



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA DR. RAMÓN DE LA FUENTE

Factores asociados a la aparición de conductas suicidas en una población de
estudiantes de educación media superior y superior en la Ciudad de México.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

Luis Rodrigo Patiño Durán

Asesores:

Dr. Gerhard Heinze Martin

Dr. Francisco de la Peña Olvera

México, D. F. 30 de mayo del 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	IV
-----------------------	--------------------

INTRODUCCIÓN..... 1

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
HIPÓTESIS.....	5

MATERIAL Y MÉTODOS..... 6

TIPO DE ESTUDIO	6
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	6
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	6
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	6
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	8
PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	9
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	9

RESULTADOS..... 10

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	10
PREVALENCIA E INCIDENCIA DE CONDUCTA SUICIDA	11
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA INCIDENCIA DE CONDUCTA SUICIDA.....	12
EL PROCESO SUICIDA: DE PENSAMIENTOS DE MUERTE A IDEAS SUICIDAS Y DE IDEAS SUICIDAS A ACTOS SUICIDAS.	15

DISCUSIÓN..... 17

PREVALENCIA E INCIDENCIA DE LA CONDUCTA SUICIDA	17
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LA CONDUCTA SUICIDA	18
EL PROCESO SUICIDA.....	21
LIMITACIONES	21

CONCLUSIONES..... 23

REFERENCIAS	24
-------------------	--------------------

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros:

Mis padres, mi esposa, Don Santiago,
Marijke, Lino, Francisco, Jorge, Iván, Doris
y compañeros de residencia

Al Dr. Gerhard Heinze por su apoyo y enseñanza

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

El suicidio en adultos jóvenes se ha convertido en una preocupación general en muchos países. Registros de países occidentales como el Reino Unido, Estados Unidos, Bélgica y Polonia, resaltan que los índices de suicidios consumados se han aumentado en las últimas dos décadas. En México, a pesar de encontrar cifras bajas de suicidios consumados (5.4/100,000 en jóvenes entre 15 y 24 años) comparadas con las de Estados Unidos (10.9) y Finlandia (19.9), se ha observado un incremento importante entre 1998 y 2000.

Los adolescentes y adultos jóvenes representan un grupo idóneo, empero elusivo, para implementar estrategias preventivas en materia de suicidio. El entendimiento de los factores y procesos asociados a que un adulto joven se quite la vida es de suma importancia para poder garantizar que se implementen estrategias preventivas y que los servicios de salud sean lo más eficiente posible en detectar e intervenir tempranamente.

Los investigadores en el campo del suicidio reconocen que la generalización de sus resultados se ven limitados por distintos factores, entre ellos: la población estudiada, las tasas de participación, el tipo de datos que colectan, sesgos de memoria, sesgos de información asociados al auto reporte de pensamientos suicidas, intencionalidad y conductas suicidas. Otro problema en la validez externa de los estudios de suicidio se refiere a la terminología utilizada en los estudios. La terminología en cuanto a estudios suicida ha sido una fuente de controversia que ha llevado a amplias revisiones sobre su uso apropiado para estudios de investigación. En general, se ha llegado al consenso que la conducta suicida comprende un rango de conductas que incluyen pensamientos sobre una muerte intencionada a planes suicidas, acciones que comprenden actos de baja letalidad a medicamento severa letalidad y muerte por suicidio.

La conducta suicida se define como la acción mediante la cual un individuo se autolesiona cualquiera que sea el grado de intención letal y el reconocimiento de la razón genuina de esta acción. Esta definición tan amplia ayuda a conceptualizar la suicidalidad como un *continuum*: iniciando con ideas de autodestrucción, extendiéndose a amenazas, gestos suicidas, intentos suicidas y finalmente suicidios consumados. Dicha progresión en conductas suicidas ha sido referida por algunos autores como el “proceso suicida”. En éste “proceso” las conductas se extienden y a menudo se sobre ponen unas a otras. La evidencia empírica sugiere que una vez que un individuo entra en el “proceso”, i.e. experimenta ideas de autodestrucción desde leves a severas, permanece vulnerable a actuar conducta suicida en el futuro. En su estudio original, Runeson et al escribieron el proceso suicida definiéndolo como la interacción entre el individuo y su ambiente, que acumula experiencias de tal forma que las ideas de muerte dan pie a ideas suicidas, de planes a gestos suicidas y de gestos a actos consumados. Los autores argumentan que el proceso opera tanto a nivel conciente, como a nivel inconciente. La experiencia personal del proceso puede ser comunicada a otros o no, pero troquela una vulnerabilidad general en el

individuo hacia futuras conductas suicidas. Examinar el proceso suicida en adolescentes y adultos jóvenes puede mejorar nuestro entendimiento sobre el curso de la conducta suicida y resaltar potenciales puntos para intervenciones tempranas con fines preventivos.

Aunque el término de proceso suicida ha sido adoptado por varios autores, la validez de dicho constructo aún es cuestionada. Sin embargo, al menos dos estudios epidemiológicos han demostrado la estrecha correlación existente entre la ideación suicida y los actos suicidas. En el primero Pirkis estudio una muestra de 10641 sujetos australianos, en los cuales encontró que 16% presentaban ideación suicida, entre ellos 12% habían realizado un intento suicida en el año de seguimiento prospectivo. Por su parte Kuo en una cohorte de 3481 individuos estudio la conducta suicida en un periodo de 13 años y encontró que los individuos que iniciaron el seguimiento con ideas suicidas tuvieron seis veces mayor riesgo de realizar un intento suicida que aquellos que no las presentaban.

Por otra parte la cadena existente entre la ideación suicida y los actos suicidas se evidencia en un estudio reciente sobre la conducta suicida realizado en Brazil Este estudio latinoamericano, encontró que por cada 17 personas que habían “seriamente considerado poner un fin a sus vidas”, cinco habían planeado un acto suicida, tres realizaron un intento suicida y de estos solo un recibe atención médica pertinente.

Por lo anterior se entiende que la presencia de ideas suicidas presentan un incremento de riesgo sustancial para la realización de un intento suicida. Mientras que el principal riesgo de suicidio consumado es el antecedente de intentos suicidas en el pasado.

A pesar de la evidencia de que la conducta suicida (comprendiendo el *continuum* del proceso suicida) puede observarse en muestras poblacionales, la mayor parte de los datos epidemiológicos existentes se derivan de estadísticas de mortalidad y por ende se restringen al suicidio consumado propiamente dicho. Por su parte, la ideación suicida ha sido estudiada más a menudo en poblaciones clínicas que en epidemiológicas. Estos estudios limitan nuestro entendimiento del proceso suicida al enfocarse en el extremo terminal de éste supuesto *continuum*. El no profundizar en el extremo proximal, no sólo limita nuestro entendimiento sino de igual forma restringe las acciones de intervención en medidas secundarias y no primarias. Por ende, se vuelve necesario y lógico el estudio de individuos no solo reportando actos suicidas, sino aquellos con planes suicidas, ideas de muerte y fantasías de autodestrucción.

Además de lo mencionado, sabemos que el estudio de individuos con ideación suicida esta plenamente justificado; ya que estos individuos suelen hacer un mayor uso de los servicios de salud mental o general. Este grupo, además de utilizar con mayor frecuencia los servicios de salud, requiere de asistencia adicional: tratamiento especializado, consejería, información y orientación; misma que con frecuencia no es suficiente. Por lo anterior podemos asumir que se trata de una población vulnerable en cuanto a acceso a servicios de salud mental se refiere.

Por otra parte, existen pocos estudios que relacionen factores sociodemográficos y de historia de vida con la conducta suicida (desde la ideación hasta el acto consumado) y

estos por lo general han sido realizados de forma transversal. El estudio de estos correlatos de forma longitudinal podría identificar verdaderos factores de riesgo que pudiesen ser utilizados en intervenciones tempranas encaminadas a la prevención del acto suicida. Muchos sujetos que inician conductas suicidas y/o realizan un intento suicida nunca llegan a los centros de atención de salud mental. Un posible método para conocer sobre su existencia y las características de dichos individuos es a través de estudios comunitarios.

Se ha estimado que el 1.4% del “peso” global causado por enfermedad en el 2002 se debió a intentos suicidas y los estimados realizados a la fecha pronostican que para el año 2020 alcanzará el 2.4%. Aproximadamente 10-18% de la población a lo largo de distintas culturas reportan ideación suicida y 3-5% han intentado suicidarse a lo largo de la vida. Estos estimados se obtienen de un estudio grande realizado por Weismann en 1999 en donde estudió a nueve distintas culturas (USA, Canada, Puerto Rico, Francia, Alemania, Nueva Zelanda, Líbano, Taiwán y Corea del Sur). Este estudio demostró la heterogeneidad en estas culturas en torno a la conducta suicida. Encontró por ejemplo tasas de ideación suicida que se expandían del 2.1% (en Beirut Líbano) al 19% (en Christchurch Nueva Zelanda). Han existido diversas explicaciones a dicha heterogeneidad que expanden desde mayor voluntad para admitir en el estudio la ideación suicida (estigmas culturales), mayores índices de patología mental en distintas poblaciones, mayores tasas de adversidad psicosocial y factores culturales protectores en la ideación suicida.

Por lo general resulta más apropiado considerar a la conducta suicida como determinada de forma multifactorial. En cuanto a los trastornos psiquiátricos asociados a la suicidalidad existen una plétora de estudios clínicos y varios epidemiológicos los cuales señalan factores como la presencia de síntomas depresivos, síntomas psicóticos y dependencia/abuso de sustancias como los más prevalentes. Sin embargo, un número de estudios revisan factores no asociados a psicopatología como lo son factores sociodemográficos, padecimientos médicos graves, disfunción familiar y eventos traumáticos, todos ellos asociados de manera independiente con la ideación suicida y/o los intentos suicidas.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los principales factores asociados a la aparición de conducta suicida autorreportada en jóvenes estudiantes de primer ingreso a la universidad de la Universidad Nacional Autónoma de México?

Justificación

Poco se conoce acerca los factores asociados con la emergencia de suicidalidad en jóvenes universitarios en México. El impacto de la suicidalidad en la calidad de vida y los años de vida saludables perdidos por discapacidad es enorme. Sin embargo, la intervención secundaria, a pesar de ser necesaria es un paso ya muy tarde. Mientras que las estrategias globales de prevención e intervención son costosas y suelen rendir pocos resultados. Por otra parte, intervenciones específicas en grupos de alto riesgo pueden complementar las acciones de prevención, detección oportuna y tratamiento eficaz. Estudiar esta población ayudaría a proveer de observaciones y reflexiones que incrementarían el conocimiento en torno a los factores personales, demográficos y socioculturales asociados a la conducta suicida.

El aportar evidencia sobre a la asociación de ciertos factores psicosociales con la aparición de conducta suicida en jóvenes estudiantes, puede servir de base para futuros estudios; además de contribuir a la planeación y asignación de recursos destinados a la intervención oportuna y prevención en una población en riesgo para iniciar con conductas suicidas.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los factores asociados a la aparición de síntomas de suicidalidad autorreportados y estimar su fuerza de asociación.

Objetivos Específicos

Estimar la prevalencia general y la incidencia a tres años de las diversas formas de conducta suicida.

Determinar si existen diferencias factores de adversidad psicosocial, consumo de sustancia, conducta sexual y disfunción familiar en la aparición de síntomas de suicidalidad autorreportados.

Determinar si existen diferencias de sexo en los factores de riesgo para la aparición de suicidalidad autorreportada.

Cuantificar la fuerza de asociación de las variables en estudio en caso de que existan diferencias entre casos y controles.

Comprobar el proceso suicida en individuos que reportaban ya alguna conducta suicida al inicio del seguimiento.

Hipótesis

Los jóvenes que reportan la aparición de conducta suicida a lo largo de 3 años, tendrán de forma específica mayores tasas reportadas o un patrón específico de disfunción familiar, conducta sexual, consumo de sustancias, adversidad psicosocial y síntomas ansiosos/afectivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Según la clasificación de estudios epidemiológicos de Keneth Rothman se trata de un estudio de prospectivo de cohorte abierta de en una población estudiantil de educación media superior que continuo estudios hacia educación superior..

Población en estudio y tamaño de la muestra

Se utilizará una muestra de estudiantes que cursaron exitosamente los estudios de preparatoria en escuelas del sistema de bachilleres de la UNAM que ingresaron a la educación superior en alguna de las facultades y escuelas de licenciatura de la UNAM campus Ciudad Universitaria. Se estudio a la población de estudiantes que ingresó a las escuelas de preparatoria en el año 2004 y que ingresaron en el año 2007 a la UNAM. En la evaluación inicial del 2004 se contaban con 27,426 registros de evaluación basal; de estos 11,641 fueron nuevamente evaluados en el 2007, ésta población representa a aquellos que completaron la preparatoria e ingresaron a la universidad en ese año.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

Generales

1. Alumnos de todas las edades
2. Ambos sexos
3. Que cursaron exitosamente la preparatoria en 3 años
4. Con registros válidos para ambas mediciones
5. Con registros completos en las variables de estudio

Criterios de exclusión:

Generales

1. Alumnos con al menos un registro perdido
2. Alumnos que cursaron estudios de preparatoria en 4 o más años

Criterios de eliminación:

1. Alumnos que hayan solicitado el retiro de su información personal de la base de datos.

Variables y escalas de medición

Variable dependiente:

Suicidalidad: Se definió como una variable categórica dicotómica de tipo nominal: presencia/ausencia. Está definida a través de cinco preguntas relacionadas a la conducta suicida que han sido extraídas de la escala de suicidabilidad de Okasha. Las preguntas incluyen las siguientes aseveraciones que son contestadas de forma afirmativa o negativa (e.g. “sí” o “no”):

- ¿Has pensado qué no vale la pena vivir?
- ¿Alguna vez has deseado dejar de existir?
- ¿Alguna vez te has sentido tan mal que piensas que vale más la pena morir que vivir?
- ¿Alguna vez has estado a punto de quitarte la vida?
- ¿Alguna vez has intentado suicidarte?

Las preguntas presentaron una confiabilidad interna de Kuder-Richardson de 0.72 y el análisis de Mokken de escalabilidad fue de 0.68, lo que indica que estas preguntas tienen una estructura que sugiere buena escalabilidad y confiabilidad.

Operacionalmente se definió *suicidalidad* como la presencia de cualquiera de ellas reportada como positiva; mientras que como ausente si todas ellas son reportadas como negativas. Adicionalmente se estudiaron cada una de las distintas formas de conducta suicida (i.e. ¿... *has intentado suicidarte?* en cuyo caso únicamente se definirá como la presencia de la respuesta si).

Variables independientes:

Se considerarán como variables independientes a la adversidad psicosocial, consumo de sustancias, disfunción familiar, conducta sexual, presencia y/o persistencia de síntomas ansiosos y depresivos. Estas variables se valorarán en su presencia o ausencia en la medición basal y final.

Adversidad psicosocial: se incluye en la medición de adversidad psicosocial la presencia a lo largo de la vida de abuso físico, psicológico y sexual; y se evalúa el nivel socioeconómico.

Para la medición de abuso sexual se extrajeron preguntas específicas al respecto a lo largo de la vida y se incluyeron en la medición abuso cometido en casa por familiares, en la escuela por pares y el perpetrado por extraños. Se definieron como variables dicotómicas (presente/ausente). Para determinar su presencia y ausencia se utilizaron siete preguntas: (tres para abuso físico, tres para abuso psicológico y una para abuso sexual). La consistencia interna de estas siete preguntas se midió con la fórmula de Kuder-Richardson-20 y se obtuvo un valor de 0.62. De forma que adicionalmente se presentó una variable de abuso a lo largo de la vida en cualquiera de sus modalidades como presente y ausente.

El consumo actual de sustancias se clasificó como presente y ausente según 12 preguntas que indagaban por el uso actual (en los últimos doce meses) de las siguientes sustancias: alcohol, nicotina, alucinógenos, estimulantes, cocaína, heroína, inhalables y

cannabis. Estos ítems incluían preguntas sobre el consumo actual (en los últimos 12 meses) y patrón de consumo de alcohol, nicotina y otras sustancias psicotrópicas.

La presencia de síntomas depresivos y ansiosos se evaluó a través de una escala adaptada de la escala *Goldberg* de síntomas ansiosos y afectivos en la comunidad. Se trató de ocho preguntas, de las cuales 3 eran relacionadas a la desesperanza. Estas preguntas se evaluaban de tipo intensidad en: siempre, a veces y nunca. La escalabilidad de todas las preguntas fue pobre con una alfa de Cronbach de tan sólo 0.58 y una H de Mokken de 0.57. Sin embargo, las tres preguntas de desesperanza si presentaron mejor confiabilidad interna: alfa de Cronbach de 0.85 y una H de Mokken de 0.63. Por lo que se computaron las calificaciones totales de síntomas ansioso-depresivo y la presencia o ausencia de desesperanza si se contestaba que siempre a alguna de las tres preguntas sobre desesperanza.

La conducta sexual de alto riesgo se definió tomando en cuenta las siguientes variables: inicio de vida sexual activa precoz (es decir antes de los 15 años), múltiples parejas sexuales sin uso de preservativo, parejas del sexo opuesto sin uso de preservativo y presencia a lo largo de la vida o tratamiento a lo largo de la vida para una enfermedad de transmisión sexual.

Se estudiará la influencia adicional de sexo y nivel socioeconómico como covariables de estudio.

Escala de medición

La escala de medición utilizada es el Examen Médico Automatizado. Se trata de un instrumento autoaplicable que implementa anualmente el área de servicios médicos de la UNAM. Los datos sobre la validación y derivación de dicho instrumento aún no han sido publicados por lo que no cuento con estos datos.

Recolección de datos y análisis de los resultados

La base de datos contiene dos mediciones (t0: medición basal al ingresar al bachillerato; y t1: medición final al ingresar a la universidad). La medición basal (t0) se realizó en todos los estudiantes del sistema de bachilleratos de la UNAM en el año 2004, esta medición se realizó al ingreso a la educación media superior. La medición final (t1) se realizó al ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México en el año (2007). De forma que se tuvo el seguimiento de esta cohorte a lo largo de tres años, sin embargo, la cohorte estuvo abierta de manera que ingresaron sujetos en t1 y se perdieron sujetos valorados en t0. En este estudio se consideraron sólo aquellos alumnos con registro válido en la medición basal, que completaron exitosamente el bachillerato en 3 años e ingresaron a una licenciatura de la UNAM (n = 11,641). De forma que el análisis de la muestra fue de aquellos con tanto medición en t0 como en t1.

Plan de análisis de resultados

Se calcularán medidas de tendencia central y porcentajes para describir las variables sociodemográficas, de adversidad psicosocial, presencia y persistencia de síntomas ansioso/depresivos y de consumo de sustancias. Se calculará la prevalencia de conducta en la medición basal y la incidencia de conducta suicida en la medición final en aquellos libres de estas conductas en la evaluación final. Se estudiará la asociación de las variables independientes con la conducta suicida a través de análisis univariado, calculando razones de momios con intervalos de confianza de 95 % utilizando los métodos de Mantel-Hanzel y por análisis multivariado utilizando modelos de regresión logística teniendo la conducta suicida como variable dependiente y como variables independientes el consumo de sustancias, conducta sexual, disfunción familiar y adversidad psicosocial.

Implicaciones Éticas del Estudio

Se considera una investigación sin riesgos ya que se trata de la revisión de expedientes clínicos de una base de datos ya existente. Los alumnos contestaron de forma voluntaria los cuestionarios del EMA y el rehusarse a contestarlos no repercutía con su formación académica. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Centro Médico de la Universidad Nacional Autónoma de México, que no otorgó el permiso para hacer la revisión de los expedientes.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Las características demográficas de la muestra con una evaluación basal y final válida ($n = 11,628$) se resumen en la **Tabla 1**. La población estudiada mostró un predominio femenino, encontrándose un 63.3%. El promedio de edad al inicio del seguimiento (al iniciar el bachillerato) fue de aproximadamente 16 años con un rango de entre 14 y 25 años. Al inicio del seguimiento 4.3% de los individuos reportaron ya haber iniciado su vida sexual activa. De estos individuos con vida sexual activa casi la mitad reportaba haber iniciado su vida sexual entre los 15 y 17 años y poco más de dos terceras partes antes de los 15 años. Aproximadamente uno de cada diez estudiantes reportó al inicio del seguimiento haber sido receptor de alguna forma de abuso (i.e. físico, sexual o psicológico); del total de estudiantes cerca de uno de cada doscientos reportaron haber sido víctima de abuso sexual. La distribución del estado socioeconómico de la muestra se centro en el rango medio 47 %.

Tabla 1. Características basales de la muestra

Variable	Porcentaje (media \pm d.e.)
Sexo femenino	63.3 %
Edad	(15.9 \pm 1.1)
Salud sexual	
Vida sexual activa	4.3 %
Inicio de vida sexual	
Antes de los 15 años	39.0 %
Entre los 15 y 17 años	46.6 %
Después de los 17 años	14.3 %
Conducta sexual de riesgo	2.0 %
Antecedente de abuso	10.1 %
Físico	9.5 %
Psicológico	0.7 %
Sexual	0.5 %
Consumo de sustancias	20.9 %
Alcohol	19.9 %
Nicotina	3.7 %
Sustancias ilegales	0.1 %
Nivel socio económico	
Bajo	35 %
Medio	47 %
Alto	18 %

Prevalencia e incidencia de conducta suicida

En la evaluación basal de la muestra se encontraron 11,641 registros válidos para conducta suicida. En ésta medición basal se detectó que cerca de 20% de la muestra reportaron alguna forma de conducta suicida. De tal manera que existieron 9,230 sujetos sin conducta suicida basal disponibles para el estudio de casos incidentes de conducta suicida. La **Tabla 2** resume los datos obtenidos sobre la prevalencia basal e incidencia subsecuente de conducta suicida, en esta muestra de estudiantes que exitosamente completaron en tres años sus estudios de bachillerato e ingresaron a estudios superiores en la Universidad Nacional Autónoma de México.

Tabla 2. Descripción de conducta suicida

Variable	Prevalencia basal n = 11,641	Casos incidentes a tres años ^a n = 9,230
Pensado que no vale la pena vivir	7.5 %	5.8 %
Deseado dejar de existir	15.4 %	11.2 %
Pensado que vale más la pena morir que vivir	5.7 %	3.7 %
A punto de intentar quitarse la vida	1.7 %	1.2 %
Intento suicida	3.2 %	3.0 %
Cualquier forma de conducta suicida	19.9 %	15.6 %

^a Muestra de pacientes que negaron cualquier forma de conducta suicida en la evaluación basal.

En cuanto a la prevalencia, se encontró que aproximadamente 7.5 % de los estudiantes evaluados refirieron que “han pensado que no vale la pena vivir”. Por otra parte la conducta suicida más reportada fue el “deseo de dejar de existir” (15.4 %). Aproximadamente cinco por ciento de los estudiantes reportaron haber pensado que “vale más la pena morir que vivir”. Cerca de un dos por ciento de los estudiantes reportaron que en algún momento de su vida estuvieron “a punto de quitarse la vida” y alrededor de tres de cada cien alumnos mencionaron que en algún momento de su vida realizaron algún acto específico con la finalidad de quitarse la vida.

En aquellos alumnos que negaron cualquier conducta suicida en la evaluación inicial, se estudió la incidencia de las diversas conductas suicidas. En general, se encontró que 15.6 % de los alumnos refirieron la aparición de alguna forma de conducta suicida a lo largo de tres años de seguimiento. Asimismo, aproximadamente 5.8 % de los alumnos refirieron la incidencia de pensamientos de que “no vale la pena vivir”, 11.2 % de que deseaban “dejar de existir”, 3.7% pensamientos de que “vale más la pena morir que vivir” y 1.2 % de estar “a punto de intentar quitarse la vida”. De manera específica cerca de un 3 % de los alumnos que exitosamente completaron su preparatoria en 3 años y que ingresaron a alguna de las escuelas o facultades de la UNAM refirieron la incidencia de un intento suicida.

Factores sociodemográficos asociados a la incidencia de conducta suicida

La **tabla 3** resume el efecto de las variables sociodemográficas sobre la incidencia de la conducta suicida, mientras que la **tabla 3.1** resume el efecto de los eventos adversos de la vida. Se calcularon las razones de momios de las variables sociodemográficas y clínicas para la incidencia de las distintas formas de conducta suicida. Posteriormente se elaboraron modelos de regresión logística utilizando a la conducta suicida como variable dependiente y a las características sociodemográficas como variables independientes, de tal forma que se aisló el efecto independiente de cada una de las características sociodemográficas.

Tabla 3. Factores asociados a la incidencia de conducta suicida

	Pensado que no vale la pena vivir	Deseado dejar de existir	Pensar que vale más morir que vivir	A punto de intentar quitarse la vida	Intento suicida
	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)
Sexo femenino	1.20 ^a (1.1-1.4)	1.68 ^a (1.5-2.0)	1.20 ^b (1.0-1.4)	1.62 ^a (1.2-2.2)	2.05 ^a (1.7-2.5)
Edad	1.01 (0.9-1.1)	1.00 (0.9-1.04)	1.02 (0.9-1.06)	0.98 (0.8-1.04)	1.03 (0.9-1.1)
Inicio de vida sexual temprana	1.30 (0.8-2.0)	1.18 (0.8-1.7)	1.45 (0.9-2.3)	1.69 (0.9-3.3)	1.74 ^b (1.1-2.8)
Conducta sexual de riesgo	1.29 (0.8-2.0)	1.18 (0.8-1.7)	1.44 (0.9-2.3)	1.60 (0.8-3.1)	1.96 ^a (1.2-3.1)
Nivel socio económico bajo	1.65 (0.89-1.23)	1.89 (0.98-2.4)	1.75 (0.85-1.89)	1.9 (0.75-4.5)	1.23 (0.69-5.0)

* Razón de momios ajustada para conducta suicida basal

^a valor de p menor a 0.001

^b valor de p menor a 0.05

En el análisis univariado se encontró que sexo femenino, antecedente de abuso en la evaluación basal, consumo de sustancias, actividad sexual de alto riesgo, síntomas ansioso depresivos y desesperanza estaban asociadas a las distintas conductas suicidas. La edad no se encontró estar asociada a ninguna forma de conducta suicida. Al ajustar para conducta suicida a lo largo de la vida (i.e. la reportada en la evaluación basal), sólo sexo femenino, antecedente de abuso, síntomas depresivos/ansiosos y desesperanza permanecieron asociadas a todas las formas de conducta suicida; mientras que, en el caso de consumo de sustancias y conductas sexuales de alto riesgo sólo permanecieron asociadas a intento suicida.

En el caso de sexo femenino hallamos un riesgo 1.2 veces mayor para la incidencia de la *sensación de que no vale la pena vivir* (RM 1.2 IC 95 % 1.03 – 1.38) y para *pensar que vale más la pena morir que vivir* (RM 1.2 IC 95 % 1.02 – 1.40). Para el caso de los *deseos de dejar de existir* y las ideas de *estar a punto de quitarse la vida* el riesgo para

mujeres fue casi dos veces mayor (RM 1.68 IC 95 % 1.5 – 1.9 y RM 1.62 IC 95 % 1.2 – 2.2 respectivamente). Para intento suicida el riesgo para las mujeres fue exactamente dos veces mayor (RM 2.0 IC 95% 1.7 – 2.5).

Tabla 3.1 Eventos adversos de la vida asociados a la incidencia de conducta suicida

	Pensado que no vale la pena vivir	Deseado dejar de existir	Pensar que vale más morir que vivir	A punto de intentar quitarse la vida	Intento suicida
	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)
Antecedente de abuso	1.60 ^a (1.3-1.9)	1.43 ^a (1.2-1.7)	1.83 ^a (1.5-2.2)	1.95 ^a (1.4-2.6)	1.77 ^a (1.4-2.2)
Físico	1.60 ^a (1.3-1.9)	1.43 ^a (1.2-1.6)	1.83 ^a (1.5-2.2)	1.95 ^a (1.4-2.6)	1.77 ^a (1.4-2.2)
Psicológico	2.5 ^a (1.5-4.2)	1.8 ^a (1.1-3.0)	1.46 (0.8-2.7)	2.80 ^a (1.3-5.8)	3.03 ^a (1.7-5.3)
Sexual	0.97 (0.5-2.0)	1.53 (0.8-3.2)	1.56 (0.8-3.2)	1.53 (0.5-4.3)	1.60 ^a (0.7-3.5)
Consumo de sustancias	1.15 (0.8-1.3)	0.99 (0.8-1.1)	1.10 (0.9-1.3)	1.26 (0.9-1.6)	1.5 ^a (1.2-1.8)
Alcohol	1.12 (0.9-1.3)	0.98 (0.8-1.1)	1.07 (0.9-1.3)	1.16 (0.8-1.5)	1.47 ^a (1.2-1.8)
Nicotina	1.29 (0.8-2.1)	0.98 (0.6-1.4)	0.87 (0.5-1.7)	1.57 (0.6-3.9)	1.45 ^a (1.1-1.9)
Otras	2.1 (0.5-8.7)	1.02 (0.3-4.1)	1.67 (0.4-8.3)	2.13 (0.3-17.5)	0.95 (0.1-7.7)
Síntomas depresivos/ansiosos	1.05 ^a (1.01-1.08)	1.02 (0.99-1.05)	1.07 ^a (1.03-1.11)	1.08 ^b (1.01-1.13)	1.09 ^a (1.03-1.12)
Desesperanza	1.76 ^a (1.6-2.0)	1.72 ^a (1.5-1.9)	1.83 ^a (1.6-2.0)	1.46 ^a (1.2-1.7)	1.48 ^a (1.3-1.7)

* Razón de momios ajustada para conducta suicida basal

^a valor de p menor a 0.001

^b valor de p menor a 0.05

Para aquellos con antecedente de abuso sexual el riesgo para la aparición de *sensación de que no vale la pena vivir, pensar que vale más la pena morir que vivir, estar a punto de quitarse la vida* y para intento suicida fue casi dos veces mayor (RM 1.6 IC 95 % 1.3 – 1.9; RM 1.83 IC 1.5 – 2.2; RM 1.95 IC 95 % 1.4 – 2.6; RM 1.77 IC 95 % 1.4 – 2.2 respectivamente). Mientras que para los *deseos de dejar de existir* el antecedente de abuso confirió un riesgo 1.5 veces mayor (RM 1.43 IC 95 % 1.2 – 1.7). Específicamente el abuso físico y psicológico se asoció consistentemente con prácticamente todas las conductas suicidas. Para el caso de abuso sexual no se encontró asociación con ninguna conducta suicida y los intervalos de confianza de los estimados de riesgo fueron amplios.

Con lo que respecta a los síntomas ansiosos y depresivos basales se observó que en promedio el riesgo aumentaba 1.05 veces por cada incremento en puntaje en la escala de Goldberg (ver tabla 3). Para los síntomas de desesperanza se observó que el riesgo aumentaba casi dos veces por cada uno de los síntomas acumulados (de uno a tres) para la *sensación de que no vale la pena vivir*, los *deseos de dejar de existir* y el *pensar que vale más la pena morir que vivir*. Éste riesgo bajaba a casi 1.5 veces para *estar a punto de quitarse la vida* y para intento suicida (RM 1.46 IC 95 % 1.2 – 1.7 y RM 1.48 IC 95 % 1.3 – 1.7 respectivamente). De forma interesante, la conducta sexual precoz y de alto riesgo (que incluye conducta sexual precoz) sólo estuvieron asociadas a la incidencia de intento suicida (RM 1.74 IC 95 % 1.1 – 2.8 y RM 1.96 IC 95 % 1.4 – 2.2) y no de las otras formas de conducta suicida. De igual manera el antecedente de consumo de sustancias en la valoración inicial (en específico el de alcohol) solo se asoció a la incidencia de intentos suicidas (RM 1.5 IC 95 % 1.2 – 1.8). Pareciera importante resaltar que para el consumo de sustancias ilícitas los intervalos de confianza fueron muy amplios (e.g. de 0.3 – 17.5 en el caso de *estar a punto de quitarse la vida*).

Posteriormente se ingresaron a un modelo multivariado todos los factores sociodemográficos que mostraron asociaciones sólidas con la aparición de conductas suicidas. Los estimados permanecieron prácticamente sin cambio para sexo femenino y antecedente de cualquier forma de abuso, tan sólo los intervalos de confianza que mostraron un discreto incremento en su intervalo. Mientras que los estimados para síntomas ansiosos y depresivos perdieron de forma importante su fuerza de asociación y para la desesperanza se robustecieron. En la **tabla 4** se presentan los estimados finales del modelo multivariado.

Tabla 4. Mejores predictores de la incidencia de conducta suicida

	Pensado que no vale la pena vivir	Deseado dejar de existir	Pensar que vale más morir que vivir	A punto de intentar quitarse la vida	Intento suicida
	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)	RM* (IC95%)
Sexo femenino	1.25 ^b (1.1-1.5)	1.77 ^a (1.5-2.0)	1.33 ^b (1.1-1.5)	1.86 ^a (1.3-2.5)	2.35 ^a (1.9-2.9)
Antecedente de abuso	1.60 ^a (1.3-1.9)	1.67 ^a (1.2-1.7)	1.82 ^a (1.5-2.2)	2.27 ^a (1.7-3.1)	1.99 ^a (1.6-2.5)
Síntomas ansioso/depresivos	0.95 (0.9-1.0)	0.96 (0.9-1.0)	0.97 (0.9-1.01)	1.01 (0.9-1.1)	1.03 (0.9-1.1)
Desesperanza	1.83 ^a (1.6-2.1)	1.59 ^a (1.4-1.8)	1.79 ^a (1.5-2.1)	1.40 ^a (1.1-1.7)	1.25 ^a (1.1-1.5)
Conducta sexual de riesgo	-	-	-	-	1.32 ^a (1.1-1.6)
Consumo de sustancias	-	-	-	-	1.71 ^a (1.1-2.75)

^a valor de p menor a 0.001 ^b valor de p menor a 0.05

El proceso suicida: de pensamientos de muerte a ideas suicidas y de ideas suicidas a actos suicidas.

Para estudiar la presencia del proceso suicida en la incidencia de nuevas formas de conducta suicida se elaboraron razones de momios para evaluar la asociación y el efecto que la presencia de las distintas formas de conducta suicida tenían sobre la incidencia de nuevas formas de conducta suicida. Dichas razones de momios fueron ajustadas con las variables sociodemográficas que resultaron significativas tanto en el análisis univariado como en el multivariado de las distintas conductas suicidas, de forma que se aisló el efecto independiente de las distintas formas de conducta suicida. La **tabla 5** resume dichos hallazgos.

Tabla 5. Proceso suicida: razones de momios ajustados^a

Variables en la evaluación inicial	Variables en la evaluación final RM (IC95%)			
	Deseado dejar de existir	Pensar que vale más morir que vivir	A punto de intentar quitarse la vida	Intento suicida
Pensado que no vale la pena vivir	5.08 (4.4-5.9)	6.45 (5.5-7.8)	7.1 (5.5-9.2)	5.6 (4.6-6.7)
Deseado dejar de existir		5.32 (4.6-6.2)	6.15 (4.8-7.8)	5.02 (4.2-5.9)
Pensar que vale más morir que vivir			7.87 (6.0-10.3)	6.75 (5.5-8.3)
A punto de intentar quitarse la vida				18.6 (13.8-25.0)

^a Ajustados para sexo, antecedente de abuso, consumo de sustancias (sólo para intento suicida) y síntomas depresivos.

El haber reportado la presencia de *pensamientos de que no vale la pena vivir*, comparado con aquellos que no reportaron estas ideas de muerte en la evaluación basal, representaron un riesgo cinco veces mayor de reportar a los tres años *deseos de dejar de existir* (RM 5.08 IC 95 % 4.4 – 5.9) y seis veces mayor de reportar en el seguimiento pensamientos de *que vale más la pena morir que vivir* (RM 6.45 IC 95 % 5.5 – 7.8). A su vez, los pensamientos de que no vale la pena vivir, en el seguimiento incrementaron el riesgo siete veces de presentar ideas de *estar a punto de quitarse la vida* (RM 7.1 IC 95% 5.5 – 9.2). En cuanto a un intento suicida, el reporte de pensamientos de que no vale la pena vivir en la medición basal incrementaba el riesgo a tres años en casi seis veces (RM 5.6 IC 95 % 4.6 – 6.7).

En el caso del reporte basal de deseos de dejar de existir, se encontró que el riesgo para la aparición a tres años de pensamientos de que vale más la pena morir que vivir fue cinco veces mayor que en aquellos que no lo reportaron (RM 5.32 IC 95 % 4.6 – 6.2). Para el caso de ideas de estar a punto de intentar quitarse la vida se encontró que la presencia basal de deseos de dejar de existir incrementaban el riesgo en un factor de seis (RM 6.15 IC

95 % 4.8 – 7.8). La fuerza de asociación expresada en riesgo con los deseos de dejar de existir en la medición basal para la aparición de un intento suicida a los 3 años de seguimiento fue de casi seis veces (RM 5.6 IC 95 % 4.6 – 6.7).

Para los pensamientos que vale más la pena morir que vivir se encontró que su reporte en la evaluación inicial dio un riesgo en la evaluación de seguimiento casi ocho veces mayor para estar a punto de quitarse la vida (RM 7.87 IC 95 % 6.0 – 10.3) y siete veces mayor para un intento suicida (RM 6.75 IC 95 % 5.5 – 8.3). Mientras que, para la presencia basal de el autorreporte de estar a punto de quitarse la vida se encontró un riesgo casi 19 veces mayor para la aparición de intento suicida (RM 18.6 IC 95 % 13.8 – 25).

DISCUSIÓN

Prevalencia e incidencia de la conducta suicida

Los estimados de prevalencia a lo largo de la vida de ideación suicida (19.9 %) y de intento suicida (3.2 %) obtenidos en ésta muestra son parecidos a los reportados por otras fuentes. El estudio internacional que realizó Weissman en 1999 encontró que la prevalencia de ideación suicida e intentos suicidas en nueva países osciló entre 10 % a 28 % para ideación y entre 3 % y 5 % para intento suicida. Se encontró que las cifras mostraban una variación muy amplia, con cifras bajas para ideación en Beirut, Libano (2.1 %) y altas en Christchurch, Nueva Zelanda (18.5 %). Los autores de éste estudio intentaron explicar la disparidad y heterogeneidad de los resultados en posibles diferencias sociales y culturales, tanto para admitir la presencia de ideas de muerte como también para presentarlas. Este hecho resalta la necesidad de encontrar estimados basados en poblaciones hispanoamericanas para comparar nuestros resultados.

El estudio de Weismann incluyó dentro de los nueve países a Puerto Rico, como representante de una comunidad latinoamericana, los estimados de prevalencia para ideación suicida en éste país fueron de 9.5 % y de 5.9 % para intento suicidas a lo largo de la vida. Por otra parte, un estudio sobre la prevalencia de ideas suicidas e intentos suicidas realizado en Brazil por Boterga y colaboradores en el 2005, encontró un estimado para ideas suicidas de 17.1 % y 2.7 %. Otros hallazgos similares pueden ser encontrados en el estudio de Fortuna del 2007 en el cual se estudiaron poblaciones latinas dentro de los estados unidos y encontraron que la prevalencia de ideación suicida se situaba alrededor del 10 % y del 4 % para intento suicida, específicamente en la submuestra de mexicanos de éste estudio la prevalencia fue de 9.8 % para ideas suicidas y de 3.9 % para intento suicida. Sin embargo, todos estos estudios fueron realizados en población general y con rangos de edad de 15 a 44 años. En poblaciones adolescentes existen pocos estudios latinoamericanos que exploren los datos de prevalencia de la conducta suicida no letal, uno de ellos es la publicación reciente de Borges et al en el 2008, en éste estudio encontraron que la prevalencia en adolescentes de 12 a 17 años para ideas suicidas fue de 11.5 % y de intento suicida 3.1 %, cifras muy similares a las de nuestro estudio. No obstante, ciertas precauciones deben ser tomadas en cuenta al comparar ambas cifras ya que el estudio de Borges incluyó una muestra representativa de los adolescentes de la ciudad de México mientras que el actual toma únicamente a los adolescentes de la ciudad de México que exitosamente completaron sus estudios de bachillerato e ingresaron a la Universidad Nacional Autónoma de México. No obstante las cifras de prevalencia reportadas en ésta muestra son muy parecidas a las cifras nacionales realizadas en estudiantes de secundaria y bachillerato. Estudios elaborados en estudiantes de la ciudad de México ponen la prevalencia de la ideación suicida a lo largo de la vida entre 1 % y 40.7 % y para intento suicida 1.4 % y 10.1 %

En lo que respecta a la incidencia de conducta suicida pocos estudios longitudinales o retrolectivos existen sobre conducta suicida no letal a nivel poblacional y en específico en adolescentes universitarios. A nivel poblacional se han reportado cifras de incidencia de

ideación suicida a un año en los Países Bajos de 15.9 % y 0.9 % para intento suicida. Mientras que, en un estudio de 13 años de seguimiento en los Estados Unidos, Kuo y colaboradores hallaron estimados de incidencia acumulada para intento suicida de 1.9 % y de 5.6 % para ideación suicida. Comparados con estos estudios los hallazgos de nuestra investigación muestran cifras elevadas tanto para ideación suicida como para intento suicida no letal. Lo anterior pudiera estar explicado por el grupo poblacional estudiado, nuestra muestra se centró en jóvenes entre 14 y 25 años, mientras que los estudios citados ubicaron su muestra entre los 18 y 65 años. Varios autores han sugerido sobre la distribución heterogénea de la prevalencia e incidencia de conducta suicida según grupos de edad. Un análisis en el rango poblacional entre los 18 y 24 años en el estudio de Kuo muestra que el grupo poblacional con la tasa más alta de incidencia de intento suicida es el de entre 18 y 24 años (310.43 por 100,000 personas-año); por ende, es razonable suponer que como se trata de un grupo con mayor riesgo los estimados de incidencia son por tanto mayores a los de una muestra poblacional con grupos de edad que abarcan la edad adulta.

Factores sociodemográficos asociados a la conducta suicida

En cuanto a los factores sociodemográficos los estudios sobre la ideación suicida e intento suicida se enfocan en sexo femenino, presencia de trastorno psiquiátricos, uso o abuso/dependencia de sustancias, ausencia de una pareja estable y situación profesional desfavorable. En el presente encontramos que tanto la ideación suicida como los intentos suicidas fueron más prevalentes en mujeres; asimismo, el riesgo de casos incidentes fue mayor en mujeres que en hombres. En el modelo multivariado sexo femenino resultó ser el más fuerte predictor de incidencia de conducta suicida en todas sus formas, pero en particular lo fue para intento suicida. Con lo que respecta a sexo femenino varios estudios confirman su asociación con la conducta suicida no letal; sin embargo, su contribución parece ser dependiente de cultura, por una parte la magnitud de su efecto varía según el país (Weissman 1999) pero inclusive algunos reportes indican que su efecto puede ser inverso en ciertas culturas como la escandinava. Por tanto, es muy posible que esta asociación no sea directamente causal sino un mediador de efecto o un eslabón intermedio en la cadena de asociación.

Por otra parte una clara asociación entre la conducta suicida y la edad ha sido descrita ampliamente, no obstante en nuestro estudio no se observó ningún efecto de la edad sobre la prevalencia a lo largo de la vida o la incidencia de ideación suicida o de intentos suicidas. La ausencia de efecto de edad puede deberse a lo homogéneo de la edad de nuestra muestra, cerca de 95 % de la población se encontraron entre los 15 y 19 años. Es posible que el efecto de la edad en la prevalencia a lo largo de la vida sólo pueda ser observada en una muestra poblacional que incluya una distribución más amplia de la población.

El antecedente de abuso a lo largo de la vida, presente en la evaluación inicial, fue un consistente predictor de incidencia de ideación suicida e intento suicida. La asociación entre la conducta suicida y antecedente de abuso ha sido ampliamente reportada (para una revisión ver Santa-Mina y colaboradores. Al estudiar por separado las distintas formas de abuso se encontró que el antecedente de abuso psicológico obtenía fuerzas de asociación

mayores que abuso físico; sin embargo, en modelos conjuntos de interacción y estudiando su diferencia (tomando en cuenta su covarianza) sólo en intento suicida estos estimados pueden considerarse estadísticamente distintos. Otros estudios han reportado que la asociación entre antecedente de abuso físico y la conducta suicida (vista como un continuum) es particularmente fuerte en las fases iniciales del proceso suicida (ideas de muerte e ideación suicida) pero no así en intento suicida. Con lo que respecta a abuso psicológico existen pocos estudios que se enfoquen en ésta forma particular de abuso, principalmente por la dificultad que existe en definirlo y por ende medirlo, además por que es casi imposible aislar su efecto independiente de otras formas de abuso. Un estudio longitudinal realizado con una cohorte poblacional de los Países Bajos encontró que el abuso físico y psicológico representaban un riesgo ajustado dos veces mayor para la incidencia de intentos suicidas y tres veces mayor para ideación suicida.

En un estudio realizado en el 2003 en Canadá, McHolm estudio en mujeres el efecto de abuso en la infancia como mediador en la asociación entre depresión y conducta suicida. Encontró que, en mujeres deprimidas con antecedente de abuso, el riesgo de ideación suicida fue casi tres veces mayor que en mujeres deprimidas sin éste antecedente. Aunque en particular éste estudio sólo valoró mujeres, no existe evidencia que el efecto de antecedente de abuso sea diferente entre sexos. En nuestra muestra se estudió por separado en hombres y mujeres la fuerza de asociación entre abuso y las distintas formas de conducta suicida y los estimados fueron casi idénticos a lo largo del espectro suicida.

En lo que respecta al abuso sexual, la baja prevalencia en nuestra muestra hace que los intervalos de confianza de los estimados de asociación sean muy amplios e incluyan la unidad; por lo que es difícil hacer una aseveración sobre su papel en el proceso suicida con los datos obtenidos en nuestra muestra.

Los efectos adversos de la vida, como el antecedente de abuso físico, psicológico o sexual, han sido ampliamente estudiados como precipitadores, factores causales y mediadores en la aparición de psicopatología. Los esfuerzos recientes para explicar esta asociación se han centrado en la interacción de factores genéticos con los eventos adversos de la vida. En su estudio sobre la interacción de eventos de vida y genética, Caspi reportó que la longitud funcional de los polimorfismos del gen del transportador de serotonina, moderaban la influencia de los eventos adversos de la vida en la aparición de síntomas y episodios depresivos mayores. Su estudio encontró que los individuos con una o dos copias de los alelos “cortos” del gen transportador de serotonina eran más susceptibles que aquellos con dos copias del alelo largo. Desde entonces varios estudios han replicado estos hallazgos. De forma que el papel que el antecedente de abuso puede jugar en la aparición y progreso del proceso suicida puede estar determinado por interacciones semejantes. Es decir, sobre individuos genéticamente susceptibles dichos eventos de vida troquelan al individuo y promueven la aparición de síntomas de suicidabilidad. Al parecer, por los hallazgos obtenidos en éste estudio, el antecedente de abuso pareciera actuar sobre todo en las fases iniciales del proceso suicida quizás como mediador en la emergencia de distimia o episodios depresivos, en donde las ideas de muerte pueden ser un síntoma prominente. Mientras que, su influencia sobre las fases posteriores en el proceso suicida se disminuye, limitándose a la interacción con otras variables asociadas a la incidencia de conductas suicidas más elaboradas.

Por otra parte, el consumo de sustancias psicoactivas y en particular el alcohol se encontraron asociados a la incidencia de las fases más avanzadas del proceso suicida (es decir estar a punto de intentarlo e intentos suicidas). Éste hallazgo coincide con estudios previos. Específicamente el uso de sustancias y en particular el alcohol se han encontrado asociados a fases avanzadas del proceso suicida. En un estudio realizado en el 2007, Waldrop estudio telefónicamente a 4,236 adolescentes y encontró que el uso de sustancias y en particular alcohol se asoció a la presencia de intentos suicidas más no de ideación suicida. Hufford propuso un modelo mediante el cual el alcohol se convierte en un gatillo que promueve el cambio de ideas suicidas a intentos suicidas. Como explicaciones ofrece cuatro posibilidades que median esta asociación: el uso de alcohol incrementa a la larga la desregulación afectiva; el alcohol aumenta la agresividad; su uso altera la cognición e impide la generación y uso de estrategias de afrontamiento alternativos; y el uso de alcohol puede impulsar las ideas suicidas a actos suicidas mediante expectativas específicas del alcohol como vehículo suicida.

Asimismo, encontramos en nuestro estudio una asociación de conductas sexuales de riesgo e intentos suicidas. De igual forma que con las sustancias, esta variables no se asoció con la incidencia de ideas suicidas. Literatura médica previa coincide en que las conductas sexuales de riesgo se encuentran asociadas a la conducta suicida. Afifi y colaboradores, en una muestra transversal de 2,029 adolescentes encontró que las conductas de salud riesgosas, incluyéndose conductas sexuales, se encontraban asociadas a la presencia de ideas suicidas pero no a los intentos suicidas. Sin embargo, la definición de ese estudio de conductas sexuales de riesgo sólo incluyó conductas sexuales precoces. Por otra parte, Houck y colaboradores estudiaron en 1,245 adolescentes la conductas sexuales de riesgo como uso infrecuente de preservativo, múltiples parejas sexuales y enfermedades de transmisión sexual estaban asociadas a un historial de intentos suicidas a lo largo de la vida, estimándose razones de momios en el rango de dos con intervalos de confianza que no incluían la unidad. Es posible que la explicación a ésta asociación entre conductas sexuales de riesgo e intento suicida se explique por una interacción entre la desregulación afectiva y la conducta impulsiva. De forma que, los adolescentes actúan estas conductas de riesgo como resultado de la desregulación afectiva o como una forma de escape a la desregulación afectiva.

Los síntomas afectivos son un importante factor de riesgo para la incidencia de ideación suicida e intentos suicidas. En nuestro estudio encontramos que los síntomas depresivos y ansiosos se encontraban más fuertemente asociados a los intentos suicidas que a la ideación suicida. Específicamente la desesperanza fue un fuerte predictor en la incidencia de intentos suicidas. Neeleman y colaboradores subrayan la importancia de la desesperanza en el proceso suicida. En su estudio ellos encontraron que la desesperanza se mostraba como un fuerte predictor de incidencia de conducta suicida aún cuando se ajustaba para el efecto de trastornos mentales. Su hallazgo coincide con lo reportado en otros estudios de que a conducta suicida recurrente y las etapas más avanzadas del proceso suicida reflejan más una derrota que una protesta y que la desesperanza es un de los más importantes factores de riesgo de intentos suicidas en personas con previa suicidalidad. Es importante destacar que en nuestro estudio no podemos aislar el efecto de la desesperanza en el proceso suicida del efecto total de un trastorno mental ya que estos no fueron

evaluados en nuestra muestra. Sin embargo, el efecto de la desesperanza en la identificación de personas en alto riesgo para prevención primaria y secundaria queda obvio.

El proceso suicida

La conducta suicida en éste estudio fue conceptualizada como un continuum que se expande desde las formas más sutiles de ideas de muerte hasta la forma extrema en el intento suicida. La idea de un proceso suicida conceptualizada en éste continuum se ve apoyado por los hallazgos del presente estudio. Se observó que las distintas formas de conducta suicida en la medición basal incrementan el riesgo de incidencia de formas más severas de ésta conducta a los 3 años de seguimiento. Estos hallazgos resultaron ser independientes del efecto de otros factores de riesgo identificados como el sexo femenino, el antecedente de abuso, la desesperanza, el uso de sustancias y las conductas sexuales de alto riesgo. Nuestro hallazgo apoya la noción de un proceso suicida y coincide con hallazgos previos. En éste estudio no se explicó con detalle que se refería exactamente con “intentar quitarse la vida”; esto se encuentra en línea con el concepto actual de que ni la seriedad médica ni intencionalidad son parte de la definición de los actos deliberados de autodestrucción. La formulación de las preguntas sobre conducta suicida no puede alcanzar a definir planes concretos de suicidio, que son parte importante del continuum suicida. La falta de información sobre planes concretos de ideación suicida no permite separar el componente depresivo/desesperanza del impulsivo de la conducta suicida. Además en nuestro estudio no abarcamos los suicidios consumados, parte obvia del proceso suicida. No obstante, nuestros hallazgos ayudan a conceptualizar el proceso suicida en adolescentes y adultos jóvenes, permitiendo identificar perfiles de riesgo en aquellos con ideas de muerte pero sin intento suicida, ampliando la red de prevención pasando de la secundaria (sólo aquellos con antecedente de intento) a primaria (abarcando el espectro de ideas de muerte en conjunto con factores de riesgo específicos).

Limitaciones

Los hallazgos del presente estudio deben considerarse a la luz de sus limitaciones metodológicas. En primer lugar debemos considerar lo que respecta a la generalización de los resultados. La muestra evaluada incluyó a estudiantes de bachillerato que exitosamente concluyeron sus estudios e ingresaron a la Universidad Nacional Autónoma de México, por lo que no puede afirmarse que se trate de una muestra representativa de la población de adolescentes y adultos jóvenes de la Ciudad de México. Sin embargo, los hallazgos pueden aplicarse y ser extrapolados a muestras semejantes de estudiantes universitarios. Por otra parte, las mediciones llevadas a cabo fueron a través de cuestionarios auto aplicables que estaban a cargo del servicio médico de la universidad, por lo que la cuestión de la respuesta “socialmente aceptable” entra en función. Sin embargo, se ha demostrado que para ciertas preguntas, como por ejemplo conducta sexual y suicida los formatos autoaplicables pueden desempeñarse mejor e inducir menores respuestas “socialmente aceptables” que las entrevistas estructuradas cara-a-cara. Otro factor importante a considerar como limitación

metodológica es que la recolección de los datos no fue diseñada desde un principio para contestar las preguntas específicas del actual estudio, por esta razón la selección de instrumentos de medición de conducta suicida, síntomas afectivos, antecedente de abuso y consumo de sustancias no es la ideal. Al respecto, se realizaron evaluaciones sobre la consistencia interna de dichas preguntas y de su escalabilidad encontrándose que estas se desempeñaban aceptablemente. Asimismo, el estudio no contempló la estructuración y planeación de ideas suicidas ni la intensidad y seriedad de los intentos suicidas, por lo que no se puede separar el contexto impulsivo del depresivo/desesperanza de la conducta suicida. Además, no se midió la influencia de psicopatología mayor ni la presencia de trastornos mentales específicos y éste hecho limita la utilidad del estudio en cuanto a contestar preguntas específicas de causalidad.

A pesar de la limitaciones mencionadas y de otras existentes, los hallazgos de éste estudio coinciden con la literatura médica al respecto y reproducen muchos de los resultados obtenidos de manera transversal, ahora en una muestra con tres años de seguimiento.

CONCLUSIONES

La conducta suicida en los adolescentes y adultos jóvenes universitarios sigue un patrón sugerente de una estructura dimensional o *continuum* que se expande de ideas de muerte, pasando por ideas suicidas y culminando con actos de autolesiones deliberados.

El presente estudio aporta información valiosa para la valoración de jóvenes estudiantes a nivel de bachillerato y universidad, permitiendo la identificación de perfiles de riesgo suicida útiles para la implementación de estrategias preventivas que pueden implementarse de forma costo-efectiva. Estudios subsecuentes son necesarios para confirmar la naturaleza causal de las asociaciones encontradas en los resultados.

Referencias

- ¹ Cantor, C.H., 2000. Suicide in the Western World. In: Hawton, K., van Heeringen, K. (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Sons, Chichester, pp. 9–28.
- ¹ Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2007;47
- ¹ Fortune S., Stewart A., Yadav V., Hawton K., 2007. Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. *J Affective Disord* 100: 199-210.
- ¹ Egel L., 1999. On the need for a new term for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30: 282-288.
- ¹ Silverman M., Berman A., Sanddal N., O'Carroll P., Joiner T. 2007 Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37: 248-263.
- ¹ Ahrens, B., Linden, M., Zaska, H., Berzewski, H., 2000. Suicidal behavior-symptom or disorder? *Compr. Psychiatry* 41 (2 Suppl.1), 116– 121.
- ¹ Runeson, B.S., Beskow, J., Waern, M., 1996. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr. Scand.* 93, 35– 42.
- ¹ Segal, Z.V., Williams, J.M., Teasdale, J.D., Gemar, M., 1996. A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychol. Med.* 26, 371–380.
- ¹ Pirkis J, Burgess P, Dunt D. Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. *Crisis*. 2000;21(1):16-25.
- ¹ Kuo WH, Gallo JJ, Tien AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med*. 2001;31(7):1181-91.
- ¹ Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year followup study. *Am J Psychiatry*. 2004;161(3):562-3.
- ¹ World Health Organization. *Multisite intervention study on suicidal behaviours: SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Geneva: WHO; 2002.
- ¹ Boterga JN, Azevedo-Barros MB, Bosco de Olivera H, Dalgalarondo P, Marín-León L. Suicidal behavior in the comunita: Prevalence factors associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):45-53
- ¹ Pirkis JE, Burgess PM, Meadows GN, Dunt DR. Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. *Med J Aust*. 2001;175(10):542-5.
- ¹ Goldney RD, Fisher LJ, Wilson DH, Cheok F. Suicidal ideation and health-related quality of life in the community. *Med J Aust*. 2001;175(10):546-9.
- ¹ Agoub M, Moussaoui D, Kadri N. Assessment of suicidality in a Moroccan metropolitan area. *J Affect Disord*. 2006;90:223-226
- ¹ Fortuna LR, Perez DJ, Canino G, Sribney W, Alegria M. Prevalence and correlatos of lifetime suidal ideation and suicide attempts among latino subgroups in the United States. *J Clin Psychiatry* 2007;68(4):572-581.
- ¹ Kjølner, M., Helweg-Larsen, M., 2000. Suicidal ideation and suicide attempts among adult Danes. *Scandinavian Journal of Public Health* 28, 54–61.

- ¹ World Health Organization. Shaping the future. The World Health Report 2003. Geneva: WHO; 2003.
- ¹ Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.U., Yeh, E.K., 1999. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol. Med.* 29, 9– 17.
- ¹ Hawton, K., Van Heeringen, C., 2000. *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Sons, Chichester.
- ¹ Van Heeringen, C., 2001. *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. John Wiley and Sons, Chichester.
- ¹ Lewis, G., Sloggett, A., 1998. Suicide, depression and unemployment: record linkage study. *BMJ* 317, 1283– 1286.
- ¹ Druss, B., Pincus, H., 2000. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch. Intern. Med.* 60, 1522–1526.
- ¹ Goldney, R.D., Wilson, D., Dal Grande, E., Fisher, L.J., Mc Farlane, A.C., 2000. Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 34, 98–106.
- ¹ Rothman K, Greenland S. 1998 *Modern Epidemiology*. Saunders. Second Edition.
- ¹ Borges G, Benjet, C., Medina-Mora, M.E., Orozco, R., Nock M. Suicide Ideation, Plan, and Attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J . Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 47:1, January 2008
- ¹ Mondragón L., Borges G., Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*. 2001; 24: 4–15.
- ¹ Neeleman J., de Graaf R., Vollebergh. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders* 82 (2004) 43–52
- ¹ Moscicki E.K., O’Carroll P., Locke B.Z., Roy A., Regier D.A. Suicide attempts in the Epidemiologic Encatchment Area Study. *Yale Journal of Biologica Medicine* 61 (1988): 259-268.
- ¹ Hintikka J, Pesonen T, Saarinen P, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamaki H. Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36(12):590-4.
- ¹ Renberg ES. Self-reported life-weariness, death-wishes, suicidal ideation, suicidal plans and suicide attempts in general population surveys in the north of Sweden 1986 and 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36(9):429-36.
- ¹ Bille Brahe, U., 1993. The role of age and sex in suicidal behaviour. *Acta Psychiatr. Scand.*, Suppl. 371, 21– 27.
- ¹ Santa Mina E, Gallop R: Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behavior: a literature review. *Can J Psychiatry* 1998; 43:793–800.
- ¹ Bryant SL, Range LM: Suicidality in college women who report multiple versus single types of maltreatment by parents: a brief report. *J Child Sex Abuse* 1995; 4:87–93
- ¹ Enns MW, Cox BJ, Afifi TO, De Graaf R, Ten Have M, Sareen J. Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychol Med.* 2006 Dec;36(12):1769-78.
- ¹ McHolm A.E., MacMillan H.L., Jamieson E., The Relationship Between Childhood Physical Abuse and Suicidality Among Depressed Women: Results From a Community Sample *Am J Psychiatry* 2003; 160:933–938

- ¹ Kendler, K. S., Karkowski, L.M. & Prescott, C. A. (1999) Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837-848.
- ¹ Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R: Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301:386-389
- ¹ Zalsman G., Huang Y., Oquendo M.A., Burke A.K., Hu X., Brent D.A, Ellis S.P., Goldman D., Mann J.J. Association of a Triallelic Serotonin Transporter Gene Promoter Region (5-HTTLPR) Polymorphism With Stressful Life Events and Severity of Depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1588-1593
- ¹ Kendler K.S., Kuhn J.W., Vittum, B.S.; Prescott C.A., Riley B. The Interaction of Stressful Life Events and a Serotonin Transporter Polymorphism in the Prediction of Episodes of Major Depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:529-535
- ¹ Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behavior. *Clinical Psychology Review*, 21, 797-811.
- ¹ Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS, Kilpatrick DG, Naugle AE, Saunders BE. Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. *J Trauma Stress* 2007 Oct;20(5):869-79
- ¹ Afifi TO, Cox BJ, Katz LY. The associations between health risk behaviours and suicidal ideation and attempts in a nationally representative sample of young adolescents. *Can J Psychiatry*. 2007 Oct;52(10):666-74.
- ¹ Houck CD, Hadley W, Lescano CM, Pugatch D, Brown LK; Project Shield Study Group. Suicide attempt and sexual risk behavior: relationship among adolescents. *Arch Suicide Res*. 2008;12(1):39-49.
- ¹ Williams, J.M.G., Pollock, L.R., 2000. Psychology of suicidal behaviour. In: Hawton, K., van Heeringen, K. (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Suicidal Behaviour*. Wiley, Chichester, pp. 79- 83.
- ¹ Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Seeley, J.R., 1996. Adolescent suicidal ideation and attempts: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin. Psychol.: Sci. Pract.* 3, 25- 46.
- ¹ Silverman M., Berman A., Sanddal N., O'Carroll P., Joiner T. 2007 Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37: 248-263.
- ¹ Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E.E., 1999. Prevalence and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 56, 617-626.