEQUIZ G: Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. *Reporte Global de Escuelas Secundarias*. SEP, IMP, México, 1999.
 41. WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Clinical description and diagnostic guidelines, Ginebra, 1992.