

PREVALENCIA DE INTENTO SUICIDA EN ESTUDIANTES ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO: 1997 Y 2000

Catalina González-Forteza¹, Jorge Villatoro Velázquez¹, Isabel Alcántar Escalera¹, Ma. Elena Medina-Mora³, Clara Fleiz Bautista¹, Patricia Bermúdez Lozano², Nancy Amador Buenabab²

SUMMARY

According to census data, Mexico is a country of children and youths. In 1995, 39% of the population was under 14 years old and 29.6% was between 15 and 29 years old. So, this population, ranging from 0 to 29 years, represented two thirds of the total population of the country (68.2%).

The capital of the country, Mexico City, concentrated 9.3% of the total population, and the proportion of children and young students is obviously considerable, so that researching their needs in the mental health field turns into a priority.

In several countries of the world, it has been recognized that suicide among adolescents is a public mental health problem, and Mexico is not an exception in this sense.

The main question here is knowing how frequent the problem is among adolescent students. Unfortunately, official health records do not specifically distinguish this feature, because they only report statistics according to gender and age, but not according to population type (such as students).

Because of that, it is highly important to create systematic and periodic registers that allow for the detection and monitoring of tendencies from an epidemiologic perspective. Detecting risk groups and identifying risk and protective factors is highly important in order to deal with the adolescent suicide problem.

Taking into account two measurements, carried out in 1997 and 2000, the aims of the present study are:

1. To identify the prevalence of suicide attempts in Mexico City according to the following indicators: political delegation,^{*} gender, educational level (junior high school, high school, and technical high school), and type of school (public or private),
2. To describe suicide attempt characteristics in men and women according to: number of times (to distinguish between single attempts and recurrent suicide behavior [two or more times]), age at the moment of the attempt, main motive and methods used, and lethality indicators.

^{*} Mexico City is divided into 16 administrative districts called *delegaciones políticas*.

To carry out the sampling, we randomly selected schools from each of the 16 political delegations of Mexico City. The design of the sample was stratified, bi-staged and by conglomerates. The stratification variable was the educational level: junior high school, high school, and technical high schools.

At the first stage, the unit of selection were the kind of schools and, in the second stage, the school level group.

The final sample for the 1997 study was made up of 10,173 students and that for the 2000 study was of 10,578 students.

To inquire about suicide attempt and its characteristics, previously evaluated indicators were applied to learn about the occurrence of the suicide attempt and the number of times, the age at the moment of the single or last attempt, the motives behind it, and the methods employed to carry it out. These last two indicators were designed as an open question in order to establish the range of possible methods and motives to carry out a suicide attempt. In the 1997 study, the indicator of lethality were the values taken from the hospitalization-treatment report following the suicide attempt; and in the 2000 study, the indicator was the wish to die.

The prevalence of the suicide attempt in Mexico City in 1997 was 8.3% (n=849), and in 2000 it increased to 9.5% (n=1,009). In 1997, the following were the political delegations with prevalences higher than the global at least in one percentual unit ($\geq 9.3\%$: Cuauhtémoc (11.3%), Tlalpan (10.1%), Iztacalco (9.9%) and Benito Juárez (9.6%); and in 2000 ($\geq 10.5\%$): Benito Juárez (12.3%), Venustiano Carranza (12.1%), Gustavo A. Madero (11.8%) and Cuauhtémoc (10.6%).

This problem was more frequent in women (more than three for each man). In high school, the prevalences were higher; nevertheless, the ages of the single/last suicide attempts reported indicated that, for the majority, the event occurred during the last years of elementary school and/or during junior high school. In addition, there was a large number of suicide attempts in private schools, specially at the high school level.

While suicide attempts in students were more frequent among women, it was observed that the profile of its characteristics was similar between men and women according to:

¹ Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Calzada México-Xochimilco 101. Col. San Lorenzo Huipulco. 14370, México, D.F.

² Dirección de Salud Escolar, Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal.

³ Directora de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. INPRF.

Correspondencia: Calzada México-Xochimilco 101. Col. San Lorenzo Huipulco. 14370, Tlalpan, México, D.F. Correo electrónico: gonzac@imp.edu.mx
Primera versión: 3 de abril de 2002. Segunda versión: 19 de septiembre de 2002. Aceptado: 24 de septiembre de 2002.

- *age*: occurrence of the single/last attempt: between 10 and 15 years old;
- *recurrence*: in the two studies, one out of each four women had carried out at least two suicide attempts; in men, this ratio was one out of five students with suicide attempt in 1997, but in 2000 it increased to one out of each three with suicide attempt during the life-time;
- *motives*: in both sexes, a clear predominance of motives of suicide attempt related to the interpersonal sphere (specifically family conflicts as a expression of familiar violence) was observed, followed by motives related to the emotional sphere (such as depressive feelings);
- *methods*: the most frequent method, which also showed a tendency to increase was: self-cutting with a sharp instrument (frequently, a cutter or a piece of glass);
- *lethality*: almost a third part of the students of both sexes reported they carried out the single or last suicide attempt having the wish to die, and almost half of the students reported that they did not think about living or dying as a consequence of the suicide attempt.

Regardless of the reaches and limitations of the census methodology, our results allow us to consider that suicide behavior among adolescent students in Mexico City is increasing. It therefore requires attention in the light of the many risks involved; in turn, this implies carrying out descriptive and preventive researches with a multidisciplinary perspective.

Key words: Adolescents, epidemiology, Mexico, students, suicide attempts.

RESUMEN

De acuerdo con datos censales, México es un país de niños y jóvenes. En 1995, 39% de la población tenía menos de 14 años de edad y 29.6% estaba entre los 15 y 29 años. De lo anterior se desprende que la población mexicana de 0 a 29 años representaba dos terceras partes de la población total del país (68.2%). La Ciudad de México, como capital del país, concentraba 9.3% de la población total y, por lo mismo, es considerable la proporción de niños y estudiantes jóvenes. Por lo anterior, investigar sus necesidades en el campo de la salud mental se constituye una prioridad.

Es sabido que la problemática suicida en adolescentes representa un problema de salud pública en varios países del mundo, y México no es la excepción. La pregunta pendiente es si esta problemática es frecuente entre la población de estudiantes adolescentes. Desafortunadamente, los registros oficiales de salud no aportan datos específicos sobre este problema, dado que reportan estadísticas según sexo y edad, pero no según tipo de población (como aquélla en edad escolar). Lo anterior justifica la importancia de establecer registros sistemáticos y periódicos que permitan detectar las tendencias desde una perspectiva epidemiológica, a fin de identificar los grupos vulnerables, así como los factores protectores y de riesgo de la problemática suicida. Con base en dos mediciones, tomadas en 1997 y en 2000, los objetivos del presente trabajo son: 1. Identificar la prevalencia del intento suicida en la Ciudad de México, según los siguientes indicadores: delegación política, sexo, nivel educativo (secundaria, bachillerato o bachillerato técnico) y tipo de escuela (pública o privada); y 2. describir las características del intento suicida en hombres y mujeres, según: el número de veces (para identificar intento único

y conducta suicida recurrente: dos o más veces), edad del intento, principal motivo y método utilizado, e indicadores de letalidad.

Para llevar a cabo el muestreo se seleccionaron aleatoriamente escuelas de cada una de las 16 delegaciones políticas de la Ciudad de México. El diseño de la muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados; el nivel educativo se consideró como la variable de estratificación: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas en el nivel de bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas, y en la segunda, el grupo escolar al interior de éstas. La muestra final utilizada para el estudio de 1997 fue de 10,173 estudiantes y para el del 2000, de 10,578.

Para indagar acerca del intento suicida y sus características, se aplicaron indicadores evaluados previamente con el fin de conocer la ocurrencia del intento y el número de veces en la vida, la edad al momento del único o último intento, los motivos y los métodos. Estos dos últimos indicadores se diseñaron con un formato de respuestas abiertas. Y como indicadores de letalidad, en 1997 se evaluó hospitalización-tratamiento, y en 2000, deseo de morir.

En 1997, la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes en la Ciudad de México fue de 8.3% (N=849) y en 2000 se incrementó a 9.5% (N=1,009). En el mismo año de 1997, las siguientes fueron las delegaciones con las prevalencias más altas, mayores a la global en por lo menos una unidad porcentual ($\geq 9.3\%$) fueron: Cuauhtémoc (11.3%), Tlalpan (10.1%), Iztacalco (9.9%) y Benito Juárez (9.6%), y en 2000 (por arriba de 10.5%) fueron: Benito Juárez (12.3%), Venustiano Carranza (12.1%), Gustavo A. Madero (11.8%) y Cuauhtémoc (10.6%). Esta problemática fue más frecuente en las mujeres (más de tres por cada varón). En el nivel de bachillerato, las prevalencias fueron mayores; sin embargo, las edades del único/último intento reportados nos indican que, en su mayoría, los intentos ocurrieron en los años finales de la escuela primaria y/o durante la secundaria. Hubo mayor predominio de intento suicida en estudiantes de escuelas privadas, en especial en los bachilleratos.

Si bien la problemática suicida en estudiantes fue más frecuente en las mujeres, se observó que tanto en los hombres como en las mujeres con reporte de intento, fue similar el perfil de las características del intento suicida en cuanto a: *Edad*: ocurrencia del único/último intento entre los 10 y 15 años; *recurrencia*: una de cada cuatro mujeres con intento en ambas mediciones; en los varones, la proporción de uno por cada cinco obtenida en 1997, aumentó a uno de cada tres en 2000; *motivos*: un claro predominio en la esfera interpersonal (problemas familiares), seguida por la esfera emocional (sentimientos depresivos); *métodos*: el más frecuente y con una tendencia al aumento fue cortarse con un objeto punzo-cortante (frecuentemente, un *cutter* o un pedazo de vidrio); y *letalidad*: casi la tercera parte de los(as) estudiantes reportaron haber deseado morir y casi la mitad indicó que no le importaba si vivía o moría.

Independientemente de los alcances y las limitaciones de la metodología de la encuesta, los resultados obtenidos permiten considerar que la conducta suicida en los estudiantes adolescentes de la Ciudad de México no sólo tiende al aumento, sino que también amerita atención por el grado de riesgo que conlleva, lo cual exige orientar esfuerzos de investigación descriptiva y preventiva con una perspectiva multidisciplinaria.

Palabras clave: Adolescentes, estudiantes, epidemiología, intento suicida, México.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, México es un país conformado principalmente por niños y jóvenes. Con base en el XI Censo General de Población y Vivienda (1990) y en el Censo de Población (1995) del INEGI, Eternod Arámburu (1996) señala que 38.6% de la población era menor de 14 años y que 29.6% estaba entre los 15 y 29 años. En lo anterior se puede apreciar que la población mexicana de 0 a 29 años representaba dos terceras partes de la población total del país (68.2%). Según datos reportados por el Gobierno de la Ciudad de México (1999),* en 1995 esta entidad concentraba 9.3% de la población del país; y más de la mitad de ésta tenía entre 0 y 29 años (58.8%), donde la tasa hombre-mujer es de 1:1.

Otro aspecto importante que vale considerar es el tipo de población. Por las características urbanas y de desarrollo de esta ciudad capital, es comprensible reconocer que una proporción importante de la población infantil y juvenil sea estudiante. A modo de aproximación, se puede apreciar que según estadísticas de la Subsecretaría de Servicios Educativos para el Distrito Federal, en 1997 había más de 500,000 alumnos inscritos en secundarias federales, particulares y autónomas –de 1° a 3^{er} grados–, lo que representa 85% de los habitantes en edad de asistir a ese nivel educativo, con un porcentaje similar de hombres y de mujeres. Aunque para 1997 no se informa cuántos jóvenes tenían entre 15 y 18 años, edad en que generalmente se cursa el bachillerato –4° a 6° grados–, sí se reporta que para el ciclo escolar 1997-98 se registraron en ese nivel educativo 341,551 alumnos. Por ello, es difícil precisar la proporción de estudiantes en esas edades. Aunque así se puede estimar que dicha proporción de población estudiantil es importante, si bien menor a la de secundaria, dado el carácter obligatorio de este último nivel educativo.

En general, estos datos ponen de manifiesto la pertinencia de considerar a la población estudiantil como uno de los focos de interés prioritarios para investigar y atender las necesidades de la población joven de la Ciudad de México.

Problemática suicida

Reconocer el presente a la vez que se vislumbra el futuro, y a los seres humanos en interacción con su contexto sociocultural, es indispensable para abordar

la “problemática suicida”. Se hace referencia a este concepto por lo complejo que resulta algo que es en realidad un proceso dinámico, y no un mero hecho aislado y estático (Rich, Kirkpatrick-Smith, Bonner y Jans, 1992). Como proceso, las etapas que lo pueden constituir son varias, éstas no son necesariamente secuenciales ni indispensables; por ejemplo: ideación suicida pasiva, contemplación activa del propio suicidio, planeación y preparación, ejecución del intento suicida y suicidio consumado. Estas etapas se configuran como factores de riesgo en la medida en que es su interacción lo que aumenta el riesgo suicida, y no cada una de ellas por separado.

Para estudiar la problemática suicida, se reconocen dos grandes categorías de análisis: cuando el desenlace es mortal: *suicidio consumado*, y cuando deviene en la muerte: *parasuicidio*, que implica diversas instancias como el intento suicida, la ideación, etc. (Diekstra, 1993).

Respecto al estudio del *intento suicida*, cabe señalar que si bien las definiciones clásicas hacen hincapié en que es un acto propositivo y consciente para tratar de quitarse la vida (Durkheim, 1897), no siempre es este propósito el que subyace y motiva un intento suicida. Ello se debe a que alguien se puede autoinfligir una lesión no para morir, sino para lo que en el campo de la clínica se denomina “obtener ganancias secundarias”, como “llamar la atención” a modo de “grito de ayuda” cuando así lo considera una persona, o para “manipular” (Hurry, 2000); sin embargo, también puede ser una forma para “castigar” a otras personas como los padres o al novio(a). Sea que el propósito voluntario y consciente sea matarse o no, el punto es que la persona se pone en riesgo, dado que puede morir aun sin habérselo propuesto; y también sucede lo contrario, esto es, que no muere, aun deseando hacerlo. De hecho, la “línea” entre la vida y la muerte no es nítida, y aunque se crea “tener el control” sobre la letalidad y las secuelas del método utilizado, es claro que no todo resulta siempre como se “pensó”. Por esto, el intento suicida se constituye en un elemento de estudio esencial, independientemente de su letalidad (Canetto y Sakinofsky, 1998); y más aún si se reconoce que es un factor de riesgo muy importante para la conducta suicida recurrente y para el suicidio consumado (Pfeffer, 1988; Lewinsohn, Roberts, Seeley y Rohde, 1994; Wichstrom, 2000).

Un aspecto que distingue al intento suicida de otras conductas que ponen en riesgo la vida, como la drogadicción, el sexo desprotegido, las violencias, etc., es que el intento suicida es un acto cuyo propósito se pretende alcanzar en el corto plazo; es decir, que sus “ganancias” sean, en alguna medida, “inmediatas”.

*Dado que los datos son proyecciones, no coinciden necesariamente con los datos censales publicados por INEGI. Fuente: CONAPO. Situación del Distrito Federal, 1996.

Problemática suicida en jóvenes

Desjarlais, Eisenberg, Byron y Kleinman (1995) enfatizan que el suicidio en la población joven se encuentra entre las primeras diez causas de muerte en los países que mantienen un registro estadístico del problema, aun reconociendo el subregistro implícito, dadas las dificultades legales y morales que conlleva el acto suicida. En diversos países se observa un crecimiento paulatino pero constante en su tendencia epidemiológica, por lo que se considera como un problema relevante de salud pública (Gunnell, 2000) y México no es la excepción (Híjar, Rascón, Blanco y López, 1996), más aún, si se considera que el suicidio no es una causa natural y conlleva a una muerte prematura.

Los perfiles epidemiológicos muestran que los jóvenes son el grupo poblacional con mayor riesgo suicida. Híjar y cols. (1996) indican que para el periodo de 1979 a 1993, las mujeres entre 20 y 24 años de edad presentaron el mayor riesgo suicida relativo. El INEGI (1999) reporta que en 1997 la mayor parte de los suicidios consumados fueron llevados a cabo por la población joven. En los hombres, la mayoría tiene lugar entre los 20 y 24 años (18.4%), y de los 15 a 19 años (13.3%). A su vez, en las mujeres, la mayoría de los suicidios tiene lugar entre los 15 y 19 años (25.6%) seguidos por las de 20 a 24 años (18.4%).

Si el grupo poblacional con mayor proporción de suicidios consumados en 1997 fue el de 15 a 24 años (31.7% en hombres y 44.0% en mujeres), cabe considerar la importancia de estudiar el intento suicida en las poblaciones más jóvenes. Sin embargo, los registros oficiales del intento suicida son en gran medida poco confiables, pues resulta contradictorio que la tasa de intentos sea mucho menor que la de suicidios consumados. Por ejemplo, en 1997, el INEGI (1999) registró 340 intentos suicidas y 2 459 suicidios consumados.*

Aun con tales deficiencias, se observa que en las mujeres es mayor la proporción de intentos suicidas (197 vs. 143 intentos de varones); y en los hombres predominan los suicidios consumados (2 056 vs. 403 suicidios de mujeres). Si bien la problemática del intento suicida predomina en la población femenina, siguen siendo los varones quienes más lo consiguen, por lo que es prioritario investigar ambos grupos con una perspectiva de género, para dar cuenta de este perfil que trasciende culturas y niveles de desarrollo de los países. Vale destacar que el perfil epidemiológico se mantiene (Gunnell, 2000) sea que se trate de países occidentales u orientales (con

excepción de China), o países industrializados o en vías de desarrollo.

Por lo anterior, se reconoce la necesidad de estudiar el intento suicida en la población adolescente, ya que ésta es la de mayor riesgo suicida, además de que, para el caso de la Ciudad de México, una proporción importante corresponde a la población estudiantil de educación secundaria y bachillerato, o equivalentes.

Ante la necesidad de contar con registros sistemáticos y periódicos que den cuenta de la magnitud de la problemática suicida en esta población, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Secretaría de Educación Pública llevaron a cabo las encuestas de estudiantes de 1997 (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel y cols., 1999) y del 2000 (Villatoro, Medina-Mora, Rojano y cols., 2002), en que se incorporaron indicadores con el propósito de responder a los siguientes objetivos:

1. Identificar la prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la Ciudad de México según los siguientes indicadores:
 - a) Delegación Política.
 - b) Sexo.
 - c) Nivel educativo (secundaria, bachillerato y bachillerato técnico).
 - d) Tipo de escuela (pública o privada).
2. Describir las características del intento suicida en hombres y mujeres, según:
 - a) Número de veces (para identificar intento único y conducta suicida recurrente [dos o más veces]).
 - b) Edad al momento del intento.
 - c) Principal motivo y método utilizado.
 - d) Indicadores de letalidad.

MÉTODO

La metodología empleada en ambas encuestas mantuvo los aspectos básicos de mediciones anteriores realizadas en la Ciudad de México, lo cual facilita la evaluación de las tendencias en el consumo de drogas, de alcohol y de tabaco, y de los cambios en los factores de riesgo asociados al consumo de dichas sustancias (Villatoro, Medina-Mora, Rojano y cols. 2002), así como, en este caso, de la evolución del intento suicida en esta población.

Población y muestra

El diseño de la muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas entre los estudiantes de enseñanza media y media superior de la Ciudad

* No incluye información de los casos registrados en la Ciudad de México.

de México, especificando el grado de contribución de cada delegación política a la magnitud del problema. Para estimar el tamaño de la muestra, en ambos estudios se consideraron:

- a) la distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad y nivel escolar, así como el tiempo dedicado al estudio;
- b) las prevalencias, en el nivel delegacional, para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupos de edad y nivel escolar, así como el tiempo dedicado al estudio;
- c) las prevalencias, en el mismo nivel delegacional, para el uso de inhalables, anfetaminas, marihuana, tranquilizantes y cocaína; por sexo, grupos de edad y nivel escolar, así como el tiempo dedicado al estudio.

Los registros oficiales de la SEP de las escuelas de enseñanza media y media superior se utilizaron como marco de la muestra; éstos se encuentran en una base de datos computarizada.

Se seleccionaron aleatoriamente escuelas ubicadas en cada una de las 16 delegaciones políticas. El diseño de la muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados. La variable de estratificación fue el nivel educativo: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales de nivel bachillerato.

La unidad de selección empleada en la primera etapa fueron las escuelas y, en la segunda, el grupo escolar dentro de éstas. Se organizaron conglomerados (grupos) con la intención de optimizar los tiempos de los encuestadores y disminuir los costos del trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos se autoponderó por delegación con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y procesamiento de datos.

Se consideró una tasa de no respuesta de 15%, que resultó igual a la encontrada en estudios previos. El nivel de confianza de la muestra fue de 95%, con un error absoluto promedio de 0.004. La prevalencia más baja en ambos fue para la cocaína, con 2% de consumo para el último año. Con base en estos parámetros, se calculó una muestra aproximada, tomando en cuenta la tasa de no respuesta, de 340 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. La muestra final para el estudio de 1997 fue de 10 173 estudiantes y, para el del 2000, de 10 578.

Instrumento

Las secciones que se utilizaron en ambas encuestas fueron: Datos sociodemográficos; consumo de drogas, alcohol y tabaco; problemas relacionados con el consumo de drogas; conducta y actitud antisocial; ideación e intento suicida; disponibilidad, tolerancia social y percepción de riesgo del consumo de drogas; normas y ambiente familiar, y autoestima.

Al indagar acerca del intento suicida y sus características, se aplicaron indicadores evaluados previamente (González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora, 1998), con el fin de conocer la ocurrencia del intento y el número de veces en la vida, la edad del único o último intento, los motivos y los métodos. Estos dos últimos indicadores se diseñaron con un formato de respuestas abiertas. Y como indicadores de letalidad, en 1997 se evaluó hospitalización-tratamiento, y en 2000, deseo de morir.

Las categorías de análisis para identificar la prevalencia de intento suicida “alguna vez en la vida” fueron las siguientes:

- **Intento suicida definido**, que se refiere al registro afirmativo a la pregunta: “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito con el fin de quitarte la vida?”. Y además se registraron las respuestas consecuentes: edad del único o último intento, principal motivo y método utilizado, e indicadores de gravedad.
- **Intento suicida probable**, que se refiere también al reporte afirmativo a la pregunta señalada arriba, pero no registró alguna(s) de las preguntas siguientes; o bien, registró en el indicador de método sólo la *intención* de tratar de quitarse la vida, pero no lo llevó a cabo; p.ej.: “Me iba a tomar unas pastillas”, “Me quería cortar”, etc.
- **No intento suicida**, que es el registro negativo a la pregunta mencionada.

Procedimiento

El diseño operativo de ambos estudios incluyó un coordinador central, tres supervisores y 30 encuestadores. El curso de capacitación duró 18 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, los antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para aplicarlo y seleccionar los grupos. Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Además, se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores. El coordinador fue responsable de controlar el trabajo de campo y de entregar los materiales. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en una zona o delegación específica, y ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas, como la localización y los permisos de entrada a las escuelas. Los encuestadores realizaron la selección predefinida de grupos en la escuela y la aplicación de los cuestionarios.

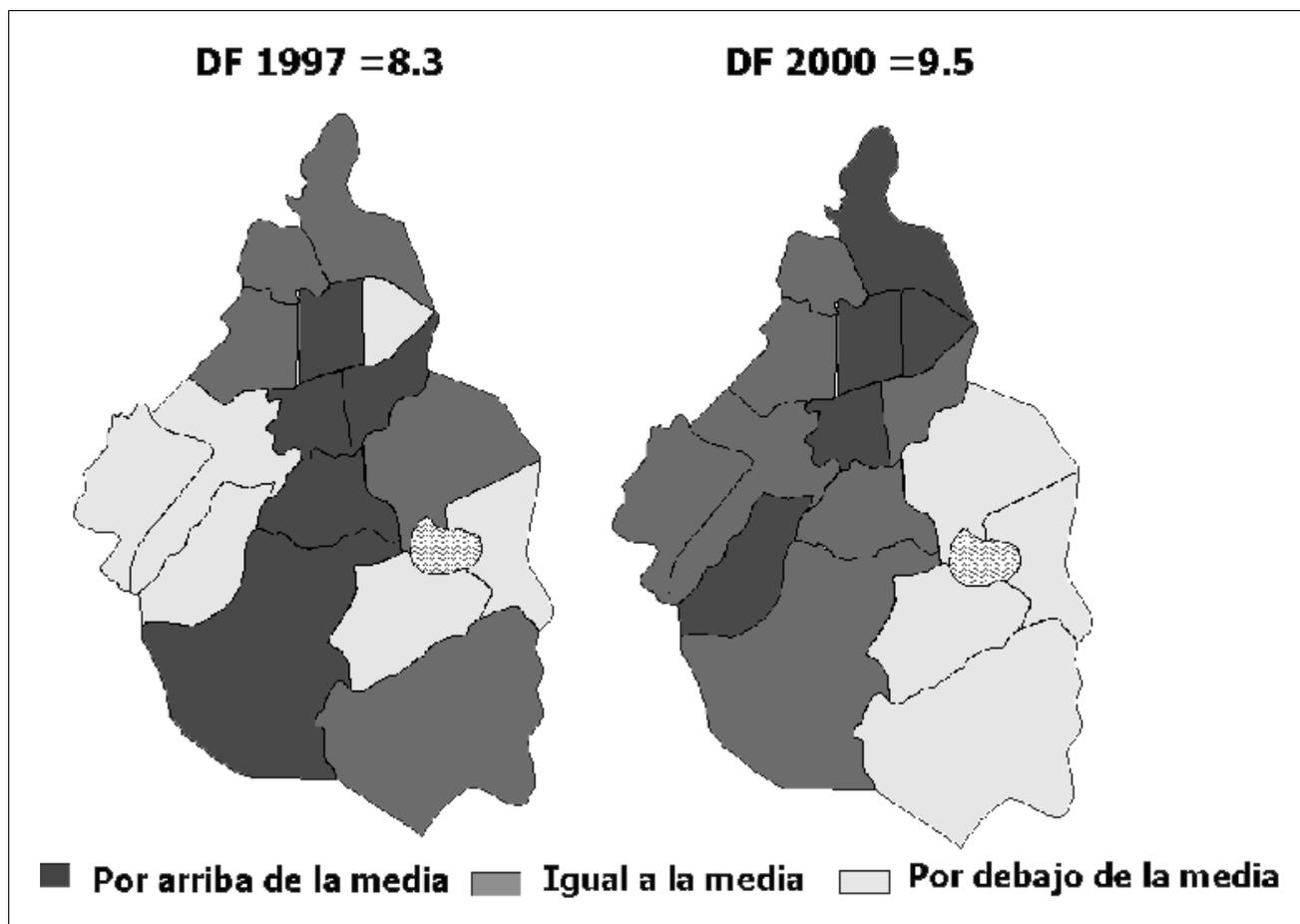


Fig. 1. Prevalencia del intento suicida en estudiantes.

Para la captura y validación de la información, se elaboró un programa de cómputo que verifica la congruencia de las respuestas. Posteriormente se llevó a cabo una nueva depuración por medio de una programación para revisar directamente los cuestionarios.

RESULTADOS

En la categoría de intento suicida probable $\frac{3}{4}$ es decir, que no contestó todas las preguntas, o bien reportó haber tenido sólo la intención $\frac{3}{4}$, la prevalencia en 1997 fue de 1.0%, y en 2000, de 2.6%. Por rigor metodológico, a continuación se presentan los resultados de las dos encuestas en relación con la categoría de intento suicida definido.

Prevalencias del intento suicida en la ciudad de México y por delegación política: 1997 y 2000

En la figura 1 se observa que la prevalencia global del intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México en 1997 fue de 8.3% (n=849), y que en 2000 se incrementó a 9.5% (n=1 009).

En 1997, las delegaciones con las prevalencias más altas superiores a la global, de acuerdo con el intervalo de confianza fueron: Cuauhtémoc (11.3%), Tlalpan (10.1%), Iztacalco (9.9%) y Benito Juárez (9.7%), y en 2000 (por arriba de 10.5%) fueron: Benito Juárez (12.3%), Venustiano Carranza (12.1%), Gustavo A. Madero (11.8%) y Cuauhtémoc (10.6%). De este modo se observa que las delegaciones con las prevalencias más altas en la encuesta de 1997 y en la de 2000 fueron Benito Juárez y Cuauhtémoc; a su vez, las más bajas, de acuerdo con el intervalo de confianza en ambas encuestas, fueron Tláhuac y Xochimilco (cuadro 1).

Las delegaciones que no alcanzaron en 1997 la prevalencia global, pero que la rebasaron en el 2000 fueron: Venustiano Carranza (de 7.3 a 12.1%) y Magdalena Contreras (de 7.0 a 10.3%). Las siguientes fueron las delegaciones que en 1997 estuvieron por arriba de la prevalencia global y que en 2000 se mantuvieron igual o descendieron: Iztacalco (de 9.9 a 9.5%), Iztapalapa (de 8.3 a 7.8%) y Tlalpan (de 10.1 a 8.6%) (cuadro 1).

Se puede apreciar entonces que las delegaciones

CUADRO 1
Prevalencias e intervalos de confianza del intento suicida en 1997 y 2000

Estrato	1997		2000	
	Prevalencia	IC 95%	Prevalencia	IC 95%
DF	8.3	7.74-8.95	9.5	8.88-10.20
Alvaro Obregón	4.1	2.50-5.76	9.5	6.16-12.78
Atzacapotzalco	8.3	6.26-10.40	9.3	6.88-11.80
Benito Juárez	9.6	7.00-12.31	12.3	9.13-15.40
Coyoacán	9.3	7.04-11.55	9.6	7.20-11.98
Cuajimalpa	5.3	3.42-7.26	9.5	6.55-12.38
Cuauhtémoc	11.3	8.83-13.70	10.6	7.89-13.22
Gustavo A. Madero	8.9	7.11-10.67	11.8	9.08-14.44
Iztacalco	9.9	7.65-12.14	9.5	7.13-11.79
Iztapalapa	8.3	6.15-10.51	7.8	6.08-9.52
Magdalena Contreras	7.0	4.16-9.81	10.3	7.13-13.37
Miguel Hidalgo	8.3	6.16-10.53	9.6	7.08-12.21
Milpa Alta	8.0	5.47-10.60	8.2	5.07-11.27
Tlahuac	7.3	4.83-9.85	8.4	6.25-10.62
Tlalpan	10.1	7.71-12.59	8.6	6.68-10.51
Venustiano Carranza	7.3	5.00-9.53	12.1	8.71-15.39
Xochimilco	7.6	5.35-9.84	6.3	4.01-8.67
Secundarias	7.6	6.79-8.33	8.7	7.89-9.49
Bachillerato	8.8	7.74-9.80	10.9	9.63-12.15
Bachillerato técnico	11.5	9.60-13.45	10.4	8.27-12.52
Hombres	4.2	3.71-4.79	3.9	3.37-4.48
Mujeres	12.1	11.17-13.10	15.1	14.02-16.21

políticas con las prevalencias de intento suicida que se mantuvieron por arriba del promedio fueron: Benito Juárez, Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc.

Prevalencias de intento suicida por sexo, nivel educativo y tipo de escuela: 1997 y 2000

Sexo. Como se esperaba, las prevalencias de intento suicida en ambos años fueron mayores en las mujeres. En 1997, la prevalencia en las mujeres fue de 12.1% (n=641), y en los hombres de 4.3% (n=208), lo que representa una proporción de tres mujeres por cada hombre. En 2000, la prevalencia en las mujeres aumentó a 15.1% (n=802), y en los hombres disminuyó a 3.9% (n=207), por lo que la proporción hombre-mujer se incrementó a casi 4:1 (cuadro 1).

Nivel educativo. En el mismo cuadro 1 se observa que, en bachillerato y bachillerato técnico, las prevalencias fueron mayores en ambas encuestas; y que en 2000, la prevalencia aumentó en secundaria de 7.6 a 8.7%, y en bachillerato de 8.7 a 10.9%; mientras que en bachillerato técnico disminuyó de 11.5 a 10.4%.

Edad. Dado que se trata de intentos suicidas "alguna vez en la vida", es necesario conocer a qué edad

ocurrió por única o última vez el suceso, para identificar en qué nivel educativo predomina este tipo de conducta. En el cuadro 2 se observa que, por un lado, al momento de la encuesta los promedios de edad en hombres y mujeres no mostraron cambios significativos entre 1997 y 2000. Sin embargo, en los primeros las edades son un poco mayores a las de las mujeres. En general, la mayoría tenía en promedio 15 años (si se considera una desviación estándar, el rango va de 13 a 17 años).

Por otro lado, la edad reportada en que se realizó el único o último intento suicida remite a años anteriores, tanto en 1997 como en 2000. La edad reportada por los hombres y las mujeres son los doce, casi trece, años de edad (con rangos entre los 10 y 15 años). Por las edades que tenía la población al momento de las encuestas, en las mujeres el único/último intento suicida ocurrió hace poco más de un año; mientras que en los hombres, el intento se llevó a cabo, en promedio, hace casi tres años. Así, tanto en 1997 como en 2000, la conducta suicida se manifestó sobre todo cuando los estudiantes tenían entre 10 y 15 años de edad, por lo que se puede considerar que por ese tiempo cursaban los últimos años de la primaria o la secundaria. De lo anterior se desprende

CUADRO 2
Edad actual y al momento del único/último intento suicida, según sexo: 1997 y 2000

Edad promedio	1997				2000			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
Actual	15.5	2.4	14.9	2.0	15.2	2.6	14.9	2.0
Al momento del único/último intento suicida	12.7	2.9	13.1	2.4	12.6	2.9	13.3	2.3

CUADRO 3
Intento suicida, según tipo de escuela: 1997 y 2000

Tipo de escuela	1997						2000					
	Global		Secundaria		Bachilleratos*		Global		Secundaria		Bachilleratos*	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Pública	713	8.2	419	7.6	294	9.3	842	9.4	479	8.9	363	10.1
Privada	136	9.0	49	7.1	87	10.6	167	10.6	62	7.6	105	13.8

* Se agrupó bachillerato y técnica, por corresponder a nivel de educación media superior.

que estos niveles educativos constituyen los sectores más propicios para la prevención y atención de la conducta suicida.

Tipo de escuela. En 1997 y en 2000, la mayor parte de los estudiantes que reportó intento suicida asistía a escuelas privadas, especialmente en el caso del bachillerato, nivel en que en estas escuelas la diferencia de porcentaje es de 1.3%, y además de que la diferencia es mayor en la encuesta realizada en 2000. En el caso de la secundaria, el comportamiento es muy similar en ambas encuestas (cuadro 3). Específicamente, en la encuesta de 2000, el porcentaje de intento suicida es significativamente mayor en las escuelas públicas.

Características del intento suicida, según sexo: 1997 y 2000

Intento suicida único o recurrente. Las respuestas al indicador para identificar la ocurrencia de intento suicida se registraron como: "Nunca lo he hecho", "Lo hice una vez", "Lo hice dos o más veces", lo que permite distinguir, al registrar el intento, si se trata de un evento único, o bien de una conducta suicida recurrente. En el cuadro 4 se puede observar que, tanto en 1997 como en 2000, más de 70% de los hombres y las mujeres que reportaron intento suicida lo habían hecho una sola vez. Al analizar la conducta suicida recurrente, se puede apreciar, en ambas encuestas, que casi una de cada cuatro mujeres con intento ya lo ha llevado a cabo dos o más veces en su vida (en 1997, 23.6%, y en 2000, 25.9%). En cambio, en los hombres se observa un incremento, ya que en 1997 la proporción de intentos recurrentes fue de casi 1:5 (18.8%), y en 2000 fue de uno por

cada tres, es decir, aproximadamente 29%.

Motivos. Las respuestas obtenidas tanto en lo que se refiere a los motivos como al método utilizado se obtuvieron mediante un formato de respuestas abiertas. Para clasificarlas, dos jueces evaluaron independientemente la información a modo de ejercicio de validez de contenido. Las categorías de motivos correspondieron a tres rubros: 1. la esfera interpersonal; 2. la esfera emocional; y 3. los eventos precipitantes. Como se observa en el cuadro 5, el principal motivo (> 25%) esgrimido tanto por los hombres como por las mujeres, para llevar a cabo el intento suicida fueron los problemas familiares, que en conjunto se refieren a conflictos con los padres, como maltrato, violencia, humillaciones y castigos. Además de ser el motivo más frecuente, también aumentó en ambos sexos, ya que en 1997 representó 25.6% en los hombres y, en 2000, 31.1%; a su vez, en las mujeres, en 1997 fue de 34.3% y, en 2000, llegó a 40.7%.

El siguiente motivo más frecuente en ambos sexos correspondió a la esfera emocional, principalmente por sentimientos de soledad, tristeza y depresión. Si bien fue el segundo motivo en términos de frecuencia, cabe señalar que de 1997 a 2000 se observó un decremento, de 17.9 a 11.7% en los hombres, y de 19.5 a 9.6% en las mujeres.

De los acontecimientos precipitantes registrados, éstos se identificaron con francas variaciones, siendo el más frecuente el bajo rendimiento escolar (<5%). Los otros dos motivos se refieren a hechos que, aunque se les reconoce como importantes factores de riesgo para la conducta suicida, tienden a ser poco frecuentes: la muerte de un ser querido y ser víctima de abuso sexual/violación.

Métodos. La información registrada por los(as) estudiantes acerca del modo en que llevaron a cabo el

CUADRO 4
Intento suicida único o recurrente, según sexo: 1997 y 2000

Intento suicida (número de veces)	1997				2000			
	Hombres (n=208)		Mujeres (n=641)		Hombres (n=207)		Mujeres (n=802)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Único (una vez)	169	81.3	490	76.4	145	70.0	590	73.6
Recurrente (dos o más veces)	39	18.8	151	23.6	60	29.0	208	25.9

Porcentajes calculados sobre el total de hombres y mujeres

CUADRO 5
Motivos para el intento suicida, según sexo: 1997 y 2000

Motivos	1997				2000			
	Hombres (n=208)		Mujeres (n=641)		Hombres (n=207)		Mujeres (n=802)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
ESFERA INTERPERSONAL								
Problemas familiares	53	25.6	220	34.3	64	31.1	326	40.7
Regaños	1	0.5	8	1.2	2	1.0	10	1.2
Problemas	11	5.3	40	6.2	25	12.1	77	9.6
Problemas personales	4	1.9	17	2.7	10	4.9	36	4.5
Rechazo del novio(a)	28	13.5	51	8.0	15	7.3	46	5.7
Problemas con amigos(as)	—	—	5	0.8	4	1.9	16	2.0
Rebeldía/la inadaptación social	1	0.5	5	0.8	—	—	3	0.4
Llamar la atención	—	—	3	0.5	1	0.5	9	1.1
<i>Subtotal</i>	<i>98</i>	<i>47.3</i>	<i>349</i>	<i>54.5</i>	<i>121</i>	<i>58.8</i>	<i>523</i>	<i>56.2</i>
ESFERA EMOCIONAL								
Soledad/tristeza/depresión	37	17.9	125	19.5	24	11.7	77	9.6
Incomprensión/falta de cariño	10	4.8	39	6.1	21	10.2	69	8.6
Baja autoestima	10	4.8	25	3.9	2	1.0	17	2.1
<i>Subtotal</i>	<i>57</i>	<i>27.5</i>	<i>189</i>	<i>29.5</i>	<i>47</i>	<i>22.9</i>	<i>163</i>	<i>20.3</i>
EVENTOS PRECIPITANTES								
Bajo rendimiento escolar	9	4.3	18	2.8	7	3.4	38	4.7
Muerte de un ser querido	4	1.9	17	2.7	1	0.5	14	1.7
Abuso sexual/violación	1	0.5	8	1.2	—	—	3	0.4
<i>Subtotal</i>	<i>14</i>	<i>6.7</i>	<i>43</i>	<i>6.7</i>	<i>8</i>	<i>3.9</i>	<i>55</i>	<i>6.8</i>

Porcentajes calculados sobre cada total de hombres y mujeres.

único/último intento suicida fue clasificada por jueces independientes. En el cuadro 6 se muestra el repertorio de métodos utilizados. En ambas encuestas, y tanto entre los hombres como entre las mujeres, el método más utilizado (<40%) fue cortarse con algún objeto punzocortante (*cutter* o trozo de vidrio). De hecho, en 2000 se observa un incremento en que este método fue utilizado por casi la mitad de los(as) adolescentes con intento suicida (<48.5%). Sigue en importancia, también en las dos encuestas y en ambos sexos, la ingesta de pastillas y/o medicamentos. Cabe aclarar que la proporción fue mayor en las mujeres por más de 20 puntos porcentuales. Los demás métodos reportados se usaron en proporciones menores a 10%, pero todos ellos fueron más frecuentes entre los varones. Cabe señalar que entre éstos se encuentran algunos considerados de alto riesgo, como ahorcarse/asfixiarse, usar armas de fuego y lanzarse al vacío. Además, se observa que el recurso a estos dos últimos métodos se incrementó en 2000. **Letalidad.** Para evaluar este aspecto, se utilizaron indicadores distintos en cada encuesta.

En 1997, el indicador indagó acerca de las *consecuencias* del acto: “*Esa única o última vez que te hiciste daño con el fin de quitarte la vida, ¿estuviste hospitalizado(a) o en tratamiento debido a las lesiones que te hiciste?*”: “*Sí*”; “*No*”; “*Nunca lo he hecho*”. En el cuadro 7 se puede observar que uno de cada cuatro hombres requirió hospitalización/tratamiento debido a las lesiones que se infligió (28.1%); en las mujeres

la proporción fue ligeramente menor: una de cada cinco (23.6%).

En 2000, el indicador se refirió al *deseo de morir*: “*Cuando te hiciste daño con el fin de quitarte la vida: “No querías morir”; “No te importaba si vivías o morías”; “Deseabas morir”; “Nunca lo he hecho”*”. En el cuadro 7 se muestra que en ambos sexos las proporciones fueron similares. Cerca de la mitad de los hombres y de las mujeres reportó que no le importaba si vivía o moría (48.7 y 48.2%, respectivamente); más de la tercera parte indicó que deseaba morir (33.8 y 36.8%); y la menor proporción señaló que no quería morir (17.4 y 15.0%).

DISCUSIÓN

Si bien indagar la epidemiología del suicidio no es tarea fácil, ante la magnitud del problema de salud pública que implica esta conducta, su atención es prioritaria en varios países del mundo (Gunnell, 2000; Harrison y Lloyd, 2000), y México no es la excepción. Los resultados obtenidos muestran que el intento suicida representa un importante problema de salud pública que se debe atender en la población adolescente escolar, no sólo por su prevalencia sino también por su tendencia al aumento: 8.3% en 1997 y 9.5% en 2000.

Desde una perspectiva epidemiológica, y con el propósito de identificar poblaciones en riesgo, en el pre-

CUADRO 6
Métodos para el intento suicida, según sexo: 1997 y 2000

Motivos	1997				2000			
	Hombres (n=208)		Mujeres (n=641)		Hombres (n=207)		Mujeres (n=802)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Objeto punzocortante	93	44.9	272	42.4	100	48.5	392	48.9
Pastillas/medicamentos	26	12.6	259	40.4	33	16.0	290	36.2
Ahorcarse/asfixiarse	19	9.2	8	1.2	17	8.3	24	3.0
Intoxicarse	11	5.3	28	4.4	7	3.4	21	2.6
Aventarse	11	5.3	15	2.3	14	6.8	22	2.7
Golpearse	17	8.2	15	2.3	11	5.3	17	2.1
Veneno	7	3.4	9.0	1.4	3	1.5	9	1.1
Arma de fuego	6	2.9	1	0.2	12	5.8	4	0.5
Dejar de comer	—	—	4	0.6	—	—	8	1.0
Otro	7	3.4	9	1.4	4	1.9	8	1.0

Porcentajes calculados sobre cada total de hombres y mujeres.

sente trabajo se observó en ambas mediciones (1997 y 2000) que:

- La Benito Juárez y la Cuauhtémoc fueron las delegaciones de la Ciudad de México que registraron prevalencias de intento suicida mayores a la global.
- Las mujeres presentaron con mayor frecuencia esta problemática (más de tres mujeres por cada hombre).
- En bachillerato, las prevalencias fueron mayores; sin embargo, las edades del único/último intento reportado indican que en su mayoría, los acontecimientos sucedieron en los años finales de la primaria y/o durante la secundaria.
- Estadísticamente, y de acuerdo con los intervalos de confianza, hay una prevalencia significativamente mayor de intento suicida entre los estudiantes de los bachilleratos privados. En el caso de las secundarias, el índice de intento es significativamente mayor en las escuelas públicas.

Respecto a las características del intento suicida, se encontró que fueron muy similares en hombres y mujeres en cuanto a:

- Edad: la ocurrencia del único/último intento se ubica entre los 10 y 15 años.
- Recurrencia (intento suicida dos o más veces en la vida): fue reportada por una de cada cuatro mujeres con intento en ambas mediciones; en los varones,

la proporción que, en 1997 era de uno por cada cinco, en el 2000 aumentó a uno por cada tres varones.

- Motivos: claro predominio en la esfera interpersonal, en lo que se refiere a problemas familiares; seguidos por la esfera emocional, en particular por sentimientos de soledad, tristeza y depresión.
- Métodos: cortarse con un objeto punzocortante (a menudo un *cutter* o un pedazo de vidrio) fue el más frecuente para ambos sexos y en ambas mediciones, con una tendencia al aumento.
- Letalidad: casi la tercera parte de los(as) estudiantes reportó haber deseado morir y casi la mitad indicó que no le importaba si vivía o moría.

Así pues, si bien la problemática suicida en estudiantes fue más frecuente entre las mujeres, se observó que el perfil de las características del intento suicida fue similar en hombres y mujeres. Lo anterior resulta muy interesante y pone de manifiesto que, aun cuando el género establece distinciones al tratar de identificar poblaciones en riesgo (más mujeres con intento suicida), las características del intento evaluadas nos indican rasgos de vulnerabilidad similares en cuanto a edad, recurrencia, motivos y métodos. De este modo, tanto el género como la etapa evolutiva influyen en la problemática suicida de los escolares.

CUADRO 7
Indicadores de letalidad del intento suicida, según sexo: 1997 y 2000

Motivos	1997				2000			
	Hombres (n=208)		Mujeres (n=641)		Hombres (n=207)		Mujeres (n=802)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Objeto punzocortante	93	44.9	272	42.4	100	48.5	392	48.9
Hospitalización/tratamiento	57	28.1	151	23.6				
Deseaba morir					66	33.8	282	36.8
No le importaba si vivía o moría					95	48.7	369	48.2
No quería morir					34	17.4	115	15.0

Porcentajes calculados sobre cada total de hombres y mujeres.

Otro punto por demás interesante, y que lleva a reflexionar sobre las definiciones del intento suicida y su operacionalización en encuestas epidemiológicas y estudios psicosociales, es el indicador de letalidad. En la medición de 1997 se evaluó haber recibido algún tipo de atención: hospitalización/tratamiento a consecuencia del intento, y se identificó una mayor letalidad en los intentos de los hombres. Aunque menor, en las mujeres la proporción también fue considerable. Esto pone de manifiesto que en términos de prevención, educación y detección, la conducta suicida en los adolescentes conlleva un monto de riesgo en relación con las secuelas físicas y/o emocionales del intento.

En la medición de 2000, el indicador evaluado se refirió al deseo de morir, que se ha documentado, y que permite distinguir –en alguna medida– el intento suicida, con deseo de morir, y las lesiones autoinflingidas deliberadamente, sin el claro propósito de morir (Gunnell, 2000; Hurry, 2000; Thompson y Bhugra, 2000). De hecho, uno de los problemas que surge al comparar estudios es la definición de la conducta suicida, pues se reconoce que su espectro de posibilidades es muy amplio. Aun así, con este indicador, ambos sexos reportaron que casi a la mitad no le importaba si vivía o moría, y más de la tercera parte registró que deseaba morir.

Todos estos puntos revelan que la problemática suicida está presente entre la población escolar adolescente y, por lo mismo, requiere ser reconocida y atendida. A su vez, lo anterior lleva a la necesidad de instrumentar estrategias y acciones de prevención primaria: antes de que se presente la conducta suicida; y de prevención secundaria: cuando ésta ha ocurrido sin desenlace mortal y para evitar que vuelva a ocurrir.

En este terreno, cabe considerar otro punto: la búsqueda de atención y ayuda. Por supuesto, esto comprende un gran reto, pues la oferta de servicios para atender la problemática suicida adolescente es limitada en la Ciudad de México. Por tanto, una posibilidad es llevar a las escuelas las estrategias preventivas y los servicios de atención multidisciplinaria. Ejemplo de ello es insertar estrategias en la currícula educativa en vigencia; es decir, incorporar elementos para promover la salud emocional en las actividades académicas vigentes, como puede ser elaborar periódicos circulantes o murales, montar obras de teatro, producir programas de radio, etc. Todo ello implica una colaboración estrecha con los profesores de las distintas materias escolares, para que al cumplir con los objetivos académicos del curso escolar, se incida en la prevención con elementos que propicien la salud emocional. Otra estrategia consiste en incorporar instancias y equipos alternativos al pro-

ceso meramente académico, con equipos extraescolares multidisciplinarios.

Además, cabe señalar que estudios como el de Booth y Owens (2000) han documentado que una proporción de entre 60 a 75% de jóvenes suicidas no acudió a servicios de salud mental, aun cuando reconocía diferentes grados de malestar emocional. También hay que señalar que, a pesar de que los hombres se suicidan más, son ellos los que menos buscan ayuda en los servicios de salud mental. Por tanto, es necesario investigar mejor, con una perspectiva de género, las características de quienes buscan o no ayuda. Incidir en la prevención y la atención de la problemática suicida implica tomar en cuenta al adolescente y a su entorno familiar emocionalmente significativo. Cabe señalar que, por tratarse de menores de edad, es necesaria la aprobación del padre/madre o tutor(a) y que, en muchas ocasiones, la “resistencia al cambio” es un gran obstáculo, no sólo por parte del adolescente, sino también de sus familiares.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el financiamiento brindado a los proyectos 3431P-H y 30827-H. A la Secretaría de Educación Pública, a las autoridades de los planteles escolares y a los(as) estudiantes por su generoso apoyo y valiosa participación.

REFERENCIAS

1. BOOTH N, OWENS C: Silent suicide: suicide among people not in contact with mental health services. *Intern Rev Psychiatry*, 12:27-30, 2000.
2. CANETTO S, SAKINOFSKY I: The gender paradox in suicide. *Suicide Life-Threatening Behav*, 28(1):1-23, 1998.
3. DESJARLAIS R, EISENBERG L, BYRON G, KLEINMAN A: *World Mental Health Problems and Priorities in Low-income Countries*. Oxford University Press, Oxford, 1995.
4. DIEKSTRA R: The epidemiology of suicide and parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 371(supl):9-20, 1993.
5. DIEKSTRA RF: Suicidal behavior in adolescents and young adults: The international picture. *Crisis*, 10:16-35, 1989.
6. DURKHEIM E: *El Suicidio*. Universidad Nacional Autónoma de México, 1974.
7. ETERNOD AM: Los jóvenes en México. *JOVENes*, Cuarta Época, 1(1):12-23, 1996.
8. GALINDO CJ: *Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación*. Primera edición, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Addison Wesley Longman, México, 1998.
9. GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MEXICO: *Prontuario Estadístico de la Mujer en el Distrito Federal*. Gobierno del Distrito Federal, México, 1999.
10. 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. *Revista Mexicana Psicología*, 15(2):165-175, 1998.
11. GUNNELL DJ: The epidemiology of suicide. *Inter Rev Psychiatry*, 12:21-26, 2000.
12. HARRISON G, LLOYD K: Suicide and undetermined inju-

- ries: the case for public health target. *Inter Rev Psychiatry*, 12:5-6, 2000.
13. HIJAR M, RASCON RA, BLANCO J, LOPEZ I: Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental*, 19(4):14-21, 1996.
 14. HURRY J: Deliberate self-harm in children and adolescents. *Inter Rev Psychiatry*, 12:31-36, 2000.
 15. INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios*. Cuaderno No. 4, México, 1999.
 16. LEWINSOHN P, ROBERTS RE, SEELEY JR, ROHDE P: Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *J Abnor Psychol*, 103(2):302-315, 1994.
 17. PFEFFER CR: Risk factors associated with youth suicide: A clinical perspective. *Psychiatric Annals*, 18(11):652-656, 1988.
 18. THOMPSON N, BHUGRA D: *Intern Rev Psychiatry*, 12:37-43, 2000.
 19. WICHSTROM L: Predictors of adolescent suicide attempts: A nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Amer Academy Child Adolescent Psychiatry*, 39(5):603-610, 2000.
 20. VILLATORO J, MEDINA-MORA ME, ROJANO C, FLEIZ C, BERMUDEZ P, CASTRO P, JUAREZ F: ¿Ha cambiado el consumo de drogas en los estudiantes? Resultados de la encuesta de estudiantes de la medición otoño del 2000. *Salud Mental*, 25(1):43-54, 2002.