



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Comportamiento suicida en edad escolar, ¿un
problema de salud pública?”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Martha Elena Fernández López

Director: Mtro. **Carlos Olivier Toledo**

Dictaminadores: Dra. **María de Lourdes Jacobo Albarrán**

Mtro. **José Carlos Mondragón González**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013



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.

AGRADECIMIENTOS

Dedico este proyecto a mis hijas Nawelcihuahatl y Kaikuse, por compartir su interés en la construcción del comienzo de esta aspiración, no sin antes agradecerles el tiempo sacrificado de juegos y risas. Con todo mi amor para ustedes, mis pequeñas.

Agradezco a mis padres, por su ayuda en la realización de mi ser, su amor y apoyo incondicional, así como la paciencia ante mis desaciertos. A mi padre con su eterna perseverancia y a mi madre por su tenacidad ante la vida.

A mi compañero de fracasos y triunfos, Héctor David, por su apoyo sin límites y su absoluta paciencia.

A mis hermanos, por brindarme su ayuda y comprensión ante mis arrebatos.

A mis hermanos y compañeros de la vida, mis amigos. Arturo, mi espejo por excelencia, quien ha sido una luz a lo largo de los años de nuestra amistad. Paulino por aterrizarme a la realidad.

Carlos, mi maestro de la vida, no tengo más que agradecerte el tiempo y la paciencia en la construcción de éste, nuestro proyecto.

ÍNDICE

Introducción	4
Antecedentes	4
Planteamiento del problema de investigación	8
Pregunta de investigación	15
Justificación del tema	15
Objetivos	17
General	17
Específicos	17
Metodología	17
1. Capítulo I. PRESENTACIÓN DE ESTADÍSTICAS	19
1.1. Organización Panamericana de la Salud (OPS)	20
1.2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)	22
1.3. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)	33
1.4. Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF)	38
1.5. Secretaría de Salud del Estado de México e Instituto de Salud del Estado de México	42
1.6. Datos proporcionados por otras instituciones	44
1.6.1. Consejo Nacional de Población (CONAPO)	44
1.6.2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	45
1.6.3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	46
1.6.4. Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM)	47
1.6.5. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (NPRF)	48
2. Capítulo II. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN	53
2.1. Programa de Acción Específico, 2007-2012, Escuela y Salud	53
2.2. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF)	57
2.3. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	58

2.4. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	61
2.5. Servicios médicos emitidos por Petróleos Mexicanos (PEMEX)	62
2.6. Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM)	64
2.7. Servicios médicos emitidos por la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)	66
2.8. Secretaría de Salud (SSA)	66
2.8.1. Secretaría de Salud del Distrito Federal	68
2.8.2. Secretaría de Salud del Estado de México	71
2.8.2.1. Instituto de Salud del Estado de México	73
3. Capítulo III. ¿DESINTERÉS INSTITUCIONAL HACIA EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN EDAD ESCOLAR?	76
3.1. Dinámica capitalista	77
3.2. Población infantil en México	79
3.2.1. Registro de nacimiento	83
3.2.2. Trabajo	83
3.2.3. Educación	85
3.2.4. Hogar	87
3.2.5. Pobreza	90
3.2.6. Maltrato	91
3.2.7. Salud	93
3.2.8. Mortalidad	94
3.3. Sector salud. En México	102
3.3.1. Salud mental	104
Conclusiones	110
Bibliografía	122
Anexo	127

*Ixtli yollotl
(rostro-corazón)*

(Frase náhuatl)

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Desde que comienzan los registros de la historia de la humanidad, ésta ha tratado de comprenderse a sí misma bajo distintos matices, se han intentado contestar diferentes incógnitas alrededor de la vida y la muerte, mismas que datan desde los inicios de las primeras formas de vida social primitiva hasta la actualidad, siendo esta última un tabú, objeto de diferentes rituales culturales e ideológicos.

El tópico de la muerte es *per se* una incógnita difícil de responder, sin embargo, en lo que respecta al suicidio, ésta crea aún más conmoción; ya desde épocas antiguas se ha abordado como un problema de índole social, en su mayoría repudiado y pocas veces asequible para la humanidad.

Para Aristóteles resultaba un acto meramente cobarde, que no tenía justificación alguna, mientras que para Platón constituía en sí mismo una transgresión a la sociedad, sin embargo, en situaciones específicas lo toleraba (Baca, Blasco, Díaz y Vega, 2002, citado en De Bedout, 2011).

De acuerdo a los autores antes mencionados, en lo que respecta a algunos sectores religiosos, tales como el Islam y Budismo, el suicidio resulta una situación aberrante, ya que para los primeros es Alá el único que puede decidir cuando un ser humano deja de existir, por lo tanto, ir contra sus mandatos resulta una grave ofensa; mientras que para los segundos, querer modificar el tiempo de sufrimiento en la tierra constituye un acto de cobardía, dado que se deben purgar en su totalidad los pecados cometidos en otra vida; por otra parte, dentro de algunos segmentos dentro del hinduismo dicho fenómeno se acepta como parte de ciertos rituales de índole cultural (Baca, Blasco, Díaz y Vega, 2002, citado en De Bedout, 2011).

De acuerdo a los autores antes mencionados, en África dicho fenómeno podría comprenderse como plausible, estando inscrito dentro de algunos

apartados de su historia, misma que data desde épocas remotas, el hecho de que algunos reyes solían buscar el método más eficiente para suicidarse, es decir, sin sentir ningún tipo de malestar físico. Se sabe que en la época de Cleopatra se constituyó una academia llamada “Synapothanuménes”, misma que se encontraba facultada para dichos fines.

En Japón resultaba un acto marcadamente social, ya que si un samurái decidía quitarse la vida, su explicación tenía dos posibles vertientes, una en función del heroísmo kamikaze y la otra como una suerte de humillación hacia su rey, misma que ocasionaba una gran perturbación en el mandatario, percibiéndosele como débil (Rodríguez, 2001, citado en De Bedout, 2011).

Bajo el mismo tenor, durante la conquista de América, algunos de los antiguos habitantes preferían quitarse la vida antes de aceptar ser esclavos, e incluso, en la actualidad podemos dar cuenta de este hecho, en donde ciertos habitantes del pueblo rarámuri, por citar un ejemplo, prefieren suicidarse por falta de alimento antes que aceptar ser absorbidos por la actual sociedad (Zabludovsky, The New York Times, 2012).

No obstante, y fuera de los parámetros sociales con los que se puede advertir al suicidio, actualmente se considera un problema epidemiológico de salud mundial, ya que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ el 8 de septiembre de 2004, se publicó una nota con motivo de la celebración del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre), en la cual se estima que cada año muere alrededor de un millón de personas por esta causa, lo que corresponde al 1.4% de muertes en todo el mundo, aunado a lo anterior, se estima que para el 2020 el número de defunciones por esta causa ascienda a 1.5 millones.

Cabe mencionar que hay más variables intrínsecas a este fenómeno, tales como la ideación e intencionalidad suicida, ubicándose esta última en una esfera preponderante, ya que dicha organización estima que por cada suicidio consumado hay entre 10 y 20 intentos fallidos. Para Guibert (2002), en todo el mundo se presenta el fenómeno, sin embargo, no puede haber una certeza de la

¹<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

magnitud del problema, ya que los datos en la mayoría de los países son inconsistentes (incluso en los más desarrollados) debido a cuestiones religiosas, políticas o simplemente parámetros culturales.

No obstante, pese a la versatilidad de dichos registros, éstos son de gran utilidad, ya que si bien es cierto que no muestran el problema en su totalidad, también lo es, que permiten aproximarnos a la realidad, dando cuenta de una ocurrencia, probabilidad, distribución y frecuencia del fenómeno (Guibert, 2002).

De acuerdo a este último autor las áreas más afectas con dicho fenómeno han sido las que se concentran en los países primermundistas, especialmente en Europa del Este, también llamado “cinturón suicida”; por su parte De Bedout (2011) concuerda con el autor antes mencionado en que las tasas más altas de muertes auto infligidas se concentran en los países más desarrollados.

Por otro lado, el menor índice de suicidio se encuentra en Filipinas, países musulmanes y América. En lo que concierne a esta última región del mundo, se ha observado que en Estados Unidos, Guyana y Cuba, hay un mayor índice de muertes auto-infligidas que en el resto de América (De Bedout, 2011).

En lo que respecta a México, la tasa de suicidios es relativamente baja, sin embargo, se presenta de manera constante, es en este orden, que diversas instituciones encargadas de medir los parámetros poblacionales y geográficos del país han hecho su labor para determinar los índices del suicidio, tales como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), posicionándose así como la fuente madre de información geográfica y estadística de México.

Empero, también se encuentran otras instancias de salud pública, que aunado a la medición que llevan a cabo, han generado diversas líneas de investigación para tratar de prevenir y contrarrestar este fenómeno, tales como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF).

De acuerdo con Jiménez Tapia y González-Forteza (2003) el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, a través de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP), ha consolidado básicamente cuatro etapas dentro del estudio del fenómeno sobre el suicidio en

México, ya sea éste como principal variable de interés, o bien secundaria, comprendiendo el periodo de tiempo entre los años 1982 y 2001.

Resulta de vital importancia hacer mención sobre los porcentajes de investigaciones generadas acerca de cada rango de edad; de acuerdo a los autores antes mencionados, ya que en su mayoría el interés hacia los adolescentes ha sido el más amplio con un 34%, probablemente esto se deba a que el mayor índice de suicidios se reporta en esta edad, por otra parte, se encuentran los adultos con un 29% y finalmente los niños con tan sólo un 5%.

Ahora bien, se hará mención sobre las etapas que ha seguido el curso de las investigaciones sobre el suicidio de acuerdo a estos autores; siendo la primera de éstas, la comprendida en la década de los ochenta, cuyo objetivo principal fue conocer el intento suicida, así como el suicidio consumado en la población adulta.

La segunda, por su parte, comprendió entre los años de 1991 y 1994, cuyo interés versó en conocer la correlación entre el alcoholismo e intento suicida en adultos que acudieron a diversas salas de urgencias.

La etapa siguiente tuvo dos vertientes cronológicas, la primera entre 1994 y 1995, y la segunda en 1998, cuyo objetivo estuvo enfocado en conocer el índice de consumo de sustancias tóxicas en adolescentes y jóvenes, así como la presentación de diversas encuestas sobre trastornos psiquiátricos en adultos y como complemento se incluyeron algunos aspectos sobre ideación suicida.

Ya para el periodo de 1995 a 2001, la variable principal fue conocer la intencionalidad suicida en adultos y adolescentes, dentro de diversas salas de urgencias (Jiménez Tapia y González-Forteza, 2003).

Por otra parte, para Borges, Rosovsky, Gómez y Gutiérrez (1996) el estudio del suicidio en México ha seguido otro curso, para ellos las primeras investigaciones comenzaron en los años cincuenta con Cabildo y Elorriaga, quienes encontraron que en 1954 había 3.2 suicidios por cada 100 000 habitantes, posteriormente Elorriaga llevó a cabo otra investigación que comprendió los años de 1960 a 1969, afirmando que el suicidio se incrementó en un 30.5%.

Mientras que entre los años de 1971 y 1980 Saltijeral y Terroba observaron que tanto la intencionalidad suicida, como el suicidio consumado permanecían en una tasa constante.

Los investigadores finalizan su publicación aseverando que los estados de San Luis Potosí y Guadalajara han seguido sus propias líneas de investigación, conjugando actas de defunción y reportes periodísticos, mientras que en el Distrito Federan las “autopsias psicológicas” han sido una herramienta ampliamente utilizada.

Dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)², se tiene registros de 183 tesis enfocadas al suicidio, de las cuales tan sólo nueve tiene como principal objeto de estudio los niños, mismas que se abocan al apego de un marco teórico para definir y clasificar el problema, así como comprender su posible etiología y proponer algunos marcos de trabajo para su intervención, esto en lo que respecta a la ciencia psicológica.

En lo referente al área médica, su interés es básicamente construir las herramientas necesarias para atender a este sector de la población que anteriormente no presentaba características asociadas a la conducta suicida.

Pese a los esfuerzos realizados por los investigadores, el problema persiste, si bien es cierto que México presenta una tasa baja en el número de suicidios con respecto a Europa (<6.5 por cien mil habitantes), también lo es que, los porcentajes han ido aumentándose constante y paulatinamente (Borges, Orozco, Benjet y Medina-Mora, 2010).

Planteamiento del problema de investigación

De acuerdo a los datos emitidos por el INEGI, en los últimos años los suicidios han aumentado del 2.8% al 3.8% por cada cien mil habitantes. Para Borges, Medina-Mora, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz (2009) el incremento del suicidio entre 1990 y 2000 fue de 74% para los jóvenes mexicanos entre 15 y 24

²http://oreon.dgbiblio.unam.mx:8991/F/EGE3YX6QQQDE1LJ4YS66KGKUHJ352CBCE4USNEX461VY9VV8N1-02695?func=find-b&request=SUICIDIO&find_code=WRD&adjacent=N&local_base=TES01&x=-815&y=317&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=

años y de 150% para los niños entre 5 y 14 años, de acuerdo a estos autores los índices de suicidios infantiles comenzaron en 1976, no obstante, cabría preguntarnos si realmente comenzaron en ese año, hasta antes no se tomaban en cuenta estos datos, o simplemente no existían.

Esta es la base sobre la que se fundamenta este trabajo de investigación, es cierto que la mayor tasa de suicidios corresponde al grupo de edad comprendido entre la adolescencia y la juventud, sin embargo, el índice de suicidios en niños en edad escolar, es decir de 5 a 14 años han ido aumentando cada vez más y las investigaciones en su gran mayoría persisten únicamente en su interés por los adolescentes y jóvenes, dejando prácticamente descubierto el grupo de los infantes (Borges y cols., 2010).

Cabe mencionar que se han lanzado algunos programas en todo el país para intentar contrarrestar este problema (algunos de ellos se mencionarán más adelante), pero así como ocurre con las investigaciones, lo mismo sucede con los programas de intervención y prevención, la mayoría da cuenta de los adolescentes y jóvenes.

Específicamente en lo que respecta al Estado de México y el Distrito Federal, la tasa de suicidios ha aumentado de manera significativa y actualmente se encuentran entre los Estados con mayor número de muertes auto-infligidas, esto de acuerdo al INEGI, 2010.

Las cifras están encabezadas por el Estado de México con un total de 537 suicidios, posteriormente se encuentra el Estado de Jalisco con 399 muertes y en tercer lugar el Distrito Federal con 375 casos.

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) en el 2008, el suicidio en niños con una edad comprendida entre los 5 y 14 años, constituye la cuarta causa de muerte para este grupo de edad.

En lo que respecta al INEGI (2010), en todo la República Mexicana a partir del 2003 no se ha reportado ningún suicidio entre los niños de 5 a 9 años, sin embargo, en lo referente a los niños de 10 a 14, el suicidio no ha dejado de reportarse y cada año aumenta, alcanzando un total de 213 casos.

De acuerdo a la Secretaría de Salud del Estado de México en el 2009 y Distrito Federal en el 2008, el suicidio en edad escolar, para la primera entidad constituye la séptima causa de muerte, mientras que para la segunda, resulta la sexta causa de mortalidad en este grupo etario.

Ahora bien, los datos están presentes, la realidad nos muestra que el índice de suicidios en edad escolar está vigente, no es una realidad que pudiera ignorarse, es entonces que cabe preguntarnos, ¿qué han hecho las instituciones para contrarrestar el problema?

La Secretaría de Salud (SSA) y la Secretaría de Educación Pública (SEP) han convergido para dar como resultado el “Programa de Acción Específico, 2007-2012, Escuela y Salud”.

Tal como su nombre lo señala, dicho programa plantea lograr un bienestar tanto a nivel salud como educación en los niños y adolescentes mexicanos, tomando en cuenta dentro de la salud el óptimo bienestar físico y mental de éstos. En lo referente a esta última área propone prevenir la depresión en la adolescencia, ya que puede ser una variable que incurse en una posible conducta suicida.

No obstante, y pese a la definición que se brinda en torno a la depresión y sus implicaciones dentro del suicidio, el diseño de intervención hace exclusivas estas variables a los adolescentes dejando de lado a los infantes.

Sin embargo, estas no han sido las únicas instituciones que han desarrollado programas de salud pública en torno al suicidio.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ha hecho un arduo trabajo en lo que respecta a la epidemiología del suicidio, esto a través de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales (DIEP), misma que cuenta con la línea de investigación: “Investigación Epidemiológica y Psicosocial de Trastornos Mentales”.

Esta última, actualmente ha desarrollado veinte proyectos, pero, tan sólo dos de éstos abordan la conducta suicida, uno encaminado hacia los adolescentes y el otro hacia la población en general.

Por otra parte, también ha perfilado cinco proyectos en torno a los niños, destacando así el programa “Dejando Huellitas”, en el cual podría abordarse implícitamente la prevención de la conducta suicida.

Empero, esta no es la única fuente de investigación sobre el suicidio que mantiene el INPRF, dentro de la línea de investigación de la que se hizo mención, se encuentra la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 y la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2003-2010, entre otras que no tienen relevancia para este tema de investigación.

Por su parte, la ENA, es una encuesta sobre adicciones y un cuestionario que abarca tópicos socio-demográficos del país, así como la sintomatología depresiva y la intencionalidad suicida en adolescentes entre 12 y 17 años, incluyendo adultos con una edad comprendida entre los 18 y 65 años, dejando de lado a los niños menores de 12 años.

En lo que respecta a la ENEP, en la cual interactúa con la OMS y la SSA, está dirigida hacia los adolescentes y adultos, sin tomar en cuenta la población infantil.

No obstante, el INPRF, la SEP y la SSA, no han sido las únicas instituciones que se han ocupado de la salud e higiene mental de la población mexicana, el IMSS ha diseñado programas preventivos que toman en cuenta a los niños y la salud de éstos.

Esbozando así el programa Prevenimss, con la finalidad de prevenir enfermedades dentro de la población mexicana, sin embargo, dentro de su estructura contempla con mínimo interés la salud mental y en lo que respecta a los niños, lo único que ofrece en el área de la salud psíquica es asesoría en caso de vivir violencia intrafamiliar.

Aunado al IMSS, hay otras instancias que brindan servicios de salud a la población mexicana, tales como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM), servicios médicos emitidos por Petróleos Mexicanos (PEMEX) y de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).

Pese a que todas estas instituciones están encargadas de resguardar la salud de la población mexicana, ya sea física o mental, dentro de sus programas de prevención e intervención hay escaso interés en torno a la salud mental.

En lo concerniente al suicidio, la secretaría de salud del Distrito Federal y la del Estado de México han diseñado algunos programas encaminados a los adolescentes y jóvenes, y si particularizamos en el suicidio infantil no hay ninguna institución que plantee estrategias de prevención e intervención en torno a este sector de la población.

Cabe mencionar que de todos los proyectos revisados dentro de las diversas instituciones de salud, la única que toma en cuenta la depresión infantil, es el ISSEMYM, e incluso señala una serie de características asociadas a los niños deprimidos, sin embargo, no profundiza más en el tema, y con ello las posibles implicaciones que podría traer consigo la depresión.

La mayoría de las instituciones de salud pública han diseñado programas de prevención de enfermedades, dejando de lado la salud mental casi en su totalidad, enfocándose a las enfermedades físicas, como si éstas fueran el único determinante para que un ser humano se encuentre en un óptimo estado de salud. Aunado a lo anterior, pocos programas contemplan a los niños y fue nulo el interés en la conducta suicida de éste sector de la población, pese a que el fenómeno aumenta cada año.

En lo que respecta al Estado de México la legisladora Gabriela Gamboa, pide se diseñe un programa preventivo y de intervención para contrarrestar la conducta suicida, petición que se espera llegue a plantearse como punto de acuerdo en la Cámara de Diputados.³

Por su parte en el Distrito Federal, el 23 de febrero de 2012, se aprobaron reformas a la ley de Salud Mental, entre los objetivos que se buscan, se encuentra el de prevenir el suicidio en jóvenes, mediante la participación de redes sociales y medios de comunicación masiva, para detectar, atender y prevenir este fenómeno.⁴

³ <http://www.diputadospan.mx/printUbi.asp?idNota=621408&nomMenu=2&nomSec=3>

⁴ <http://www.aldf.gob.mx/comsoc-acciones-prevenir-suicidios--10120.html>

Aunado a lo anterior, y como una parte coyuntural de la problemática de la conducta suicida en México, se encuentra el escaso número de hospitales psiquiátricos que hay para atender los desordenes mentales; de acuerdo al Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) 2012, el Distrito Federal cuenta con 13 nosocomios psiquiátricos, siendo la entidad con mayor número instalaciones de este orden, y en toda la República, tan sólo podemos contabilizar 51 instancias para atender los desordenes mentales de toda la población mexicana.

Conjuntamente al reducido número de instituciones encaminadas a la salud mental de los mexicanos, se encuentra la población que no cuenta con ningún tipo de seguridad social, pese a que ya se implementó el programa “Seguro Popular”.

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), 2012, el total de población mexicana asciende a 110, 022, 552 personas, de estas 59, 975, 558 no cuentan con ningún tipo de seguridad social, es decir más de la mitad de la población carece de resguardo en torno a su salud.

Si hablamos específicamente del Distrito Federal y de la población en edad escolar, dicha institución afirma que existe 1, 241, 821 niños, de los cuales 598, 174, no tiene ningún tipo de seguridad social.

En lo concerniente al Estado de México, SINAIS estima que la población en edad escolar corresponde a 2, 807, 762 infantes, de los cuales 1, 642, 449 no cuenta con resguardo social.

Es bajo este tenor que podemos percibir que el interés en la salud e higiene mental por parte de las instituciones de salud es escaso, que hay pocas instituciones encargadas de la salud mental, que más de la mitad de la población no cuenta ningún tipo de seguridad social y seguramente si agregamos los índices de pobreza, el panorama resultará más complicado.

Sin embargo, no son los únicos problemas que se sortean, también se encuentra el hecho de que dentro de las escasas instituciones psiquiátricas que figuran en el país, la mayoría presenta problemas de infraestructura deteriorada, poco personal y este último no está lo suficientemente capacitado para atender a la población, conjeturándose en un trato indigno hacia sus pacientes, esto de

acuerdo a algunos reportes periodísticos de *La Jornada y El Universal*, mismos que se ahondarán más adelante.

De acuerdo a Hernández y Sarquis (2009) los pacientes no deberían permanecer dentro de instituciones psiquiátricas sin acceso al contacto social, ya que según estipula la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), éstos deben tener comunicación social para su recuperación, lineamiento que difícilmente ocurre en estas instituciones.

Todos los datos analizados pueden dar cuenta que las tasas de suicidio en edad escolar están aumentando, que las instituciones encargadas de la salud no han hecho ningún programa orientado a la disminución y prevención del suicidio, lo único que ofrecen es atención psicológica o psiquiátrica, ya que el problema está presente. Por su parte, algunos gobiernos estatales han lanzado campañas para prevenir el suicidio, pero ninguna orientada a los niños.

En la administración del estado de Guanajuato, a través de la Secretaría de Salud del Estado, se brindó prioridad a la prevención y atención del comportamiento suicida a través de 3 Centros Integrales de Salud Mental (CISAME).⁵

Por otra parte en el estado de Durango, en el 2006 se organizó la primera brigada de salud mental y prevención de suicidio, convirtiéndose en un programa estatal, cuya población objetivo fueron los jóvenes.⁶

Estos no han sido los únicos Estados que han abordado esta problemática, también se encuentra el estado de Tabasco con la implementación del “Programa de Prevención y Control de Suicidio”, que actúa a nivel primario, secundario y terciario a través de los Servicios de Salud Mental, brigadas, el Subcomité Especial Interinstitucional y la campaña “Abraza la Vida”.⁷

Como se pudo observar en los sitios oficiales de los Estados, el suicidio es un aspecto que acapara su interés, no obstante, se dirigen hacia el grupo de los jóvenes y adolescentes, con un escaso o nulo interés por los niños.

⁵ <http://salud.guanajuato.gob.mx/suicidio.php>

⁶ http://salud.durango.gob.mx/es/publicaciones/Previene_la_SSD_el_suicidio_en_la_poblacion_escolar.

⁷ <http://lanotamexico.com/salud-educacion/evita-secretaria-de-salud-suicidios-en-tabasco>.

Aunado a lo anterior, los datos emitidos por el INEGI muestran cierta incongruencia entre los datos emitidos por otras instituciones encargadas de la salud de la población mexicana, pese a que éstos provienen del mismo INEGI.

En las propias investigaciones y artículos publicados no hay un censo general sobre el número de suicidios, ideación suicida e intento suicida; tal como lo menciona Borges y cols. (1996) y Borges y cols. (2010) los padrones no son congruentes y hay población que vive en zonas tan alejadas que no alcanza a ser censada, ya que se estima que el 11% de la población no cuenta con acta de nacimiento, por lo cual no podemos afirmar nada en su totalidad, sino tomar con reserva cada uno de los datos que se nos presentan.

Es bajo este tenor, que podemos sostener que no hay ningún tipo de certeza en los censos, por lo tanto, es difícil afirmar qué tan severo es el problema epidemiológico del suicidio en edad escolar, sin embargo, en los últimos años en el Estado de México y Distrito Federal se concentra el mayor número de muertes auto infligidas, aunado a lo anterior, no hay campañas de prevención para contrarrestar este problema, cabe mencionar que las instituciones psiquiátricas son escasas y la mayoría presenta problemas en cuanto al trato indigno hacia sus pacientes, así como una infraestructura endeble.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores ideológicos subyacentes al Sector Salud de la zona metropolitana del Valle de México, que le impiden desarrollar un programa de intervención y prevención para contrarrestar el suicidio en edad escolar?

Justificación del tema

De acuerdo a la OMS, existe un amplio interés en investigar la conducta suicida infantil, ya que dicha institución identifica que la mayoría de los trastornos psiquiátricos comienzan a edades tempranas. Para Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez (2006) es durante la infancia donde se puede desarrollar la desesperanza manifestada en hiperactividad, agresividad y trastornos psicósomáticos, sin embargo, estos pasan desapercibidos.

Se puede entender el comportamiento suicida como un proceso dinámico de carácter multifactorial y no sólo un hecho estático o individual, proceso que atraviesa varias etapas, una de ellas es la ideación suicida, misma que se refiere a los pensamientos entorno a la propia muerte y es de vital importancia como factor de riesgo para el suicidio consumado; por lo que atendiendo a que es un proceso que puede comenzar en la infancia es necesario investigar cómo se gestan las ideas suicidas desde la más temprana edad (Miranda de la Torre, Cubillas, Román y Valdez, 2009).

Sin embargo, pese a los argumentos suscritos por la OMS, algunas investigaciones que nos proporciona la literatura y los datos emitidos por diversas instituciones encaminadas hacia la medición en salud, hay un escaso interés por parte de este sector para evitar y prevenir el suicidio en edad escolar.

Por lo cual resulta imperante comprender las razones por las cuales para el Sector Salud no parece importante tratar de contrarrestar la conducta suicidada en edad escolar, así como prevenirla.

Aunado a lo anterior, hay pocas investigaciones al respecto, mientras que el fenómeno cada vez presenta un mayor índice de muertes en este grupo de edad.

De acuerdo a De la Torre y cols. (2009) a partir de la década de 1970 se observó en México el incremento de suicidios infantiles en una rango de edad de 5 a 14 años, mientras que Páramo y Chávez-Hernández (2007) aseveran que el estudio del intento suicida en niños ha sido poco estudiado, debido a que con anterioridad se les consideraba como pequeños adultos, o simplemente estorbos.

De acuerdo al médico José Manuel Sosa⁸, asesor de salud mental de la dirección de prestaciones médicas, de la unidad de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en una conferencia emitida en el 2009, sostuvo que en un análisis emitido por la Organización Panamericana de la Salud, entre 2003 y 2004 en México hubo un incremento del 25% en los trastornos mentales, así como un incremento del suicidio del 300% en los últimos 30 años, y afirma que en el 2020 las enfermedades mentales ocuparán el quinto lugar de mortalidad, incluso, por arriba de las padecimientos cardiovasculares. Aunado a lo anterior, afirma que

⁸ http://www.cij.gob.mx/Cong2009/pdf/confe_14_jose_manuel_sosa.pdf

la respuesta a estas demandas es “mucho trabajo y pocos recursos, como siempre”. (pp.4).

Como se puede percibir, las autoridades se muestran pasivas ante la problemática, hasta el momento, ninguna jurisdicción estatal o federal ha planteado algún programa en concreto para contrarrestar las cifras de suicidio en edad escolar.

Objetivos

Objetivo General

Comprender cuáles podrían ser los factores ideológicos subyacentes al Sector Salud de la zona metropolitana del Valle de México que le impiden desarrollar un programa de intervención y prevención para contrarrestar el comportamiento suicida en edad escolar.

Objetivos específicos

- Identificar los censos emitidos, o inexistencia de éstos, dentro de las distintas instituciones de registro poblacional y salud, así como su congruencia en torno al suicidio y específicamente en edad escolar dentro de la zona metropolitana del Valle de México.
- Identificar qué programas de intervención y prevención en torno a la salud, que han desarrollado las distintas instancias de salud pública dentro de la zona metropolitana del Valle de México, así como determinar cuáles de éstos abordan la conducta suicida y en específico en edad escolar.
- Comprender qué factores podrían determinar el escaso interés del sector salud en lo referente a la conducta suicida en la población de edad escolar

Metodología

El presente proyecto de investigación está dirigido hacia una documentación de carácter teórico, resultado así una metodología dentro del orden de lo cualitativo, haciendo uso de herramientas encaminadas hacia la descripción y comprensión de la problemática que enfrenta el sector salud, dirigido

hacia de la indiferencia de la conducta suicida en una población entendida como escolar.

Para poder cumplir plenamente los objetivos de dicha investigación, así como para responder la pregunta de investigación planteada, será necesario investigar, cotejar y recolectar información, esto con la finalidad de exponer que no hay una certeza total en torno a las estadísticas del suicidio en edad escolar.

Posteriormente se investigará dentro de los servicios de salud que ofrecen las instituciones, cuáles de estos tiene como finalidad prevenir o contrarrestar la conducta suicida en edad escolar, así como el número y nombre de proyectos encaminados para dicho fin.

La parte final, estará dirigida a tratar de comprender la razón por la cual el Sector Salud únicamente se interesa en los adolescentes y jóvenes. Desarrollando así una posible hipótesis para sostener dicho argumento, en función de la población económicamente activa dentro de la dinámica capitalista.

“¿Es que acaso se vive de verdad en la tierra?

No por siempre en la tierra!

sólo breve tiempo aquí.

Aunque sea jade también se quiebra,

Aunque sea de oro también se rompe,

y aún el plumaje del quetzal se desgarrá.

No por siempre en la tierra!

Sólo breve tiempo aquí.”

(Fragmento del poema “El árbol florido” de Netzahualcóyotl)

PRESENTACIÓN DE ESTADÍSTICAS

El objetivo del presente capítulo es exponer las estadísticas del panorama general del suicidio en México y específicamente el de los niños considerados dentro del grupo de edad escolar; planteando así la congruencia de los datos referidos por las distintas instituciones encargadas de recolectar los parámetros de mortalidad de la población mexicana.

Entre las principales instituciones que se hará mención, se encuentra el INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática), SINAIS (Sistema Nacional de Información en Salud), la Secretaría de Salud (SSA), así como la Secretaría de Salud del Distrito Federal y la del Estado de México respectivamente, ya que estas últimas presentan datos específicos sobre el suicidio de niños entre 5 y 14 años de la zona metropolitana del valle de México.

Resulta necesario aclarar que en algunos casos los porcentajes presentados se obtuvieron de manera personal⁹ y en otros casos, las mismas instituciones los presentaron, de la misma manera, algunos están redondeados, ya que bajo determinadas circunstancias, esto es necesario para realizar ciertas comparaciones entre las diversas instituciones que los presentan.

También se mencionarán a grosso modo otras instituciones, tales como la Organización Panamericana de la Salud, el CONAPO (Consejo Nacional de Población), el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; así como el Instituto de

⁹ En algunos casos fue necesario obtener los porcentajes personalmente a través de una herramienta diseñada entre otras cosas, para tal fin.

Seguridad Social del Estado de México y Municipios, dado que éstas sólo muestran datos sobre el suicidio de la población en general sin especificación alguna; o simplemente, dicho fenómeno no figura entre las principales causas de defunción de su población.

Por otra parte, dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría (INPRF), no se presentan datos sobre este sector de la población, sin embargo, con base en las investigaciones que plantea sobre el fenómeno, queda sustentado que es la institución que más desvelo tiene con respecto al suicidio.

Otro aspecto a mencionar, es el hecho de que los servicios médicos emitidos por PEMEX (Petróleos Mexicanos) y SEDENA (Secretaría de la Defensa Nacional), no presentan estadísticas sobre mortalidad y morbilidad en su población derechohabiente.

Antes de abordar los censos proporcionados por las distintas instancias, es necesario hacer una acotación, dado que se mostrarán de forma general los datos del suicidio en todos los grupos de edad dentro de los Estados Unidos Mexicanos, y en específico los que abarcan los grupos de edad quinquenal de 5 a 9 años y de 10 a 14, dado que estos son los grupos denominados en “edad escolar” y población objetivo de esta investigación.

1.1. Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Comenzaremos con la más general, que es la OPS¹⁰, organismo internacional, cuyo vector de incidencia es la salud pública, tiene como objetivos mejorar la salud y calidad de vida de la población del continente Americano.

Hace las veces de representante de la salud de las Américas ante el mundo entero, de esta misma forma presenta temas en salud, publicaciones, proyectos y estadísticas, entre otros contenidos.

De acuerdo a dicha institución en los Estados Unidos Mexicanos, cada año aumenta el suicidio de manera general, no lo contempla como un fenómeno que se esté presentando estridentemente, sin embargo, pese a que el crecimiento es paulatino, es importante mencionar que es constante.

¹⁰ <http://new.paho.org/hq/index.php?lang=es>

En el caso del Distrito Federal durante el 2008, la tasa de suicidio fue 3.7 por cada cien mil habitantes, de 1.8 en el caso de las mujeres y de 5.7 para los hombres.

En lo concerniente al Estado de México, la OPS no muestra dato alguno en la tasa de suicidios de la población en general, sin embargo podemos inferir que es de 3, ya que sus datos están basados en el SINAIS y de acuerdo a esta última, en el Estado de México la tasa de suicidio es de 3. En el caso de las mujeres la OPS presenta una tasa de 1.3 y 4.7 para los hombres.

Fig. 1.

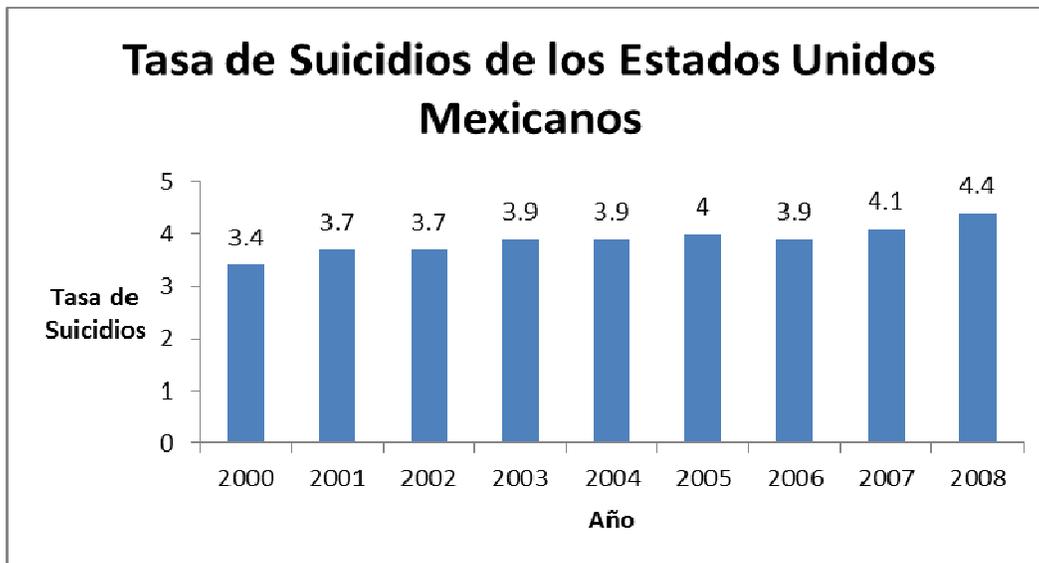


Fig.1.Muestra el paulatino incremento de la tasa de suicidios de manera general en el país.

En esta figura se puede observar el incremento del suicidio en la República Mexicana a partir del 2000, éste no se ha gestado a gran escala, sin embargo, se mantiene con una tasa constante en el mejor de los casos, y en otros años tiende a incrementarse.

En el 2001 y 2002, presenta la misma tasa, sin embargo, para el 2003 aumenta y vuelve a presentar el mismo dato en el 2004, no obstante, para el 2005 aumenta nuevamente, ya en el 2006 desciende y en años posteriores tiende a incrementarse.

Este es el panorama general del suicidio en la República Mexicana, el aumento es paulatino y constante, empero, si pudiéramos comparar este aumento con el que presenta el suicidio en edad escolar de acuerdo al INEGI (Consulta General), veríamos que este último aumenta de manera significativa (como más adelante se presentará).

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

El INEGI¹¹, institución que tiene como objetivo dentro del área estadística, mostrar la dinámica de la población mexicana mediante cifras (demográfica, de salud, empleo y vivienda, entre otras).

Para poder cumplir su objetivo, el INEGI lleva a cabo censos, encuestas y registros administrativos. Los censos son recolección de datos de un periodo de tiempo determinado, entre los que destacan los de “Población y Vivienda”, “Económicos”, “Agropecuarios” y finalmente el “Pesquero y Forestal”. Las encuestas, por su parte, sugieren una recolección de datos de una muestra determinada de la población, entre las que se encuentran las efectuadas a hogares y establecimientos.

Los registros administrativos, son estadísticas que provienen de los datos emitidos por diversas instituciones públicas, entre los se encuentran los informes que dan cuenta del suicidio en México, mismos que son recabados directamente de la agencia del MP (Ministerio Público), ya que al haber una muerte o un intento de ésta, dicha institución debe corroborar si fue auto infligida o si un tercero la llevó a cabo. Para determinarlo se debe efectuar una necropsia, misma que lleva a cabo un médico legista dentro del SEMEFO (Servicio Médico Forense).

Una vez que se determina el “presunto”, palabra referida a la causa de muerte, el MP llena un formato con la finalidad de esclarecer los datos socio-demográficos y una serie de lineamientos que se encuentran inscritos dentro de un “machote”.

¹¹ <http://www.inegi.org.mx/default.aspx?>

Esta información se recaba mensualmente dentro del MP a nivel estatal, posteriormente se envía a las oficinas centrales de la misma institución, para así ser enviadas al INEGI, o recolectada directamente por esta última dentro del MP.

Toda vez que las oficinas estatales de INEGI tienen los certificados de defunción reticentes al suicidio, revisan su congruencia y validez para certificar que la muerte haya sido efectivamente un suicidio y en caso de hallar incongruencia se consulta directamente a la fuente de información primaria (MP), en caso de no haber un esclarecimiento sobre ésta, se determina como “No Suicidio”.

Después de cotejados todos los certificados, estos se envían a las oficinas centrales del INEGI, para ser agregados a las cifras nacionales, mismas que se integran anualmente; sin embargo, debemos tomar en cuenta que no todos los registros quedan acotados, ya que hay suicidios que por falta de información se encasillan únicamente como “Muerte Violenta”.

También se debe precisar que no todos los decesos por esta causa son registrados ante el MP, y hay certificados clasificados como “No Suicidio”, por falta de claridad, estas anomalías son consideradas por el INEGI como “cifra oculta”, y al momento de publicar los datos, dicha institución no contempla esta cifra, tan sólo la denominada “cifra real”.

Para difundir los datos específicos sobre el suicidio, el INEGI presenta el “Cuaderno de Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios” y el “Boletín de Estadísticas de Intento de Suicidio y Suicidios”, así como publicaciones que abordan tópicos de la población en general y que incluyen los datos sobre este tema, entre estos se encuentran los “Anuarios Estadísticos de la República” y por Estados, así como la “Agenda Estadística”.

Algunas de estas publicaciones se presentan de forma impresa y otras digitalmente, de la misma manera, algunas son susceptibles de cuotas de recuperación y otras son completamente gratuitas.

Dentro de la publicación digital “Mujeres y Hombres 2008”, en donde se abordan tópicos acerca de la dinámica poblacional en general y en la cual se incluyen algunos datos sobre el suicidio, se dieron a conocer las siguientes cifras.

Durante el 2006 en la República Mexicana se reportaron 494,331 decesos (cifra que se obtuvo sumando el total de muertes de hombres y mujeres, ya que no presentaba el total), no obstante, dentro de éstas, no se contempla al suicidio tanto en varones como mujeres en todos los grupos de edad, como una de las principales causas de deceso.

Vale la pena mencionar que en el grupo de edad escolar se reportaron 114 lesiones auto infligidas intencionalmente en varones, lo que representa el 2.9% del total de las muertes en esta edad y la sexta causa de muerte para este grupo etario, mientras que para las mujeres de este grupo, el suicidio no figura dentro las principales causas de defunción.

De acuerdo a otra publicación electrónica publicada en el 2008 con nombre “Boletín de Estadísticas Vitales 2008”, se encontró que en los Estados Unidos Mexicanos ocurrieron 539, 530 muertes, de estas 6, 565 corresponden al grupo de 5 a 14 años; es decir el 1.21% del total de muertes en el país corresponde a este grupo.

Si comparamos el total de muertes en edad escolar reportadas en “Boletín de Estadísticas Vitales 2008” (6, 565) con el número de suicidios reportados dentro de la página principal del INEGI, específicamente en lo que respecta al rubro de “Registros Administrativos”, y concretamente en la pestaña de “Consulta General”¹², encontramos que en el 2008 se reportaron 191 suicidios en esta edad, lo que representa el 2.9% del total de defunciones en este grupo.

De acuerdo a “Boletín de Estadísticas Vitales”, en lo correspondiente al Distrito Federal se encontró que ocurrieron 338 muertes en edad escolar y 778 en el Estado de México,

Ahora, dentro de “Consulta General”, se reportó que durante el 2008 y específicamente en el grupo de 9 a 14 años en el Distrito Federal hubo 13 suicidios y 24 en el Estado de México, mientras que en el grupo de 5 a 9 años no se reportó ningún deceso en ambas entidades.

Estas cifras nos indican que en el Distrito Federal durante el 2008 el porcentaje de suicidios con respecto al total de muertes en edad escolar que se

¹² <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11094&c=15273&s=est&cl=4>

reportó en el boletín, corresponde al 3.8%, mientras que para el Estado de México representa 3.1%.

¿Qué implica esto?, lo cierto es que hay más suicidios en edad escolar dentro del Estado de México, sin embargo, el porcentaje es mayor en el Distrito Federal, esto pudiera deberse a que en el Estado de México hay un mayor número de muertes en este grupo de edad, prácticamente el doble de las que hay en el Distrito Federal, y esta variable podría interpretarse de tal forma que pueda percibirse con mayor índice de suicidios el Distrito Federal.

Las últimas publicaciones reportadas por INEGI sobre el suicidio hasta la fecha en que se escribió esta tesis, se encuentran divulgadas en el documento electrónico denominado “Estadística de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos”, 2009 y 2010, respectivamente.

Estas son publicaciones anuales sobre el suicidio consumado en las diferentes entidades federativas de la República Mexicana, toman como aspectos a considerar el método más utilizado, el nivel escolar, la actividad laboral que desempeñaban, entre otras.

No obstante, dentro de las categorías que conciernen a esta investigación, destacan principalmente dos. La primera contempla el número de suicidios en niños menores de 12 años y la segunda, el número de suicidios en una edad comprendida entre los 10 y 14 años, como se puede percibir la aseveración que hace INEGI con respecto al rubro de de menor de 12 años entra dentro del que más adelante propone, es decir el de 10 a 14 años.

De acuerdo a la publicación emitida en el 2009, se afirma que dentro de la República Mexicana se cometieron 5190 suicidios, de estos 22 de ellos corresponden al grupo de menores de 12 años y 192 al de 10 a 14, por lo que el número de suicido sumando estas dos cifras, mismas que corresponden al grupo de edad escolar, daría un total de 214 decesos, que traducido a porcentaje, corresponde al 4.1% de los suicidios en edad escolar con respecto a los demás grupos de edad.

En el Estado de México se presentan cuatro suicidios de menores de 12 años, y 30 con una edad de 10 a 14 años. El total de suicidios de esa entidad

federativa fue de 421, por lo tanto, sí se suman los 4 suicidios de menores de 12 años mas los 30 de 10 a 14, el total sería de 34, lo que corresponde al 8.1% de suicidios en edad escolar, con respecto al total de suicidios consumados en los demás grupos de edad.

Ahora, aunado a las cifras que se presentaron con respecto a la publicación digital, se encuentran las proporcionadas dentro de la página del INEGI, específicamente en lo concerniente al rubro identificado como “Consulta General”, en donde se asevera que en el 2009 no hay ningún suicidio registrado en el Estado de México en el grupo de 5 a 9 años, mientras que en el de 10 a 14 años se presentaron 30 casos.

La cifra no cambia por mucho en términos estadísticos, de 34 muertes publicadas en “Estadísticas Vitales”, se redujo a 30 presentadas en “Consulta General”; no obstante, es notorio que la vida de cuatro infantes, no deja de ser de menor valía, y en cuatro familias es muy probable que haya cambiado la dinámica con la que solían desenvolverse.

Aunado a lo anterior, cabe mencionar que los 30 o 34 suicidios en edad escolar durante el 2009 en el Estado de México, según lo reportado por el INEGI, nos muestra que prácticamente alrededor de cada 10 días un niño decidió arrancarse la vida.

En el Distrito Federal se presenta un total de 371 suicidios de toda la población, en el grupo de edad de menor de 12 años hay un caso y 13 en el grupo de 10 a 14, por lo que sumando los dos grupos que comprenden la “edad escolar”, daría un total de 14 inmolaciones, lo que corresponde al 3.8% de suicidios en edad escolar con respecto a los demás grupos etarios.

Reiteradamente, si comparamos estos datos con lo reportado dentro de la “Consulta General”, hallaremos que en el grupo de 5 a 9 años no se presenta ningún caso, sin embargo, en el de 10 a 14, se manifiestan 12 muertes. La diferencia es de dos casos, no resulta un cambio abismal, sin embargo, en la familia de estos dos niños puede haber una gran diferencia.

Ahora, antes de presentar las datos de la siguiente publicación que se analizará, “Estadística de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2010”, es

necesario presentar los siguientes antecedentes recabados dentro de la página principal del INEGI¹³, en donde se estima que durante el 2010, en todo el país se reportaron 592, 018 muertes, en el Distrito Federal 55, 100 defunciones y en lo que respecta al Estado de México 68, 282 decesos.

Una vez presentados estos datos, se analizará la publicación de “Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2010”, en donde se reportaron las siguientes cifras.

En toda la República Mexicana se presentan 5012 muertes auto-infligidas que al compararlas con el total de decesos ocurridos a nivel nacional antes mencionados, el suicidio en el país durante el año 2010 corresponde al 0.8%, con respecto al total de muertes, esto nos hace reflexionar acerca de que el suicidio en nuestro país presenta un porcentaje bajo, sin embargo, constante, ya que cada año tiende a aumentar, y es en estos índices donde resultarían más efectivas las campañas de prevención, antes de que se pierdan más vidas y el problema sea mayor.

Del total de suicidios a nivel nacional reportados en esta publicación, 26 corresponden al grupo de edad de menores de 12 años y 187 al grupo de 10 a 14 años, dando como un total 213 muertes auto infligidas en edad escolar, lo que corresponde al 4.2% de suicidios en este grupo etario, con respecto a los demás grupos; sin embargo, en “Consulta General”, tan sólo se da cuenta de 187 casos.

Al analizar el porcentaje de suicidios en este grupo de edad (considerando sólo los datos emitidos por la publicación digital), encontramos que es mayor el porcentaje de muertes auto infligidas en esta edad (4.2%), que el reportado en todo el país (0.8%). El suicidio en edad es escolar, es cinco veces mayor que el que se reporta en toda la república.

Son dignos de mencionar estos datos, ya que nos están dando cuenta de que a nivel nacional el problema no parece tan severo, sin embargo, en los niños entre 5 a 14 años el porcentaje es mayor, aunado a que cada año se presentan más casos y que no hay campañas para prevenirlo y contrarrestarlo, mientras que

¹³ <http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx>

el sector salud parece no conocer estos datos o no darles importancia en la peor de las adversidades.

Estos porcentajes nos permiten observar que en promedio el suicidio en todo el país no ha presentado un gran desarrollo, como el ostentado por los niños en edad escolar, ¿qué es lo que está sucediendo con los niños que se suicidan?, ¿Qué está pasando en el país que los infantes presenta cinco veces más casos de suicidio, que el resto de la población?

Es un tema que merece atención, ya que nos está refiriendo que el fenómeno de la conducta suicida infantil es un problema de gran envergadura, que se presenta una tasa de crecimiento mayor con respecto a los otros grupos de edad de la población mexicana, de acuerdo a Borges y cols. (2009).

En lo referente expresamente al Distrito Federal se mencionó con anterioridad que el total de defunciones era de 55, 100, de las cuales, de acuerdo a la publicación antes mencionada del INEGI, 375 casos referían suicidio, lo que nos indica que el 0.68%, de estas muertes fueron auto infligidas, dos de ellas correspondían al grupo de menor de 12 años, y 14 al grupo de 10 a 14, dando un total de 16 casos, lo que corresponde al 4.3% del total de suicidios en este grupo de edad con respecto al total de muertes auto infligidas del Distrito Federal.

Ahora, si volviéramos a hacer la comparación con respecto al total de suicidios en todos los grupos de edad y el referente a la edad escolar, nuevamente encontramos que es seis veces mayor en este grupo de edad (4.3%), que el reportado en todo el Distrito Federal (0.68%).

En lo que respecta a la comparación de los datos emitidos entre la publicación del INEGI y “Consulta General”, la discrepancia es de una vida, ya que de acuerdo a esta última, se presentaron 15 casos de suicidio en el grupo de 10 a 14 años, con ninguna muerte auto infligida en los niños entre los 5 a 9 años; como se dijo anteriormente estadísticamente una vida no puede representar un cambio abrupto, mas, en la vida social representa fallas al sistema.

Por su parte en el Estado de México se habla de 68, 282 muertes, de las cuales de acuerdo a esta publicación 537 fueron auto infligidas, lo que representa el 0.8% de éstas.

Del total de suicidios, dos correspondían al grupo de menor de 12 años y 35 al grupo de 10 a 14, dando un total de 37 decesos en el grupo de edad escolar, lo que representa el 6.8% del total de muertes auto infligidas en esta entidad federativa; nuevamente encontramos la misma circunstancia, es mayor el porcentaje de suicidios en edad escolar en el Estado de México (ocho veces), que el desplegado en los demás grupos.

Insistentemente, al realizar las comparaciones con “Consulta General”, de acuerdo a esta última, no se informó de ningún deceso a causa de suicidio en niños de 5 a 9 años y en el caso de los niños de 10 a 14, se calcularon 34 casos, por lo que podemos aseverar que el número de suicidios en el mismo año presentados por la misma institución presenta una diferencia de 3 decesos. Estas incongruencias nos dan cuenta de la posible falta de credibilidad dentro del mismo INEGI, fuente proveedora de datos a nivel nacional, lo que pudiera generar un sentimiento de desconcierto dentro de la población mexicana.

A manera de ver la evolución cronológica del suicidio en edad escolar por grupos de edad quinquenal, desde 1990 hasta 2010 en México, dentro del rubro de “Consulta General”, se encuentran los siguientes datos.

Fig. 2

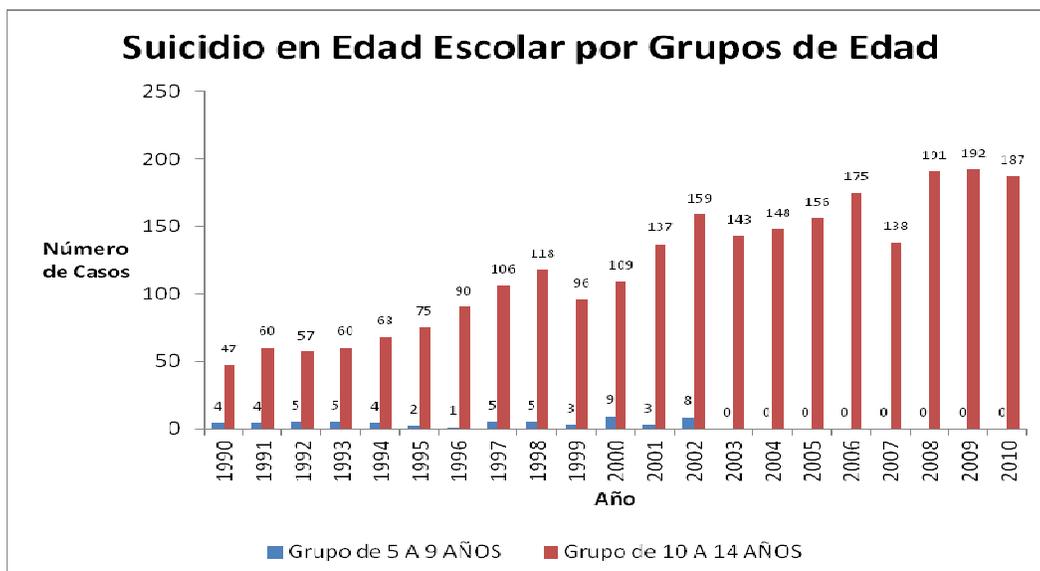


Fig. 2. Muestra el número de suicidios en edad escolar a partir de 1990 hasta 2010, por grupos de edad quinquenal.

En dicha figura se puede percibir que a partir del 2003 no se ha reportado ningún deceso, por esta causa en el grupo de 5 a 9 años, sin embargo, el descenso es abrupto, ya que precisamente en ese año, se reportó el segundo mayor número de casos en todo el país (8) desde 1990, y es notable cómo no vuelve a presentarse ningún deceso, pese a que no se han realizado campañas de prevención y/o intervención en este grupo de edad.

¿Acaso habrá sucedido un cambio estructural en la sociedad mexicana, que generó redes de protección para evitar el suicidio, específicas para este grupo de edad?, la respuesta se encuentra secuestrada por la duda, ya que no hay forma de saberlo.

Aunado a lo anterior, se observa el incremento paulatino y constante del suicidio en el grupo de edad de 10 a 14 años, siendo escasos los años en los que ha tendido a bajar el número de decesos.

De manera general podemos aseverar que el número de suicidios en niños de 5 a 9 años es mucho menor que los reportados por el grupo de 10 a 14 años.

A continuación se muestra el fenómeno del suicidio en edad escolar en el Estado de México y Distrito Federal, respectivamente.

Fig. 3

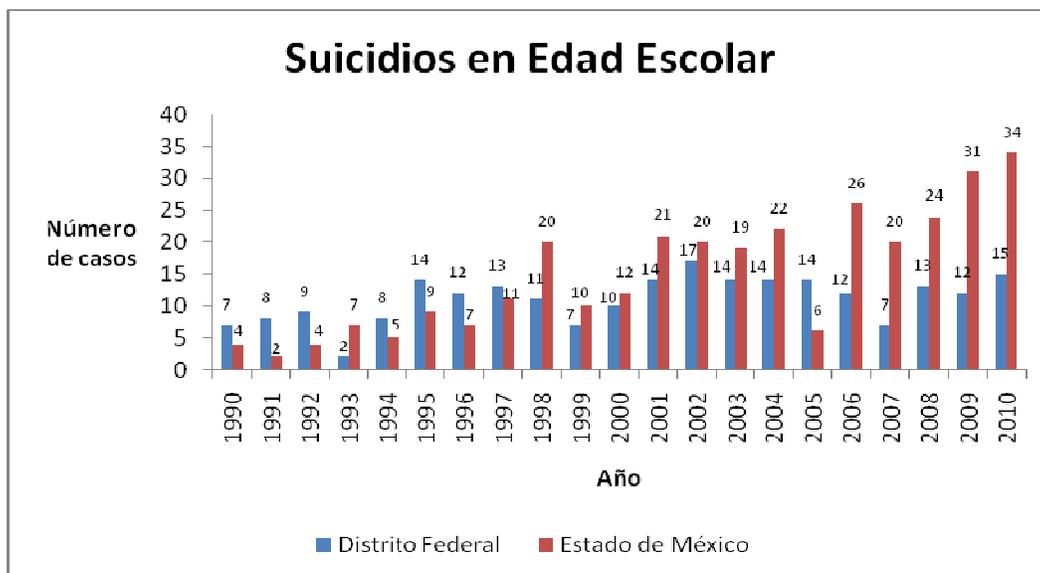


Fig. 3. Muestra el número de suicidios en edad escolar a partir de 1990 hasta 2010, en el Estado de México y Distrito Federal, de acuerdo al INEGI dentro de Consulta General.

En esta figura podemos observar que en años anteriores el D.F tenía un mayor índice de muertes auto infligidas en el grupo de niños en edad escolar, sin embargo, a partir de 1998 el Estado de México comienza a tener más decesos ocasionados por esta causa, salvo en el 2005, que nuevamente el D.F, rebasa la cifra de suicidios en edad escolar, ponderándose sobre el Estado de México.

Aunado al constante aumento anual del número de suicidios que se reportan, se encuentra otro constituyente digno de analizar. De acuerdo al INEGI (2010), dentro de su página principal en el Distrito Federal, las delegaciones con mayor incidencia de muertes son Gustavo A. Madero con 8,229 decesos e Iztapalapa con 9, 554 defunciones; el resto de las delegaciones mantiene un promedio anual de 3 mil a 4 mil muertes, en algunas es menor la cifra, pero, la mayoría presenta estos datos.

Para Estado de México, los municipios con mayor índice de mortalidad son, Ecatepec de Morelos con 7, 763, en Naucalpan de Juárez hay 4, 392, Netzahualcóyotl con 6,521; 4, 010 en Tlalnepantla de Baz, y Toluca presenta 3, 654 decesos.

En este caso se comenzó a hacer mención desde tres mil muertes, ya que en la mayoría de los municipios, el promedio general es de 200 a 300 muertes por año, incluso, en Zacazonapan tan sólo se reportaron 15 defunciones.

Ahora, si revisamos en qué municipios y delegaciones, se presenta un mayor número de defunciones a causa del suicidio, encontraremos que están relacionado con las que presentan mayor número de decesos.

Específicamente en el caso del suicidio en edad Escolar, de acuerdo al INEGI (2010), dentro del rubro de “Consulta General”, se informó que en el Distrito Federal las delegaciones Iztapalapa, Tlahuac, Cuauhtémoc, Magdalena Contreras, Álvaro Obregón, Gustavo A. Madero, Tlalpan, Cuajimalpa, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza, son las presentan este fenómeno.

En el Estado de México ocurre lo mismo, de acuerdo al INEGI (2010), los municipios que presentan dentro de sus estadísticas al suicido en edad escolar, son Netzahualcóyotl, La Paz, Cuautitlán Izcalli, Melchor Ocampo, Nicolás Romero, Tecamac, Chimalhuacán y Ecatepec.

Como se puede observar ambas entidades federativas concuerdan en que la mayoría de municipios o delegaciones que presentan el suicidio en edad escolar como causa de defunción, también presentan el mayor índice de mortalidad.

Al analizar cuáles delegaciones presentan mayor número de muertes, encontramos que la mayoría se encuentran relacionadas a los municipios o delegaciones más violentos de cada entidad federativa respectivamente.

Lo que nos puede indicar que aparentemente pudiera estar vinculado el nivel de violencia que se vive en la comunidad en donde se desarrolla el niño, con la posible toma de futuras decisiones, por lo que se pudiera inferir que la violencia que vive el niño dentro de su contexto familiar y social permea de manera decisiva su vida personal y familiar.

Estos datos parecen mostrarnos que el contexto social donde se despliegan los infantes es decisivo para su óptimo desarrollo psíquico, o en caso contrario, truncan la estabilidad emocional de éste. Bajo estas circunstancias, no nos resta más que analizar que el contexto socio político actual que atraviesa al país es demasiado violento, pese a que resulta complicado afirmar que esta es la circunstancia que ha orillado a los infantes a quitarse la vida, tampoco debemos dejar de contemplarlo como una posible variable que incursione en la presencia de este fenómeno.

Ahora, si tomamos en cuenta que el actual presidente de México, ha decidido que esta lucha contra el narcotráfico continúa, ¿qué contexto social podemos esperar los mexicanos y en específico los niños?, ¿cuándo cesará la violencia y se ofrecerá un mejor porvenir a los infantes?, sobre todo, si los datos anteriormente presentados parecen mostrarnos una correlación entre el nivel de violencia social y la conducta suicida.

Resulta una situación complicada, digna de analizarse y sobre todo susceptible de reflexionar, ya que como nación debiéramos unirnos, para decir basta a las políticas de nación que han contribuido a la descomposición del tejido social y buscar la estabilidad para toda la población, pero, sobre todo para los más vulnerables, como es el caso de los niños.

A manera de conclusión podemos observar que hay una inconsistencia en los datos, sin embargo, ésta, no necesariamente obedece a los “datos ocultos” mencionados por INEGI, sino dentro de la misma “cifra real” propuesta por dicha institución, no hay un censo en los informes que presenta, en las publicaciones se muestra unos datos y en la página otros, pese a que la diferencia no representa un gran cambio estadísticamente, al hablar de la vida de cualquier ser humano, vale la pena que nos detengamos a analizar si la muerte de un niño, en este caso, representa menor valía que la dos o tres, o sí resulta más importante el suicidio de trece niños que el de uno.

Aunado a lo anterior podemos afirmar con base en lo reportado por el INEGI (2010), que la mayoría de localidades que presenta dentro de sus estadísticas al suicidio en edad escolar como causa de muerte, se encuentra entre las delegaciones y municipios más violentos.

No parece un hecho azaroso que en los lugares donde se vive violencia, se tomen decisiones ante la vida de igual manera, parece que escapar a la cultura y sociedad resulta algo complicado de llevar a cabo.

Debiéramos reflexionar, acerca de lo que viven actualmente los niños, en donde la nota del día son los asesinatos, en su mayoría de producto de la “guerra contra el narcotráfico”, en donde las balaceras, las drogas, la pobreza y una serie de circunstancias adversas son las que están determinando el devenir de México, para después cuestionarnos, argumentarnos y contra argumentarnos, sobre qué le espera a los niños, con lo que viven a diario.

1.3. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)

El Sistema Nacional de Información en Salud¹⁴ está sustentado jurídicamente en la Ley General de Salud, misma que asevera que, "la Secretaría de Salud es la encargada de promover el establecimiento de un sistema nacional de información básica en materia de salud".

Los tópicos que aborda son, “Estadísticas de Natalidad”, “Mortalidad, Morbilidad e Invalidez”; así como factores demográficos, económicos, sociales y

¹⁴ <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/poblacion.html>

ambientales vinculados a la salud, también hace referencia a los recursos físicos, humanos y financieros con los que dispone dicho sector para atender las necesidades en criterios de salud de la población mexicana.

Aunado a la descripción estadística que realiza, también regula la recepción, elaboración y procesamiento de la información, así como la función de determinar el estado y evolución la salud pública, esto a través de la “Ley de Información Estadística y Geográfica”, cuya finalidad es planear los programas de intervención y prevención, de acuerdo a las necesidades de salud de la población mexicana.

En apego a la misión que persigue dicha institución, se encuentra el que toda la población mexicana tenga acceso a la información en materia de salud, así como dar a conocer los recursos con los que se dispone y servicios otorgados, para de esta forma poder evaluar el desempeño del Sistema Nacional de Salud.

Las cifras que presenta el SINAIS se concentran en cuatro rubros. “Población y Cobertura”, “Recursos Humanos, Físicos, Materiales y Financieros”, “Servicios Otorgados” y “Daños a la Salud y Nacimientos”, siendo en este último donde se encuentran los datos acerca de las defunciones, y dentro de éste los suicidios.

La publicación de los datos se difunde a través de “Anuarios Estadísticos”, que se encuentran dentro de la página principal de SINAIS, cuyo objetivo es presentar la información captada de las unidades médicas, mismas que son agrupadas en Jurisdicciones Sanitarias, las cuales presentan sus datos al Sistema Nacional de Información en Salud.

De igual forma, cuenta con el “Boletín de Información Estadística”, “Manuales y Guías”, “Síntesis Ejecutivas” y la categoría denominada “Otras Publicaciones”.

Se presentarán los datos emitidos de la página principal, ya que sus anuarios, no muestra datos sobre el suicidio, debido a que este fenómeno no figura entre las primeras causas de mortalidad y morbilidad hospitalaria. En lo que respecta a las publicaciones sobre mortalidad, la más actual da cuenta del período de tiempo 2000-2004, y contrario a ésta se encuentra el “Boletín de Información

Estadística”, que sí presenta datos hasta el 2010, sin embargo, nada en específico sobre el suicidio.

Dentro de la página principal de esta institución se encuentra el rubro de “Estadísticas por Tema”, en donde se despliega la viñeta de “Mortalidad General”, de la cual se desglosan diversos archivos, con distintos nombres y con su propio esquema de datos, todos bajo el formato de Excel.

En el archivo “Principales Causas de Mortalidad General”, se dio a conocer que en el 2006, hubo 493, 296 decesos en todo el país, cifra que discrepa de la INEGI por 1, 035 muertes, ubicando al suicidios como la causa de muerte número diecinueve, con un total de 4, 267 suicidios, lo que corresponde al 0.9% del total de muertes, esto con respecto a las muertes propuesto por SINAIS.

Expresamente, en lo que se refiere al grupo de edad escolar, en el 2006 dentro de la estadística “Principales Causas de Mortalidad General en Edad Escolar”, dicha institución reportó 6,654 defunciones, de éstas 175 fueron suicidios (misma cifra reportada por el INEGI), con una tasa del 0.8 y el 2.6%, ocupando la séptima casa de muerte

En el 2007, informa que el total de muertes en la República Mexicana asciende a 513, 122 decesos, de los cuales 4, 389 corresponden a lesiones auto infligidas, es decir el 0.85%, ubicándose así nuevamente en la causa número diecinueve de mortalidad de la población mexicana; como se puede observar la cifra es muy similar a la reportada el año anterior y corresponde con la causa de muerte número diecinueve.

En lo referente a la mortalidad en edad escolar durante el año 2007, dentro de “Principales Causas de Mortalidad General en Edad Escolar” se encontró que hubo 6,529 defunciones, de estas 138 fueron auto infligidas, (cifra que concuerda con la del INEGI), con una tasa del 0.6 y 2.1%, ubicándose en la octava causa de muerte.

Para el 2008, el total de muertes en el país de acuerdo SINAIS dentro de la estadística de “Principales Causas de Mortalidad General” fue 538,288, de éstas, las correspondientes al suicidio datan de 4, 668, ubicándose en la causa de muerte número diecinueve, con un 0.9% del total de muertes y una tasa del 4.4.

Ahora, revisaremos los datos que nos ofrece SINAIS, dentro de “Principales Causas de Mortalidad General por Entidad Federativa 2008”, de acuerdo a estas estadísticas el número de muertes reportadas en el país son de 539,530, pero, si recordamos lo reportado por la misma institución dentro de “Principales Causas de Mortalidad General”, resulta imperante resaltar que en el mismo año, encontramos que se reportan 538,288, la diferencia es de 1,242 decesos, esto dentro de la misma institución y en el mismo año.

De acuerdo a la estadística de “Principales Causas de Mortalidad General por Entidad Federativa”, las lesiones auto infligidas en el total de la población de los Estados Unidos Mexicanos ocupa el lugar 16 de mortandad con un total de 4,681 defunciones, una tasa del 4.4 y el 0.9%.

Cabe mencionar que si comparamos estos datos con los sugerentes dentro de “Principales Causas de Mortalidad General 2008”, encontramos que de una estadística a otra, dentro de la misma institución, el suicidio pasó de ocupar el lugar número diecinueve dentro de las principales causas de muerte para la población mexicana al número dieciséis, y con una diferencia de trece defunciones, sin embargo, resulta notable que la tasa y el porcentaje permanecen constantes.

La mortalidad en edad escolar de acuerdo al INEGI 2008 dentro de “Boletín de Estadísticas Vitales”, corresponde a 6,565 muertes, mientras que SINAIS en el 2008 reporta 6,588, la diferencia es de 23 decesos; de acuerdo a lo reportado por ambas instituciones, el total de suicidios es de 191, siendo así la sexta causa de muerte para este grupo etario, con una tasa de 0.9 y el 2.9% (de acuerdo a SINAIS).

Dentro de SINAIS, pero en un archivo diferentes con el nombre “Principales Causas de Mortalidad en Edad Escolar (de 5 a 14 años)” durante el 2008, el número de muertes en este grupo de edad equivale a 6,565 (cifra que coincide con el INEGI), mientras que el suicidio en este grupo de edad representa a nivel nacional la cuarta causa de muerte, con 191 defunciones, una tasa del 0.9 y un 2.9 por ciento en el 2008; como se puede observar el número de muertes en edad escolar cambia con respecto a *“Principales Causas de Mortalidad General por*

Entidad Federativa”, dentro del rubro de mortalidad en edad escolar (6, 588), sin embargo, la tasa y el porcentaje permanecen constantes en “Principales Causas de Mortalidad General por Entidad Federativa” y . “Principales Causas de Mortalidad en Edad Escolar (de 5 a 14 años)”, pese a que la cifra es diferente.

En el Distrito Federal, el suicidio en edad escolar durante el 2008 representa la sexta causa de muerte con un total de 13 defunciones, una tasa de 1 y el 3.9% respectivamente. Por su parte, en el Estado de México se afirma que hay 24 defunciones por suicidio en edad escolar, lo que representa la sexta causa de muerte, una tasa de .8 y el 3.1% del total de muertes.

Dadas las circunstancias antes planteadas, resulta imperativo demostrar las discrepancias presentadas por el INEGI y SINAIS respectivamente.

Fig. 4.

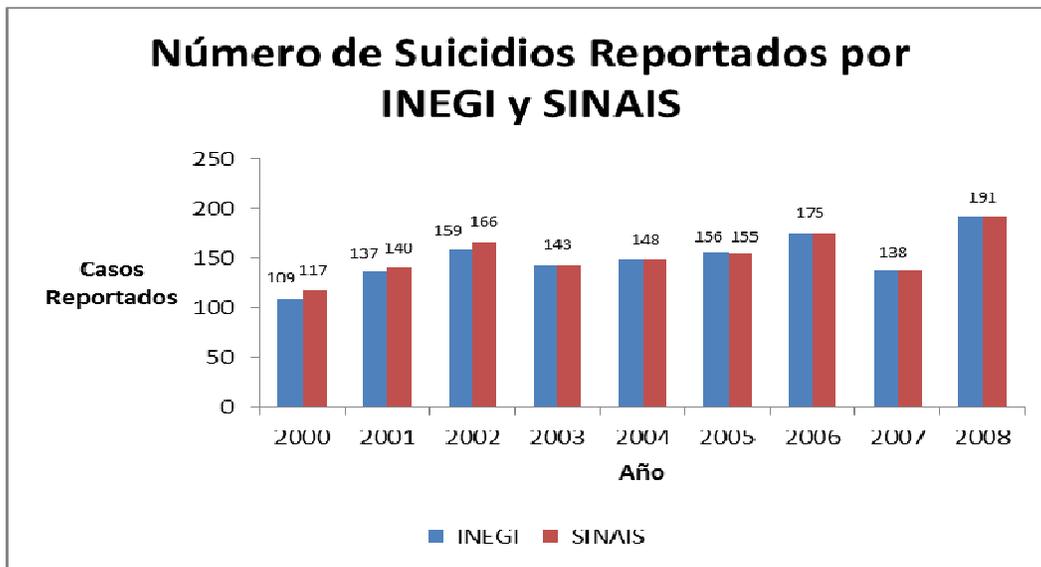


Fig. 4. Muestra el número de suicidios en edad escolar reportados desde el 2000 hasta el 2008 por parte del INEGI y SINAIS

En dicha figura se observa que las cifras entre ambas instituciones no se contraponen por mucho, ya que desde el 2000 hasta el 2002, presentaban variación en sus datos, sin embargo, en 2003 los estandarizan y es hasta 2005 donde vuelven a discrepar y tan sólo es por un caso, ya en años posteriores

vuelven a tener el mismo número de decesos. En el 2001, la diferencia es de ocho defunciones, en el 2002 son tres y en el 2003 son siete decesos.

De la misma manera podemos observar que el fenómeno ha tendido a manifestarse más constantemente, sin embargo, lo ha hecho de manera gradual, probablemente por esa razón no se ha prestado atención a dicha situación.

No obstante, es preciso considerar que se está graficando lo referente al suicidio en edad escolar, donde aparentemente los datos no son tan divergentes y en algunos casos éstos cambian por pocos decesos, sin embargo, eso no sucede con otros datos que se presentaron, como es el caso del total de muertes en el país o en edad escolar, en donde las diferencias alcanzan las mil defunciones.

Probablemente en el área estadística no sean tan imperativas las diferencias, pero, no por eso dejan de existir. Esas discrepancias no se graficaron, dado que dichas variables no corresponden con los objetivos perseguidos en el presente estudio.

También es importante mencionar que el SINAIS no presenta datos hasta antes del 2000, por lo que no podemos saber en años anteriores, si las cifras diferían, y si era así, cuál era la magnitud.

1.4. Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF)

La Secretaría de Salud del Distrito Federal¹⁵, tiene bajo su consigna el mejorar y elevar la calidad de vida en la población que reside dentro del Distrito Federal, garantizando el acceso a la atención médica, así como la protección en materia de salud, esto mediante el otorgamiento de intervenciones médicas integrales, oportunas y de calidad.

Para alcanzar los objetivos esbozados, cuenta con 23 mil trabajadores de la salud, una infraestructura sólida, el material requerido por las necesidades institucionales, así como un equipo especializado.

Dentro de las metas trazadas, se encuentra el ofrecer un sistema de salud universal, equitativa, preventiva, eficiente, eficaz y oportuna, profiriendo así

¹⁵ <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/>

programas y acciones encaminados a mejorar la calidad de vida de los habitantes capitalinos, (argumentos suscritos por la misma institución).

Pese a que dentro de los objetivos que se plantea dicha institución no se encuentra el realizar una medición de la mortalidad y morbilidad de esa zona, dichos parámetros estadísticos son necesarios, ya que de no tenerlos, no podría diseñar las acciones y programas encaminados a la mejora de la salud poblacional.

Es en este sentido que la SSDF, presenta algunos datos sobre el suicidio en edad escolar, sin embargo, estos sólo bosquejan el fenómeno de manera general, sin mayor descripción.

De acuerdo a los datos emitidos por el INEGI, dentro de la publicación de “Boletín de Estadísticas Vitales 2008”, el número de muertes dentro del Distrito Federal en ese año fue de 64, 471, mientras que para la SSDF (2008), el número de decesos asciende a 52, 404, como se puede observar la diferencia es amplia, son 12,067 muertes, cifra que no se puede enmascarar fácilmente, por la magnitud de la diferencia.

Para la SSDF, de las 52, 404 muertes, las ocasionadas por el suicidio son 329, con una tasa del 3.7, ocupando así la causa de muerte número quince, el SINAIS presenta las mismas cifras para esta entidad federativa, sin embargo, pese a presentar el mismo número de suicidios y la misma tasa, es para esta última institución la causa de muertes número diecinueve.

Es difícil de explicar cómo es que presentando el mismo número de suicidios, la misma tasa, dentro de la misma entidad, el posicionamiento entre las principales causas de muerte cambie.

No obstante, pese a las discrepancias ante el INEGI, mismas que se presentaron con anterioridad, las tres instituciones coinciden que en el 2008 hubo 338 decesos de niños en edad escolar, aparentemente resulta algo satisfactorio saber que concuerdan en este dato, pero si lo balanceamos con la diferencia de las 12, 067 muertes, resulta difícil comprender cómo abordan sus porcentajes y tasas, al haber una diferencia entre el número de muertes en total y encontrar la misma cifra en el número de muertes reportadas en edad escolar

Lo que pudiera darnos pie a pensar, que los porcentajes, así como las tasas no están bien planteadas, no es claro cómo pese a una diferencia de más de doce mil muertes, las tasas y porcentajes permanezcan constantes, ya hemos venido observando la incongruencia en los datos presentados, y este reporte nos reafirma lo que ya antes se había planteado.

O bien, pudiera ser que únicamente copian las cifras sin analizar lo que están publicando, todo pudiera iniciarse desde INEGI, en donde dentro del mismo organismo no hay certeza, y al éste proveer los datos para las demás instituciones, éstas también pudieran mostrar confusión, al no saber a qué datos atender.

Cualquiera que sea la razón, no debemos olvidar lo que se mencionó al comienzo, todas las naciones presentan estas características, no obstante, pese a la variabilidad de los datos, éstos pueden darnos cuenta de la ocurrencia, probabilidad y frecuencia del fenómeno.

En lo que respecta al suicidio en edad escolar la SSDF, en el 2008 reportó trece decesos y una tasa de 1.0, ocupando así la sexta causa de muerte de este grupo etario, cifras que concuerdan con SINAIS e INEGI, (dentro del rubro "Consulta General").

Como se pudo observar, en general se mantienen diferencias con los datos presentados por el INEGI acerca del total de muertes ocurridas en el Distrito Federal durante el 2008, que si analizamos esa diferencia podría ser el doble del número de muertes reportados por la "Lucha contra el Narcotráfico", o bien, el total de población de algún municipio con mediano número de habitantes del Estado de México, que en ese sentido, si parece un dato significativo.

Fig. 5

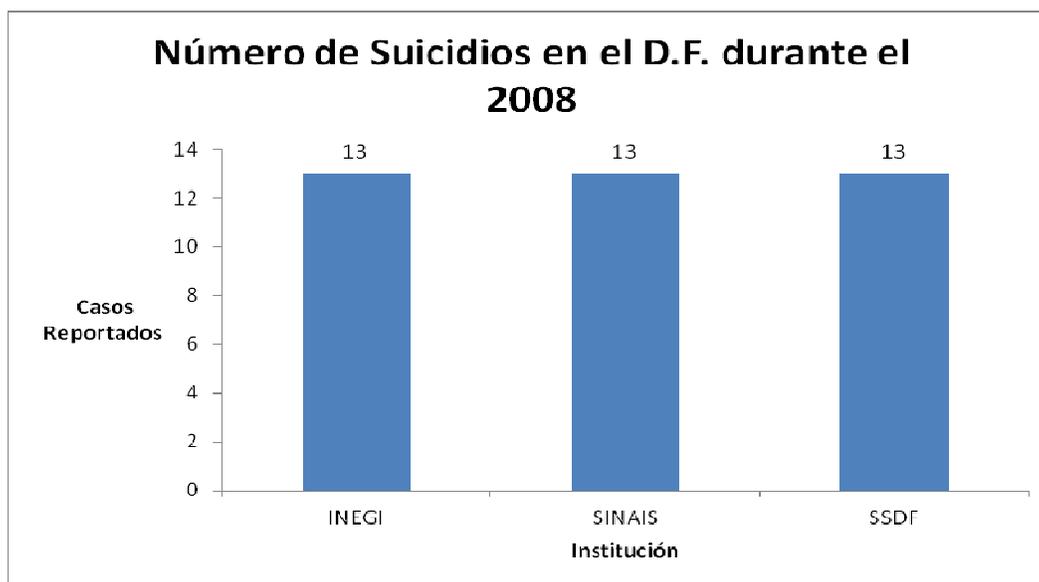


Fig. 5. Muestra el número de suicidios en edad escolar reportados por el INEGI, SINAIS y SSDF, durante el 2008.

En esta figura podemos percibir que el número de suicidios reportados por las tres instituciones coincide absolutamente, sin embargo, no podemos dejar de observar que el año es ampliamente influyente, ya que de los documentos electrónicos, cuyo tópico de interés es el suicidio, solamente se cuenta con la versión del 2009 y 2010.

Cabe mencionar que es precisamente en estos documentos electrónicos en donde se presentan las diferencias con respecto al número de suicidios en edad escolar, ya que se toma en cuenta los suicidios de niños menores de 10 años y dentro de “Consulta General”, sólo se aborda el grupo de 10 a 14, sin reportar ningún caso en el grupo de 5 a 9, pese a que en la publicación electrónica sí se consideran suicidios en esta edad, bajo el nombre de “Menor de 10 Años”.

Es en este sentido, que cabría mencionar una variable que antes se presentó y es el hecho de que dentro de las localidades determinadas como las más violentas, es justamente donde se presenta con más retinencia el fenómeno del suicidio y en este caso en edad escolar.

1.5. Secretaría de Salud del Estado de México e Instituto de Salud del Estado de México

La secretaría de Salud del Estado de México¹⁶ es una institución que tiene como objetivo el acceso universal a los servicios integrales de salud, no obstante, no presenta datos en salud de la población mexiquense; siendo de esta forma el Instituto de Salud del Estado de México, organismo descentralizado de la Secretaría de Salud, el que presenta dichos informes.

El Instituto de Salud del Estado de México¹⁷, tiene como objetivos mostrar la información referente a la salud, proporcionando así estadísticas a nivel estatal, partiendo de este vertice, para generar el diseño y construcción de los programas y servicios de salud, así como propiciar la atención médica necesaria y recibir orientación en el área de salud y regulación sanitaria, “respondiendo así, con calidez a las expectativas de la sociedad, que cada vez son más amplías”, argumento sostenido por el mismo Instituto de Salud, dentro de su página principal.

Los objetivos que se plantea dicho organismo, es ser el de ser el líder en proporcionar servicios de salud pública de calidad en sus tres niveles de atención (primario, secundario y terciario), promoviendo de esta forma la cultura de prevención y autocuidado de la sociedad del Estado de México, esto de acuerdo a lo que suscribe dicho instituto.

Con respecto a la información estadística que ofrece dicha institución, en el 2009, el suicidio en edad escolar ocupó la séptima causa de muerte, con un total de 30 defunciones, una tasa del 1.05 y el 3.6%.

Sin embargo, de acuerdo al INEGI, dentro del documento “Estadística de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2009”, el número de muertes que se reportaron a causa del suicidio en un rango de edad de 10 a 14 años, es de 30 (cifra que concuerda con la planteada por el Instituto de Salud de dicha Entidad), no obstante, al agregarle los suicidios perpetrados por niños menores de 12 años,

¹⁶ <http://salud.edomex.gob.mx/>

¹⁷ <http://salud.edomexico.gob.mx/html/index.php>

la cifra aumenta de 30 a 34 muertes, logrando así una diferencia de 4 decesos con respecto al Instituto de Salud del Estado de México.

Sin embargo, al compararlos con los datos proporcionados por INEGI, dentro del rubro “Consulta General”, la diferencia es de un caso, ya que de acuerdo a este último, en el Estado de México durante el 2009 hubo 31 suicidios.

Fig. 6.



Fig. 6.. Representa el número de suicidios en edad escolar reportados por el Instituto de Salud del estado de México e INEGI dentro de Estadística de Suicidios y Consulta General.

De acuerdo a esta figura, se puede observar como los datos entre el Instituto de Salud e INEGI son divergentes, incluso entre los propios fundamentados por este último, ya que dentro del archivo de “Estadística de Suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2009” y “Consulta General”, la discrepancia corresponde a 3 casos, el primero presenta 34 suicidios en edad escolar, mientras que la segunda 31. Por su parte el Instituto de Salud del Estado de México da cuenta de 30 sucesos.

Como se pudo observar, a diferencia del Distrito Federal, en el Estado de México, los datos difieren entre sí, e incluso dentro del INEGI se muestran números disímiles.

Cabe señalar que no se pudo llevar a cabo ningún contraste con SINAIS, ya que los datos más actuales de éste corresponden al 2008, mientras que en el Instituto de Salud del Estado de México los únicos datos que ofrece al respecto del suicidio en edad escolar, corresponden al 2009.

1.6. Datos otorgados por otras Instituciones

Este apartado se construyó específicamente para mencionar algunas instituciones que muestran estadísticas acerca del suicidio, sin embargo, no presentan datos que puedan darnos cuenta expresamente acerca de este fenómeno en edad escolar, o éste no forma parte de sus esquemas.

Lo cual es digno de mencionar, ya que si el fenómeno de la conducta suicida en edad escolar es consistente y aumenta de manera paulatina, sin que se le preste atención y quien debiera hacerlo son las instituciones salud y éstas no lo hacen, resulta un problema de considerar y si en definitiva no se encuentra entre las principales causas de muertes de su población, también resulta ambiguo, ya que para el SINAIS, el suicidio en edad escolar durante el 2008 resulta la cuarta causa de muerte.

Esta incongruencia de las instituciones de salud, y en específico de la Secretaría de Salud, cuyo objetivo es resguardar el bienestar de los mexicanos, no lo hace, pese a contar con los datos y estadísticas, situación que nos deja mucho que desear de los institutos que resguardan la salud de la población mexicana.

1.6.1. Consejo Nacional de Población (CONAPO)

La primera institución que abordaremos es el Consejo Nacional de Población¹⁸, organismo facultado para diseñar, ejecutar y evaluar las iniciativas públicas encargadas de regular el crecimiento poblacional, así como la distribución de los habitantes en el territorio nacional, todo esto encaminado a planificar la dinámica demográfica de los mexicanos.

De acuerdo a dicha institución, dentro de un archivo denominado “Principales Causas de Mortalidad en México 1980-2007”, publicado en 2010, el

¹⁸ <http://www.conapo.gob.mx/>

suicidio en edad escolar no está representado dentro de principales causas de muerte para este grupo.

1.6.2. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

En lo que respecta al Instituto Mexicano del Seguro Social¹⁹, éste es una organización trifactorial, es decir se encuentra compuesta por tres componentes, que son el Estado, los patrones y los trabajadores, cada uno de ellos realiza sus respectivas aportaciones. Convirtiéndose así en la institución más grande de América Latina encargada de la salud.

Su objetivo es salvaguardar la seguridad social de los trabajadores y de su familia, garantizando así el derecho a la salud, asistencia médica, protección de los medios de subsistencia y servicios sociales de manera individual y colectiva.

Funge como una entidad administradora de riesgos y prestadora de asistencia, fomentando así la salud en la población a través de servicios preventivos y curativos, entre otros; lo anteriormente planteado por dicha instancia.

El IMSS es una institución muy amplia, por lo que se encuentra seccionada por regiones, en lo que respecta al área metropolitana del Valle de México, y específicamente en el caso del Distrito Federal, cuenta con las delegaciones Norte, Sur, Sureste, Suroeste, Noreste y Noroeste. En el caso del Estado de México, existe la delegación Oriente y Poniente.

Cada una de ellas recaba su propia base de datos en cuanto a los servicios que prestan, los egresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, las consultas médicas y servicios de urgencias, a grandes rasgos; sin embargo, no cuentan con los datos acerca de las defunciones, éstas parecen estar concentradas en una base de datos general para todas las delegaciones en el país.

Dentro de las estadísticas que ofrece el IMSS en torno a la salud se encuentra el Reporte de Mortalidad, en donde presenta el total de defunciones que registra en todo el país, sin embargo, no muestra un archivo delimitado a las

¹⁹ <http://www.imss.gob.mx/Pages/default.aspx>

principales causas de muerte de la población derechohabiente, mantiene diferentes informes acerca de algunas causas de defunción, empero ninguno de ellas alude al suicidio en ningún grupo de edad.

Por otra parte, cuenta con el SISIMOR (Sistema Institucional de Información sobre Mortalidad)²⁰, mecanismo que se encarga de recabar información directamente de las unidades de atención médica del IMSS, no obstante, los últimos datos que reporta dicha instancia a través de una publicación electrónica, hacen referencia al 2001, en donde el suicido en toda la población derechohabiente ocupa la causa de muerte número diecisiete.

Aunado al dato referido anteriormente dentro de dicha publicación, se sostiene que hay una discrepancia con los datos reportados por el INEGI, por lo que no puede haber certeza total y el análisis cronológico que realizan se encuentra desfasado con respecto a los datos anteriormente planteados por el INEGI y demás instituciones.

1.6.3. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Con respecto al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado²¹, tal como su nombre lo afirma, su población objetivo son los trabajadores del Estado. Dicho organismo busca satisfacer los niveles de bienestar de su población, mediante un otorgamiento eficaz y eficiente de seguros, prestaciones y servicios, argumento sostenido por la misma institución.

De igual manera dicho instituto, cuenta con diferentes delegaciones dentro del área metropolitana del Valle de México, en lo referente al Distrito Federal se da cuenta de la región Norte, Sur, Oriente y Poniente; mientras que para el Estado de México sólo sustenta una delegación²².

De acuerdo a esta institución, cada delegación propone sus propios marcos de trabajo e informes en salud, no obstante, en lo que respecta a los datos sobre mortalidad, únicamente se cuenta con una base de datos para todas las

²⁰ <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im034j.pdf>

²¹ <http://www.issste.gob.mx/>

²² http://www.issste.gob.mx/transparencia/2010-10_directorioDelegaciones.pdf

delegaciones, donde se concentran los informes acerca de las defunciones y sus causas, desglosándose por anuarios.

Dentro del anuario de “Causas de Muerte”, durante el 2010, en dicha institución se reportó un caso de suicidio en un rango de de edad de 45 a 65 años en todo el país, fuera de ese dato, no presenta más registros acerca de este fenómeno; aunado a lo anterior, dentro de las veinte primeras causas de mortalidad en su población, no figura el suicidio.

1.6.4. Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM)

El Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios²³ es un organismo público descentralizado que forma parte de la Administración Pública del Estado, su población derechohabiente está compuesta por Servidores Públicos y personas que bajo el marco jurídico actual cumplen con los requisitos de afiliación.

Su objetivo gira en torno de otorgar seguridad social, así como la preservación de la misma, del mismo modo busca mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de los derechohabientes, apoyar la economía familiar y generar su integración mediante un trabajo de equipo personal y profesional de sus trabajadores, planteamientos emitidos por la misma institución.

Dentro de los servicios que ofrece este organismo se encuentra el dar a conocer las estadísticas e indicadores de la salud, sin embargo, debido al periodo de tiempo en el que se escribió este trabajo de investigación, dicha información se encuentra proscrita, ya que se llevaron a cabo las elecciones presidenciales y más de 100 cargos políticos, quedando así esta información vetada hasta el dos de julio del año 2012, no obstante, el periodo ya ha sido rebasado y aún no se ha publicado la información.

Cabe mencionar que posteriormente se intenta ingresar nuevamente, sin embargo, para acceder a los indicadores solicita “la clave ISSEMYM”, a la cual no se tiene acceso.

²³ <http://www.issemym.gob.mx/>

1.6.5. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (NPRF)

Por último, como otra fuente de datos acerca de la información en salud y específicamente mental, se cuenta con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz²⁴, dicha institución ha adaptado su esquema de trabajo con base en las transformaciones sociales.

Surgió a través de la necesidad de averiguar cuáles eran los padecimientos mentales que aquejaban a la sociedad mexicana; así mismo sus fundamentos están basados en la investigación, ya que de esta forma se puede reconstruir la percepción que se tienen acerca de las enfermedades mentales, contrarrestarlas y prevenirlas, esto mediante un esquema de investigación, intervención primaria y la consolidación de la atención médica, misma que toma en cuenta componentes biológicos y psicológicos, así como sus raíces y consecuencias sociales.

Dicha institución está constituida por la “Dirección de Neurociencias”, la “Subdirección de Investigaciones Clínicas” y la “Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales (DIEP)”, dentro de la cual se mantiene tres líneas de investigación: “Estudio Integral del Alcoholismo y otras Adicciones”, “Violencia y su Impacto en la Salud Mental” e “Investigación Epidemiológica y Psicosocial de Trastornos Mentales”, en donde se da cabida a la conducta suicida.

Dentro de su sistema de información y estudios epidemiológicos, dicha instancia tiene una gran cantidad de datos con respecto a la salud mental, cuenta con una línea de investigación específica con encuestas y estudios exclusivos, reportes, análisis de datos, así como publicaciones (libros, artículos, tesis, cuadernillos y carteles).

Dentro de éstas se encuentra la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008 y la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2003 -2010, entre otras.

Por su parte en la ENA²⁵, como su nombre lo dice, es una encuesta sobre adicciones en adolescentes entre 12 y 17 años y adultos con una edad comprendida entre 18 y 65 años, dejando de lado a los niños.

²⁴ <http://www.inprf.org.mx/>

²⁵ http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/ena/repo_ena2011_metodologia.pdf

Dentro del contenido de esta encuesta se encuentran los siguientes rubros: “Tabaco”, “Drogas” y “Alcohol”, presentándose al final de la misma un cuestionario individual a un miembro de la familia, mismo que previamente fue elegido y debía comprender las edades antes descritas, aunado a la población anterior, se sobre seleccionó a un grupo de adolescentes entre 12 y 17 años.

El contenido del cuestionario abordó temas socio-demográfico, consumo de drogas, incluido el tabaco y el alcohol, la exposición y tratamiento a drogas, así como creencias en función de algunas enfermedades de transmisión sexual, violencia de género, conducta antisocial, migración, sintomatología depresiva e intencionalidad suicida (véase Anexo 1).

De acuerdo con Borges y cols., (2009), la encuesta se aplicó en un total de 50 688 viviendas en todo el país, el tamaño de la muestra final fue de 51 227 entrevistas, misma que estuvo basada en un diseño muestral aleatorio, probabilístico y polietápico; cuyos resultados se plasmaron en 173 páginas.

Sin embargo, de acuerdo a los autores antes mencionados, la tasa de no respuesta en la entrevista final fue de 77%, es decir una gran parte de la población se mostró remisciente a contestar el cuestionario y aunado a lo anterior se careció de estimaciones de la conducta suicida en áreas rurales del país.

Por otro lado, las preguntas que se forjaron con respecto a la conducta suicida, están estructuradas de forma cerrada e impersonalizada, de tal suerte que podrían resultar un tanto agresivas para el entrevistado.

Algunas de las preguntas que se utilizaron para medir la ideación suicida fueron las siguientes: “¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?”, “¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?”, “¿Ha pensado que vale más morir que vivir?”; en lo que respecta al plan suicida se encuentra “¿Ha hecho un plan para quitarse la vida?; finalmente en el intento suicida: “¿Ha intentado quitarse la vida?”. (Véase anexo 2)

Partiendo de ese hecho, sería difícil que una persona alejada del círculo social del entrevistado y que circunstancialmente estará entrevistando en esa zona pueda generar un rapport con el participante y lograr así respuestas fidedignas.

No obstante, la ENA no ha sido la única fuente de información dentro de la DIEP, también se encuentra la ENEP²⁶, en la cual converge la OMS y la Secretaría de Salud. Dicha encuesta estuvo encaminada hacia los adolescentes y adultos, dejando de lado a los niños.

En lo que respecta a los adultos, el rango de edad que utilizaron para dicha encuesta osciló entre los 18 y 65 años, sus objetivos estuvieron encaminados a determinar la prevalencia de desordenes mentales, incluyendo la discapacidad y las adicciones; así como conocer la historia de éstos, determinar cuál era el índice de atención médica y sus respectivas deficiencias, y finalmente el desarrollo y comprobación de hipótesis con respecto a la génesis y desarrollo de dichos padecimientos.

Para la realización de esta encuesta se utilizó la entrevista psiquiátrica WHO CIDI 2 y el WHO-DAS II en versión computarizada, la población fueron residentes permanentes de zonas urbanas, es decir con más de 2500 habitantes, presentándose así 5826 entrevistas (véase Anexo 2).

De dichas encuestas sobre los adultos, surgieron un total de 78 proyectos publicados y 8 capítulos de libros y manuales, en lo que respecta al tópico del suicidio, en el 2005 se publicaron dos artículos, uno para el 2006, dos en el 2007, cuatro en el 2008, uno en el 2009 y cuatro en el 2010, es decir 14 artículos dirigidos al suicidio de 78 publicaciones y un capítulo publicado en el 2010, cuya variable principal o secundaria en cada caso era la conducta suicida, aunado a lo anterior, la mayoría de publicaciones se presentó en inglés.

Con respecto a la población adolescente de dicha encuesta, se utilizó la versión computarizada de la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta (WMH-CIDI-A), a adolescentes entre 12 y 17 años, así como a sus padres, en total se entrevistaron a 3005 adolescentes y 2845 padres.

La encuesta tuvo un diseño probabilístico multietápico y estratificado representativo de los 1 834,661 adolescentes de la Ciudad de México y área metropolitana, en concordancia con lo anterior, se reentrevistó dentro de sus hogares al 5% de los adolescentes para poder corroborar el diagnóstico.

²⁶ <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia.pdf>

De la aplicación de esta encuesta resultaron 11 publicaciones, de las cuales 2 abordaron el tema de la conducta suicida en adolescentes, uno como variable principal y otro como secundaria.

Como se puede observar, de las encuestas realizadas por el INPRF dentro de la DIEP, ninguna ha tomado en cuenta la población infantil. De los 89 proyectos publicados entre la población adulta y adolescente, tan sólo 11 se abocaron a los últimos y en ningún caso se consideró a la población menor de doce años.

Por lo que podemos concluir que con respecto a la conducta suicida, su investigación ha sido muy amplia, sin embargo, en la mayoría de los casos su población objetivo han sido los adolescentes, considerándolos desde los 12 años, antes de esta edad no hay nada que pueda darnos cuenta de la situación que viven los infantes, salvo algunos artículos, en su mayoría publicados por Guilherme Borges.

Es de esta forma que podemos llegar a un desenlace con respecto a todos los datos hasta aquí recabados, en primera instancia encontramos el INEGI, institución que a nivel nacional procura todos los datos acerca de la dinámica demográfica del país, sin embargo, dentro de éstos encontramos incongruencias dentro de la misma institución, “datos ocultos”, que no se toman en cuenta por falta de información e inconsistencia dentro de sus propias publicaciones, no obstante, pareciera una condición bastante común, ya que de acuerdo a Páramo y Chávez-Hernández (2007) los datos sobre el suicidio suelen tener inconsistencias, ya que la Secretaría de Salud, la Procuraduría General de la República y el INEGI, no tiene criterios bien definidos, y por otra parte hay errores de registro y archivo.

En lo que respecta a la Secretaría de Salud podemos percibir que sus datos básicamente se encuentran fundamentadas en el INEGI, y en algunas ocasiones presentan datos diferentes. En el caso del IMSS, ISSSTE e ISSEMYM, datos expresamente sobre el suicidio en su población derechohabiente no cuentan, y para el ISSEMYM esta información se encuentra suscrita.

Finalmente, encontramos al INPRF, institución que se encarga específicamente de la investigación en materia de salud mental, sin embargo,

acertamos a decir que información sobre el suicidio en niños menores de doce años no proporciona, excepto algunos artículos.

Por otra parte, las encuestas que utiliza para dar cuenta del suicidio son aplicadas de manera cuantitativa, impersonales y en algunos casos la tasa de respuesta fue muy baja, por lo tanto, pareciera una dificultad a la que hay que prestar mucha atención.

Con estos datos lo que podemos aseverar es que las estadísticas acerca del fenómeno del suicidio en edad escolar son escasas y en algunos casos incongruentes, que no pueden dar cuenta de la realidad del fenómeno, sólo mostrarnos una tendencia.

Otro aspecto relevante en el tópico de las estadísticas es que los servicios médicos emitidos por PEMEX y SEDENA, no presentan ninguna base de datos acerca de la mortalidad y morbilidad de su población derechohabiente, y por ende, no hay acceso a los posibles informes suicidio, en ningún grupo de edad.

A manera de conclusión, podemos aseverar que el objetivo fue cumplido en su totalidad, ya que se pudo precisar de manera puntual y gráficamente las incongruencias en los datos presentados por los distintos organismos encargados de precisar las causas de morbilidad y defunción de la población mexicana y expresamente el suicidio en edad escolar.

*“En vano he nacido,
en vano he venido a salir
de la casa del dios a la tierra
yo soy menesteroso!
Ojalá en verdad no hubiera salido,
que de verdad no hubiera venido a la tierra.
No lo digo, pero...
¿qué es lo que haré?
¡oh principes que aquí han venido!,
¿vivo frente al rostro de la gente?
¿qué podrá ser?
¡reflexiona!”*

(Fragmento del poema “Canto de huida” de Netzahualcóyotl)

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN

Dadas las circunstancias bajo las que se presentaron los datos anteriormente planteados, resulta un poco espinoso tratar de dar un diagnóstico confiable sobre la situación en la que se encuentra el suicidio en edad escolar en México.

Es claro que la tendencia que sigue la problemática se presenta ascendentemente y de forma paulatina, no obstante, son pocas o casi nulas las instituciones que han hecho su propio programa de intervención y/o prevención para intentar contrarrestar el suicidio, y así como ocurre con las investigaciones, lo mismo sucede con los programas de intervención y prevención, la mayoría da cuenta de los adolescentes y jóvenes.

Cabe mencionar que la información obtenida acerca de los proyectos que mantiene cada una de las instituciones se obtuvo directamente de la página principal de la web.

2.1. Programa de Acción Específico, 2007-2012, Escuela y Salud

Ahora, tratemos de indagar un poco sobre lo que está sucediendo actualmente con la Secretaría de Salud (SSA), quien en convergencia con la

Secretaría de Educación Pública (SEP) creó el “Programa de Acción Específico, 2007-2012, Escuela y Salud”²⁷.

Dicho programa consta de 106 páginas, en las cuales se presentan los problemas que sortean los niños y adolescentes en función de la salud y educación, así como una serie de políticas a implementar para lograr un incremento en los índices de bienestar.

Entre las “Políticas públicas y acciones intersectoriales para el manejo de los principales determinantes de la salud”, que se plantean para lograr el bienestar antes mencionado, se encuentra la implementación de hábitos alimenticios e higiénicos saludables, la reducción de ingesta de sustancias tóxicas, el manejo de una sexualidad responsable, el aseguramiento de espacios físicos adecuados para el desarrollo físico y mental de los menores, servicios de promoción de la salud, haciendo especial énfasis en las cartillas de vacunación; así como el abastecimiento de agua potable y espacios salubres. Los objetivos de dichas políticas se construyen en función de los tópicos antes descritos.

Para lograr sus objetivos se plantearon seis estrategias, en las primeras dos se propone dotar a los alumnos de competencias para modificar su salud, tales como realizar algún tipo de actividad física e ingerir alimentos saludables, así como disminuir el consumo del tabaco, alcohol y otras drogas no legales.

En la tercera se encuentra el acceso a los servicios públicos de salud, en la cual incluyen el uso de consejeros escolares e información sobre la salud sexual y reproductiva. En la cuarta se apuesta a la creación de entornos saludables y seguros, cuyo peso recae en la infraestructura de las escuelas.

Es en la quinta estrategia en donde abordan la salud mental, comprendida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de dicho documento como:

La salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar (físico) y mental, en un contexto (ecológico)-social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones, sociales y culturales y es, con ellas, un componente (sinérgico) de bienestar social. (pp. 56).

²⁷http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/programa_escuela_salud.pdf

No obstante, y pese a la definición que se brinda, la estrategia gira en torno a los adolescentes y hace prácticamente exclusiva la depresión a éstos, aunado a lo anterior, deja de lado la inclusión mente cuerpo, para abocarse únicamente en la salud física.

Es en esta estrategia, en donde pudiéramos dar cabida a la prevención del suicidio en edad escolar, sin embargo, encontramos que no necesariamente ocurre así, en primera instancia se dirigen a los adolescentes, dejando de lado a los más pequeños, segundo, hablan de depresión como si esta fuera el único problema mental que enfrenta la población.

Por lo que, si conjugamos estas dos variables, encontramos que de acuerdo a lo que plantean sólo los adolescentes son susceptibles de deprimirse, argumento totalmente falso, ya que desde 1988 Polaino-Lorente, Doménech, García, y Ezpeleta, advertían que la depresión y suicidio en los niños eran persistentes y actualmente es una condición a la que hay que atender dentro de los sistemas de salud.

Ahora, si consideramos que la depresión en algunos casos, puede fungir como variable predictiva de la conducta suicida y si sabemos que los niños también se pueden deprimir, ¿por qué hacerla exclusiva a los adolescentes?, qué razones se encuentran inmersas en el sector salud y educación, para creer que los niños no se deprimen y no es viable que lleguen a presentar conductas suicidas.

La respuesta, parece es, la ignorancia, pero entonces resulta interesante observar que dos instituciones, una de la que se espera un amplio conocimiento en materia de salud y cuya razón de ser es la salud, desconozca que su población infantil está presentando características asociadas al suicidio y si le agregamos que de acuerdo a su organismo encargado de presentar los datos en salud (SINAIS), el suicidio en el 2008 representa la cuarta causa de muerte para el grupo de edad escolar, resulta completamente aberrante. Mientras que la segunda, donde la población sobre la que incide es en gran parte niños y de los que debiera tener un vasto repertorio en el conocimiento en su comportamiento, no sabe que los niños pueden ser objeto de depresión, nos deja pocas opciones,

en verdad son instituciones ineficientes o no hay interés en estos sectores por la población infantil, o tal vez pudieran ser ambas.

Otra variable que parece interesante analizar, ya que dicho programa para justificar su quinta estrategia, usa como fundamento una definición propuesta por la OMS, es el hecho de hablar de una inclusión mente cuerpo, en la que debe haber armonía entre estos dos componentes de la vida humana para que un ser viviente pueda desenvolverse en su totalidad.

Sin embargo, dicho argumento se mantiene como tal, sólo argumento, ya que en los puntos que componen la estrategia no se aborda la salud mental, pese a que se estipula como base de la salud de un ser humano, salvo las incursiones que hace acerca de la depresión y adicciones.

Finalmente en la sexta estrategia propone un modelo de medición de resultados.

Pese a los esfuerzos que han realizado la Secretaría de Salud y la de Educación Pública en el diseño del programa que publicaron, mismo que considera los índices de suicidio, éstos sólo hacen referencia a los adolescentes, dejando de lado a los niños.

Las áreas de incidencia, a las cuales se dio mayor importancia fue a reducir los riesgos a desarrollar enfermedades por falta de alimentación saludable, así como el sedentarismo y la diabetes mellitus; por otra parte, encontramos que la orientación hacia un adecuado desarrollo de la sexualidad fue otra variable persistente, y el desarrollo de ambientes físicos que propiciaran el óptimo desarrollo de los niños y adolescentes.

Como puede observarse el proyecto diseñado por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública no tomó en cuenta en ninguna de sus estrategias el diseño de programas para contrarrestar la conducta suicida en edad escolar; sin embargo, estas no han sido las únicas instituciones que han desarrollado programas de salud pública en torno al suicidio.

2.2. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRF)

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz²⁸, ha realizado un arduo trabajo en lo que respecta a la epidemiología del suicidio, esto a través de la “Investigación Epidemiológica y Psicosocial de Trastornos Mentales”.

Esta última, actualmente ha desarrollado diversos proyectos, veinte en total, de los cuales tan sólo dos abordan la conducta suicida, uno encaminado hacia los adolescentes y el otro dirigido a la población en general, estos son:

1. Hacia la prevención de la depresión y el riesgo suicida: uso de servicios, detección y estrategia psicoeducativa en estudiantes de secundaria en el Centro Histórico de la Ciudad de México.
2. La aplicación de los principios bioéticos en la atención clínica y la prevención del intento de suicidio.

En lo que respecta a los niños, sólo 5 proyectos se dirigen hacia esta población, y dos de ellos incluyen a adolescentes. Ninguno de estos considera la conducta suicida en este sector de la población, no obstante, es digno de mencionarse el proyecto “Dejando Huellitas en tu vida”, planeado para el desarrollo de habilidades sociales en niños de primero a cuarto año de primaria y en cual pudiéramos encontrar aspectos de interés para este proyecto de investigación.

Pese a que su objetivo no está dirigido a prevenir o disminuir la presencia de la conducta suicida, dentro de su contenido se encuentra el contrarrestar la problemática del consumo de sustancias adictivas, así como prevenir problemas de salud mental, dentro de los cuales podríamos encontrar la conducta suicida.

El punto de apoyo de dicho programa es la prevención, mediante la entrega de material didáctico (cuatro cuadernillos de trabajo) a los niños, adecuados a su edad y cuyo contenido está enfocado a fortalecer el desarrollo de habilidades sociales, bajo la perspectiva cognitivo conductual, así como crear un espacio reflexivo acerca de varios temas de conciencia social.

²⁸ <http://www.inprf.org.mx>

El cuadernillo de los niños es ampliamente vistoso; los temas que abarca son “Metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo”, “Conductas y actitudes positivas”, “Autoestima”, “Asertividad”, “Ubicación y conocimiento de personas en quienes pueden confiar”, “Identificación de sensaciones”, “Conceptos y tipos de abuso (físico, sexual y psicológico)”, “Comunicación familiar”, “Apego escolar”, “Tolerancia a la frustración”, “Autocontrol de emociones”, “Discriminación” y “Autoconcepto”.

Como se puede observar, dentro del esquema de trabajo que se plantea, no hay nada preciso sobre la prevención de la conducta suicida, sin embargo, el contenido nos hace reflexionar acerca de los tópicos que abarca, y dentro de los cuales pudiera estar inscrito este fenómeno, dotándoles de herramientas para hacer frente a los posibles problemas emocionales que pudieran enfrentar.

Aunado a lo anterior, dentro de la estrategia de dicho programa se toma en cuenta la familia del menor, así como actividades a realizar conjuntamente y su implementación contempla capacitar a los docentes para que este programa se pueda efectuar no solamente dentro del ambiente institucionalizado, sino también en las aulas de todo el país.

Éste estuvo encabezado por Jorge Villatoro Velázquez y surgió a partir de la identificación de factores de riesgo en la salud mental, tales como el abuso de sustancias, depresión, suicidio e intento suicida, fracaso, deserción escolar, conducta antisocial y delictiva, por lo que se considera que si se previenen los trastornos mentales a través de la implementación de habilidades sociales, todos los factores antes mencionados tenderán a disminuir.

Dentro de todo el Instituto, es el único programa de prevención dirigido a los niños, por lo que resulta satisfactorio saber que quizá el objetivo principal no fue contrarrestar la conducta suicida, al menos no de manera precisa, sin embargo, en el desarrollo del programa podría quedar implícita la prevención del suicidio.

2.3. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

En lo que respecta a dicha institución, misma que en correlación con la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), se ha propuesto mejorar la calidad de vida de los derechohabientes, mediante el programa general de

atención a esta población, integró así el programa “Prevenimss”, bajo una perspectiva preventiva, de detección oportuna, control de enfermedades y promoción de la salud, argumento suscrito por la misma institución.²⁹

Cabe mencionar, que como se dijo anteriormente, dentro del instituto existen diferentes delegaciones, sin embargo, todas ellas mantienen el mismo esquema de “Prevenimss”, por lo que no hay modificación al programa, aunque se hable de diferente delegación.

El sector poblacional que abarca “Prevenimss” incluye adultos mayores, hombres, mujeres, adolescente y niños. Dentro del programa que se dirigen a niños, los tópicos de interés son: “Promoción de La Salud”, “Nutrición”, “Prevención y Control de Enfermedades”, “Identificación Oportuna de Enfermedades” y “Otros Aspectos de Interés”.

Dentro de las líneas, en las que posiblemente se encontraría alguna campaña contra el suicidio serían “Promoción de La Salud”, “Prevención y Control de Enfermedades”, “Identificación Oportuna de Enfermedades” y “Otros Aspectos de Interés”.

En lo que respecta al primero se encuentran los siguientes programas: “Desarrollo Psicomotor de los Niños”, “Estimulación Temprana”, “Alimentación”, “Alimentación al Seno Materno”, “Lactancia con Fórmula Láctea”, “Alimentación Complementaria”, “Prevención de Muerte Súbita”, “Raquitismo”, “Accidentes”, y finalmente “Violencia Familiar”.

Por su parte, en el segundo existen los siguientes programas: “Vacunas”, “Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas”, “Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas”, “Esquema Básico de Vacunación” y “Salud Bucal”.

Por otra parte, en la “Identificación Oportuna de Enfermedades”, se encuentra el “Hipotiroidismo Congénito”, “Luxación Congénita de Cadera” y “Prevención de Defectos Visuales, Auditivos y Posturales”. Finalmente en “Otros Aspectos de Interés” sólo se abordan las siguientes variables: “El baño del Niño”, “Algunos Problemas Durante el Amamantamiento” y “Control de la Fiebre”.

²⁹ <http://www.imss.gob.mx/Pages/default.aspx>

Es así como termina el programa de "Prevenimss" dirigido a los niños, sólo en lo que respecta a "Promoción de salud", se contempla el aspecto de la salud mental, mas de los diez puntos a tratar que tocan, tan sólo se aborda uno que refiere el estado emocional de los niños, y éste es con respecto a la violencia intrafamiliar.

En las demás líneas sólo existe un interés por la salud física de los menores, sin embargo, dentro del IMSS, hay hospitales dedicados específicamente a la salud mental.

De acuerdo a Sosa (2009), asesor de salud Mental de la dirección de prestaciones médicas de la unidad de atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, los hospitales psiquiátricos que forman parte del IMSS, son los siguientes: "Dr. Héctor H. Tovar Acosta", "Hospital Regional de Psiquiatría" en Morelos, el "Hospital Regional de Psiquiatría" de Monterrey, el "Centro Comunitario de Salud Mental" en Jalisco y un pequeño hospital ubicado en Calzada de Tlalpan.

Para el número de pacientes que atiende el IMSS, son muy pocos hospitales y las enfermedades mentales van en aumento, el crecimiento de la tasa de suicidios es cada vez más amplia y el servicio resulta insuficiente (Sosa, 2009).

Sin embargo, el médico no deja de lado que se han desarrollado programas específicos para la población mexicana, mismos que atienden las dificultades de salud que actualmente se enfrentan.

Los programas comprenden enfermedades tales como, la diabetes, hipertensión, cardiopatías y obesidad, así como el desarrollo de servicios especializados enfocados a la Clínica del Dolor, el Plan Gerontológico institucional y, finalmente, la prevención y el tratamiento de las adicciones.

Se puede observar que, pese a que es una institución enfocada a la salud, misma que comprende no solamente el buen funcionamiento físico, sino también mental, el nivel de importancia que se le da a la higiene mental es baja y ninguno de los programas preventivos que se aborda incluyen la conducta suicida en ningún grupo de edad.

2.4. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

En lo que respecta al ISSSTE³⁰, éste mantiene un programa con características similares al del IMSS, denominado Prevenissste, el cual está fragmentado en módulos, el primero es el de Adicciones, en el cual se ofrece un centro de información sobre las adicciones y recomendaciones sobre cómo atenderlas.

El segundo es acerca de la Hipertensión, en el cual se procura información sobre dicho padecimiento, las formas de prevenirlo, así como el cuidado que debe llevar a cabo el paciente y recomendaciones específicas para no seguir deteriorando la salud del enfermo.

Con respecto al módulo del Cáncer, se brinda información sobre cómo prevenirlo, así como el cuidado y las recomendaciones respectivas a quienes padecen esta enfermedad.

En lo referente al módulo de la Influenza, se proporciona investigación sobre el padecimiento, las formas de transmisión, así como los síntomas y la manera de prevenirlo; en el caso de la diabetes se ofrecen las mismas recomendaciones, mientras que en el módulo de Salud Cardíaca se brinda información y se divulgan los principales factores de riesgo cardíaco y algunas recomendaciones.

Dentro de sus módulos no contemplan ningún programa de salud mental, excepto el de las adicciones; aunado a lo anterior, no hay ningún área específica que aborde el tema de los niños, ni la conducta suicida.

Simultáneamente a los proyectos que ofrece “Prevenissste”, en la página central, se encuentran dos campañas más de prevención: “El cigarro apaga tu vida, ¡Apágalo!” y “Envejecimiento saludable”, como se puede observar ninguna de estas dos aborda la salud mental.

Por su parte las delegaciones del ISSSTE, a diferencia de las del IMSS, se plantean sus propios marcos de trabajo, en los cuales incluyen la prevención dentro de sus estrategias de desempeño y líneas de acción específica.

³⁰ <http://www.issste.gob.mx/>

Dentro de sus planteamientos contemplan la prevención de enfermedades, sin embargo, no hacen ninguna alusión a las de carácter mental, mucho menos al suicidio y no hay dentro de sus designios nada referente a la población infantil.

Otro aspecto que vale la pena rescatar, es el hecho de que dentro de la página central del ISSSTE, hay ventanas interactivas en lo que respecta a la prevención, pero, éstas únicamente hacen alusión a los trabajadores, incluso para ingresar a una ventana que tiene como objetivo determinar el nivel de salud del derechohabiente, solicita la CURP de éste y una contraseña, por lo que resulta complicado el acceso en caso de no ser el trabajador.

Esta característica, puede hacernos inferir que la familia del trabajador incluyendo a los niños tendrán dificultad para acceder a dicha ventana y así poder determinar su nivel de salud.

En conclusión podemos argumentar que el ISSSTE, no contempla la prevención en materia de salud mental, por lo que la conducta suicida no figura entre sus estrategias de prevención, pese a que la insignia de “Prevenissste” es, “nunca es demasiado temprano para prevenir”; el acceso a la ventana de medición de salud es imposible si no se cuenta con la CURP del trabajador, así como su contraseña.

2.5. Servicios médicos emitidos por Petróleos Mexicanos (PEMEX)

Por otra parte dentro de los servicios médicos que ofrece PEMEX³¹, se encuentra un rubro denominado “Servicios”, dentro del cual hace énfasis en los niveles de atención, clasificándolos en primarios, secundarios y terciarios. En el primario, mismo que dentro del ámbito de la salud se entiende como nivel preventivo, únicamente muestra un listado de consultorios, clínicas y clínicas-hospital, dentro de los que hace referencia a las áreas de atención y los servicios que presta. En la mayoría se encuentra el área de pediatría, sin ninguna especificación, también el de medicina preventiva, bajo las mismas características que el anterior.

³¹ <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/>

Es en el nivel secundario, el de diagnóstico, donde se muestra únicamente una institución psiquiátrica, siendo hasta el nivel terciario, el de intervención, cuando el problema de salud ya ha sido detectado y diagnosticado y en el cual la intervención se enfoca a tratar de reparar los daños en la medida de lo posible, es en donde se encuentran dos hospitales dirigidos al área de paidopsiquiatría: “Hospital Central Sur de Alta Especialidad” y “Hospital Central Norte Azcapotzalco, D.F”.

En lo que respecta a las áreas de atención psicológica se encuentran los siguientes hospitales: “Hospital Regional Cd. Madero” y “Hospital Regional Reynosa”, ambos en Tamaulipas, también se encuentra el “Hospital Regional Villahermosa” en Tabasco. Mientras que en el área de psiquiatría a este nivel se encuentran tres hospitales: “Hospital Regional Minatitlán” y “Hospital Regional Poza Rica”, en Veracruz, así como el “Hospital Regional Salamanca” en Guanajuato.

Por otra parte, en otro rubro denominado “salud”, se encuentra el apartado de medicina preventiva con las siguientes campañas: “Pierde Peso, Gana Salud”, “(Como) Prevenir la Influenza”, “Cuidados de los Pies en Diabéticos”, “Conjuntivitis, (Como) Prevenirla”, “Osteoporosis”, “Orienta a tus Hijos a una Activación Física”, “Diarrea en Época de Calor”, “Recomendaciones Saludables”, “Boletín, tu Salud”, “Pemex V/S Adicciones”, “(Cancer) de Mama”, “Ejercicio Y Alimentación”, “Razón para Hacer Ejercicio”, “Hipertensión Arterial”, “Pemex, Actívate en la Oficina”, “Seguridad del Paciente”, “(Rincon) del (Diabetico)”, “Alimentación en los Niños De 6 A 10 Años”, “Fiebre Amarilla” y “Adolescencia”.

Aunado a las campañas de prevención de las que antes se habló, también se encuentra dentro de la página principal una que abarca específicamente la salud infantil, proporcionando una serie de lineamientos que se espera al cumplirlos, los niños se encuentren en un óptimo estado de salud.

Los lineamientos que propone son: “Esquema de vacunación en Petróleos Mexicanos”, “Por qué el ejercicio ayuda al aprendizaje”, “Lonchera saludable”, “Niños que juegan más, aprenden más”, “Alimentos que influyen en el aprendizaje”, e “Infancia Segura”.

En cada una de ellos, describe cual es la finalidad, los beneficios, así como las conductas a implementar, estas mismas características se presentan en general en todas las campañas de prevención.

Como se puede observar es en PEMEX en donde hay más campañas de prevención en torno a la salud, aunado a lo anterior muestra el área de paidopsiquiatría, y diversas instituciones de este orden, sin embargo, no han diseñado ninguna campaña para prevenir trastornos mentales; tiene la infraestructura, no obstante, no hay cultura de prevención en ese rubro y el establecimiento de instituciones psiquiátricas comienza prácticamente hasta el nivel terciario, ya que en el secundario tan sólo hay un hospital con esta especialidad.

En este sentido, podemos aseverar que PEMEX, al tener una población derechohabiente más reducida, no tiene la necesidad de crear delegaciones, aunado a lo anterior, su número de hospitales es más reducido y éstos parecen ser más especializados que los del IMSS, ISSSTE e ISSEMYM.

Por lo tanto, podemos concluir que PEMEX mantiene diversas campañas de prevención de enfermedades, pero ninguna al respecto de las mentales, en lo concerniente a los niños, el diseño de los programas es muy vistoso y llamativo para este sector, sin embargo, no existe ningún programa de prevención con respecto al suicidio, no obstante, tiene un amplia gama de especialidades, así como campañas de prevención.

2.6. Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM)

Por su parte, en el ISSEMYM³², ha desarrollado un programa de medicina preventiva. Dicho programa contempla los rubros de “Adicciones”, “Adolescencia”, “Alcoholismo”, “(Cancer) Cervico Uterino”, “(Cáncer) de Mama”, “Climaterio y Menopausia”, “Control Prenatal”, “Dengue”, “Depresión”, “Influenza Estacional”, “Métodos Anticonceptivos”, “Programa de Prevención del Retraso Mental”, “Salud Bucal”, “Salud Mental”, “Tabaquismo”, “Tuberculosis” y “Vacunación Universal”.

³² <http://www.issemym.gob.mx/>

Dentro de los rubros de los que podría haberse diseñado un programa específico para contrarrestar la conducta suicida en edad escolar, son los de salud mental y depresión, ya que esta última es una variable importante, más no excluyente de la conducta suicida.

Sin embargo, no hay ningún programa específico para este problema, lo único que se ofrece es atención por parte del especialista, y en caso de tener dudas, ofrece un número telefónico con tres extensiones.

Cabe mencionar que el ISSEMYM, señala una serie de características que podrían presentar los niños deprimidos y sugiere a las madres atender a dichas tipologías para evitar complicaciones

En lo que respecta a salud mental, dicha instancia presenta una explicación acerca de ésta, proyectándola como un ente primordial para lograr un adecuado desarrollo personal y social, lo refleja en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.

Dentro de este rubro no se presentan programas de prevención, sólo ofrece un número telefónico con tres extensiones, en caso de tener dudas o requerir mayor información.

Pese a que mantiene la rúbrica de medicina preventiva, sólo aparecen los tópicos a abordar y no presenta proyectos de intervención y/o prevención que puedan sostenerse por sí mismos, como es el caso de PEMEX, en donde se presenta la descripción del proyecto y los pasos a seguir.

En el caso del ISSEMYM, muestra una descripción general del problema que pretende prevenirse y al final, ofrece acudir a la clínica o llamar por teléfono en caso de tener dudas o requerir mayor información.

Pese a que dicha institución muestra interés en la depresión, y menciona a los niños como posible objeto de este padecimiento, no hay ninguna campaña específica para los niños, como es el caso del IMSS y PEMEX, sólo aborda esta población de manera general, en el caso de los adolescentes el panorama es diferente, ya que a este sector, sí se le diseñaron campañas específicas.

2.7. Servicios médicos emitidos por la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA)

En lo que respecta a SEDENA³³, es una institución de orden militar, en cuyo departamento de especialidades médicas, se encuentra la “Clínica de Especialidades de la Mujer”, “Unidad de Especialidades Odontológicas”, “Centro de Rehabilitación Infantil”, exclusivo para niños con capacidades diferentes y la “Unidad de Especialidades Médicas”, en la cual la única atención que se hace a los niños, es con respecto al asma.

Finalmente se encuentra el “Hospital Central Militar”, mismo que cuenta con 48 especialidades, entre las que destacan la de pediatría, cuyas áreas de interés son: “Cirugía Pediátrica”, “Cirugía de Tórax Pediátrica”, “Cirugía Urológica Pediátrica”, “Gastroenterología Pediátrica”, “Neurología Pediátrica”, “Cardiología Pediátrica”, “Hemato-Oncología Pediátrica”, “Infectología Pediátrica”, “Medicina Crítica Pediátrica”, “Rehabilitación Pediátrica” y “Radiología”; por otro, lado también se encuentra la especialidad de “Psiquiatría” y “Medicina Preventiva”, con ningún programa dirigido a la salud mental de los niños.

Existe un área exclusiva para psiquiatría, sin embargo, no hay ninguna especialidad en psiquiatría infantil, ni el desarrollo de programas preventivos para la salud física y mental del infante. Pese a que hay múltiples especialidades para los niños, ninguna de ellas hace referencia a la salud e higiene mental de éstos..

2.8. Secretaría de Salud (SSA)

La Secretaría de Salud por su parte, ha creado el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CeNSIA)³⁴, cuyo objetivo es difundir y evaluar políticas nacionales, estrategias, lineamientos y procedimientos dirigidos a la atención de la salud de niños y adolescentes, logrando así un sentido de equidad en materia de salud para este sector de la población; dotando de especial importancia a la prevención y tratamiento de cáncer infantil, así como el íntegro

³³ <http://www.sedena.gob.mx/index.php/sanidad-militar/hospital-central-militar/2145-servicios-que-proporciona>

³⁴ www.salud.gob.mx/

cumplimiento del esquema nacional de vacunación. El objetivo que se persigue es lograr un nivel promocional y preventivo de la salud infantil.

Dentro de este centro se encuentran diferentes programas dirigidos a distintos sectores poblacionales. En lo que respecta a los niños entre los cinco y nueve años, se creó desde 1997 el “Programa de Atención a la Salud del Niño”, cuyo objetivo es reducir la mortalidad infantil, tomando como principal variable la prevención.

Posteriormente se diseñó el “Programa Nacional para la Reducción de Mortalidad Infantil 2007-2012”, bajo un marco de equidad para la población infantil mexicana. Este programa contempla como componentes “Las enfermedades diarreicas”, “Infecciones respiratorias”, “Nutrición”, “prevención de accidentes”, “Recién nacido”, “Estimulación temprana”, “Síndrome de Turner” y “Urgencias pediátricas”.

Cabe mencionar que en ninguno de sus componentes se contempla la salud mental del infante y en lo que respecta a prevención de accidentes, éstos hacen referencia a lo que pudiera ocurrir en casa (quemaduras, asfixia, atragantamiento, entre otras), por otra parte, en urgencias pediátricas, únicamente contempla la implementación de programas para que los menores puedan recibir atención primaria, ya que un gran número de decesos en este sector de la población se presenta por la ineficiencia de la atención médica.

Por otro lado, dentro del CeNSIA³⁵, existe un rubro encaminado a la comunicación social, éste ha desarrollado diferentes campañas de difusión. En lo que respecta a los spots en radio contempla “La primera, Segunda y Tercera Semana Nacional de Salud 2011”; “La Segunda y Tercera Semana Nacional de Salud 2010”, “La Campaña contra la Influenza Estacional” y “La campaña contra la influenza H1N1”.

En lo referente a spots en televisión menciona la “Primera, Segunda y Tercera Semana Nacional de Salud 2011”, “Influenza Estacional”, “La Campaña Permanente de Vacunación”, “Todos a Vacunarse este Invierno contra la Influenza Estacional”, “Si no Tienes IMSS O ISSSTE el Seguro Popular es para Ti”,

³⁵ censia.salud.gob.mx/

“Protégete, Usa Siempre Condón”, “Cultura Institucional”, “Segunda y Tercera Semana De Salud Nacional 2010” y “En Los Centros Nueva Vida Recibes Apoyo Para Prevenir Una Adicción”. De los 12 spots en televisión, sólo uno aborda la salud mental, uno equidad de género y otro se dirige hacia la salud sexual, los demás sólo abordan lo relacionado a la salud física.

Finalmente en material de difusión se encuentran algunos carteles en torno a las semanas de salud 2010, “Vacunas”, “Adolescencia” e “Infancia”. En esta última se presentan los siguientes temas. “Temporada de calor”, “Estimulación temprana”, “Lactancia”, “Evita las quemaduras”, “Evita las caídas”, “Evita las intoxicaciones”, “Evita los atragantamientos”, “Evita los ahogamientos”, “Síndrome de Turner” y “Manual síndrome de Turner”.

Como podemos observar, es una institución del ámbito de la salud enteramente dedicada a los niños, sin embargo, presenta escaso interés en la salud mental de éstos, y sí hablamos de prevención, su objetivo gira en torno a prevenir accidentes físicos y fomentar la salud mental, por ende podemos concluir que es un sector de salud cuyo objetivo son los niños, no obstante, no contempla la salud mental de éstos y derivado de esto la conducta suicida.

2.8.1 Secretaría de Salud del Distrito Federal

Dentro de la página principal de dicho organismo³⁶, se plantean una serie de campañas de prevención en todos los ámbitos de la salud, incluso con respecto a mascotas; las campañas que figuran son: “Adicciones”, “No a la obesidad”, “Salud Sexual y Reproductiva”, “Úsalo”, “Vacunación antirrábica” y “Esterilización gratuita de caninos y felinos”, “Turismo en salud”, “Tu salud nos mueve en el metro”, “Día del Médico” y “Síguenos en twitter”.

Dentro de estas campañas, los tópicos pareciera que discrepa un poco del resto de las instituciones anteriormente abordadas, ya que contempla contenidos de salud física y mental, entre otros.

Sin embargo, al revisar el contenido de dichas campañas, ofrece parámetros muy similares a las instituciones antes mencionadas, en primera

³⁶ <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/>

instancia aborda la definición, los componentes, así como los síntomas y en el caso de identificar alguno de éstos, ofrece acudir al médico para comenzar el tratamiento o aclarar algunas dudas.

Es así como podemos observar que no hay diseños estratégicos para prevenir alguno de los padecimientos a los que hace mención, carece de lineamientos interactivos o la aplicación y diseño de programas exclusivos para prevenir los padecimientos, tan sólo ofrece características que podrían presentarse si se tuviera un padecimiento de ese orden y de ser así lo que ofrece no es prevenirlo, no es incidir antes de que ocurra, sino acudir al médico y que éste diagnostique, ya que el problema está presente.

Entonces, vale la pena preguntarnos, ¿en realidad son campañas de prevención?, realmente están evitando que el padecimiento se presente, o esto es un paliativo más.

Fuera de lo anteriormente mencionado, encontramos que ciertamente la variedad de campañas es amplia, no obstante, en lo que respecta a la salud mental sólo se tiene la campaña de “Adicciones”, de tal suerte que pareciera que las adicciones son el único padecimiento mental que hubiese.

No obstante, a partir de febrero de 2012, la Secretaría presentó una reforma, en la cual se estipula la implementación de campañas de prevención del suicidio, un avance digno de mencionar y exaltar, empero, éste está dirigido hacia la población adolescente y joven, ya que la estrategia está encaminada al uso de medios electrónicos para su divulgación, y aunque sabemos que los niños sí utilizan estos tipos de comunicación virtual, no es tan común la práctica en este grupo de edad.

Aunado a lo anterior, en la página principal de dicha institución, no se observa la culminación de esta campaña, quizá esto se deba al tiempo en que se presentó la reforma, que es relativamente corto, sin embargo, es un fenómeno que no espera, está arrasando con la vida de muchas personas y, por ende, precisa, acciones inmediatas.

Por otro lado, también se encuentra un rubro denominado “Programas de salud”, en el cual se mencionan programas que ya están instituidos, tales como:

“Atención Médica” y “Entrega de Medicamentos Gratuitos a Domicilio”, “Atención integral a los Adultos Mayores”, “Adherencia Terapéutica”, “Campaña de Donación de Órganos, Tejidos y Células”, “Campaña de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano”, “Ley de Voluntad Anticipada”, “Muévete y Métete en Cintura”, “Red de Mastógrafos del Distrito Federal”, “Protección a la Salud de los no fumadores”, “Atención Integral para Enfermedades no Transmisibles”, “Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos”, “Listado de Derechohabientes”, “Programa de Apoyo Alimentario y Atención Médica para Adultos Mayores”, “Programa del Seguro Popular”, “Programa contra el Tabaquismo”, “Programa contra el Alcoholismo”, “Programa contra la Farmacodependencia”, “Programa de Salud Mental” y “Programa de Violencia de Género”.

Sin embargo, en este apartado no ofrece más información al respecto, solamente se limita a mencionar los programas, sin especificar nada en absoluto, cabe mencionar que es en este apartado en donde encontramos el programa de salud mental y una amplia gama de proyectos en torno a la adicciones, pero como se dijo antes, no se tiene acceso a verificar cuál es el contenido de cada uno de éstos.

Sumado a lo anterior, encontramos en ambos apartados (en el de la prevención y el de la implementación de programas) que ninguno de ellos obedece a crear diseños estratégicos para los niños; pareciera que ese sector de la población no figura dentro de sus prioridades.

Por lo tanto, podemos afirmar que la Secretaría de Salud del Distrito Federal tiene diversos proyectos de prevención e intervención, que no solamente valoran la salud física, sino también la mental; y que incluye al suicidio como un objetivo primordial, sin embargo, parece no haber diseñado campaña alguna para prevenir y contrarrestar la conducta suicida en edad escolar, entre otras padecimientos que pudieran presentar los niños.

2.8.2 Secretaría de Salud del Estado de México

Dentro de dicho organismo³⁷ encontramos que hay una gran variedad de campañas de prevención, identificadas dentro de la página principal como “Temas”, en donde se aborda: “Acuerdo nacional para la salud alimentaria”, “Atención a niños con quemaduras” “Campaña nacional de prevención”, “No tqmes”, “La enfermedad de chagas”, “Prevención de accidentes en el hogar”, “Prevención y tratamiento de cáncer en la infancia”, “Recomendaciones para lonchera saludable”, “Recomendaciones para protegerse de las cenizas del volcán”, “Temporada de calor”, “Trasplante de cornea”, “Vacuna contra el sarampión”, “Vacúnate contra la influenza, prevenir es vivir” y “Vete sano, regresa sano”.

En cada uno de los tópicos que se mencionaron, se describe el tema, se abordan algunas sugerencias y cómo identificarlas si es que se presenta algún padecimiento. En el caso específico de “Prevención de accidentes”, sí se abordan los lineamientos para prevenirlo e incluso muestra un díptico, no obstante, con el resto de campañas, no ocurre lo mismo.

Es importante señalar que para dicho organismo la población infantil parece ser preponderante, ya que en diversos apartados el objetivo son los niños, sin embargo, no contempla la salud mental de éstos, así como campañas de prevención, salvo la de accidentes, e incluso no es propiamente una campaña, sólo muestra algunas indicaciones para evitarlos, pero es digno de mencionar que el objetivo es prevenir.

Dentro de esta secretaría, también se encuentra un apartado específico para los niños, denominado “Portal de los niños”, el cual es una ventana interactiva con música y dibujos animados denomina “Chipayu”. En la cual se abordan temas tales como “Prevención de adicciones”, “Comunidad”, “Temporada invernal”, “Noticias”, “Alimentación”, “Niño sano”, “Donación de órganos”, “Eventos” y “Juegos”.

Tal como se puede observar, es una ventana exclusiva para los niños, dentro de su contenido el único tema que toca la salud mental, son las adicciones,

³⁷ <http://salud.edomex.gob.mx/>

fuera de eso, el resto de tópicos que se señalan hacen referencia a temas de salud física y alimentación, entre otras y con respecto a la conducta suicida no hay ningún apartado.

Por otra parte, también se encuentra un apartado específico denominado “Prevención”, el cual es una ventana dinámica, dentro de la que se bordan los siguientes temas: “Actividad física”, “Alimentación correcta”, “Cartillas nacionales de salud”, “Dueños responsables de animales”, “Entorno favorable a la salud”, “Escuela y salud”, “Grupos de ayuda mutua”, “Higiene”, “Prevención de accidentes”, “Prevención de violencia intrafamiliar”, “Prevención de adicciones”, “Salud mental”, “Salud reproductiva”, “Vacunación” y “Temporada de inundaciones”.

Cabe mencionar que la letra es demasiado pequeña, lo cual dificulta la lectura de cada uno de los apartados y resulta complicado regresar al menú donde se ofrecen cada uno de los temas a abordar.

En el caso del rubro denominado “Salud mental”, ofrece tres tópicos de interés, el primero es, “Salud emocional”, el segundo “Promoción de la salud mental” y finalmente encontramos “Habilidades para la vida”.

Dentro de salud emocional, alude a aprender a diferenciar, reconocer y conocer las diferentes emociones de las que somos objeto todos los seres humanos; indica qué se debe hacer para poder expresar las emociones, algunas recomendaciones para tener una adecuada salud emocional y, finalmente, ofrece acudir a algún centro de salud en caso de tener dudas o requerir mayor información, así como a los Centros de Integración Juvenil, DIF, Institutos de la Juventud y Organizaciones de la Sociedad Civil”.

Dentro del epígrafe de “Promoción de la salud mental”, refiere algunas recomendaciones para sentirte bien y ofrece las líneas “De Joven a joven, así nos entendemos”.

Con respecto a habilidades para la vida, trata de que los jóvenes generen una imagen positiva de las situaciones adversas que les ocurren, así como algunos consejos para lograrlo y nuevamente ofrece acudir al Centro de Salud en caso de tener dudas o necesitar ayuda”.

El rubro de “Salud mental”, solamente se dirige a la población adolescente, como sí estos fueran los únicos que pudieran presentar este tipo de problemas, aunado a lo anterior, el eje central es el auto concepto.

Debemos reconocer que es una institución que está interesada en la población infantil, sin embargo, el único problema de salud mental que plantea para este grupo etario es el de adicciones, fuera de eso el resto de las campañas dirigidas a los niños abordan tópicos referentes a la salud física y alimentación.

Es por ello que podemos concluir que el interés en la población infantil es fácil de observar, pero no el relacionado a la salud mental de éstos, pareciera la hacen exclusiva a los adolescentes y, finalmente, para ir ingresando a cada uno de los tópicos que se proponen hay que salir de la página y volver a ingresar para cambiar de tema.

Otro aspecto que es digno de mencionar, es que la Senadora Gabriela Gamboa, ha planteado la creación de campañas de prevención del suicidio, no obstante, dicho planteamiento sólo ha sido eso, ya que no ha trascendido a ningún hecho concreto, lo que imposibilita de algún modo que se lleve a cabo.

2.8.2.1 Instituto de Salud del Estado de México

Por su parte, el Instituto de Salud³⁸ presenta la pestaña identificada como “Temas”, al igual que la Secretaría de Salud y abordan los mismos tópicos. En lo que respeta a “Prevención”, el Instituto de Salud no presenta este rubro.

De esta forma podemos determinar que la función del Instituto de Salud del Estado de México parece no ser clara, mantiene algunas similitudes con la Secretaría, pero también algunas discrepancias, por lo tanto es difícil identificar su función dentro del sistema salud, salvo el de proveer datos acerca de la dinámica demográfica del Estado.

Es bajo este tenor que podemos observar como la mayoría de las instituciones de salud pública ha diseñado programas de prevención de enfermedades, dejando de lado la salud mental casi en su totalidad y enfocándose

³⁸ <http://salud.edomexico.gob.mx/html/index.php>

únicamente a las físicas, como si estas fueran el único determinante para el bienestar de los seres humanos.

Aunado a lo anterior, pocos programas contemplan a los niños y fue prácticamente nulo el interés en la conducta suicida de este sector de la población, salvo el programa “Dejando Huellitas en tu vida”, en el cual pareciera que prevenir la conducta suicida en niños formaba implícitamente parte de sus objetivos.

Cabe mencionar, que de todos los programas de prevención que manifestaron las distintas instituciones, este programa en específico, fue el único que en verdad diseñó estrategias, un manual para el aplicador y otro para los niños, fue incluyente, ya que requería la participación de la familia y lo más sobresaliente es que se pretenda capacitar a todos los docentes para que cada uno de ellos lo pueda aplicar en las aulas de todo el país y salga del contexto institucionalizado.

El resto de campañas de prevención que se presentaron, aunado a que la mayoría sólo hablaba de salud física, no diseñaron en ningún momento un programa como tal, sino que sólo refería características compatibles con algún padecimiento, la descripción del mismo, así como la canalización hacia alguna línea telefónica, unidad médica o directamente al médico especialista.

Sin embargo, llegar a estos resultados no es únicamente un problema de las instituciones encargadas de la salud pública, sino también de los organismos estatales que no contemplan a los niños como una población estratégica, diseñando únicamente campañas dirigidas hacia los adolescentes y jóvenes.

Por lo tanto, podemos concluir que el panorama que se tiene acerca de la conducta suicida en edad escolar es poco alentador, ya que ni las instituciones de salud, ni los organismos estatales y/o federales han diseñado campañas de prevención del suicidio para este grupo etario.

De esta forma damos por concluido este capítulo, y con bases para poder decir que el objetivo se cumplió en su totalidad, ya que pudimos rescatar que hay diversas campañas de prevención, que pocas atienden a la salud mental y a los niños, por otra parte sólo el INPRF y la SS DF presentan campañas de prevención

del suicidio, encontrando únicamente un proyecto implícito para la prevención del suicidio en niños de edad escolar.

*“¿A dónde iremos,
dónde la muerte no exista?
Mas, ¿por esto vivirá llorando?
Que tu corazón se enderece,
aquí nadie vivirá por siempre.
Aún los príncipes a morir vinieron,
los bultos funerarios se incineran.
Que tu corazón se enderece,
aquí nadie vivirá para siempre.”*

(Poema “¿A dónde iremos?” de Netzahualcóyotl)

¿DESINTERÉS INSTITUCIONAL HACIA EL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN EDAD ESCOLAR?

El presente capítulo tiene como objetivo precisar una posible hipótesis por la cual se podría debatir el escaso interés que presenta el sector salud ante la figura del comportamiento suicida en edad escolar.

Pese a que se afirma que dicho fenómeno corresponde a la cuarta causa de muerte para este grupo de edad, dato emitido por la Secretaría de Salud, a través del SINAIS (2008), ésta no ha implementado programa alguno para contrarrestar la cifra apuntada, así mismo, aparentemente no ha propuesto a los demás organismos encargados de resguardar la salud de la población mexicana construir políticas de prevención y/o intervención en función de este fenómeno.

Esta hipótesis pretende explicar la razón de este aparente desinterés institucional, tomando como punto de apoyo la exigua aportación económica que realiza este sector poblacional a la dinámica capitalista.

Por otro lado, se sostienen diversos argumentos acerca del panorama actual de esta población y la implementación de algunos instrumentos jurídicos encaminados a su protección, entre ellos el de la vida y la salud, mismos que son violentados como se ha venido observando, así mismo se cuestionan algunos cambios sociales que han modificado la forma de comprender al niño actual y inocuidad del Estado ante éstos.

3.1 Dinámica capitalista

Antes de comenzar a desarrollar el planteamiento de dicho supuesto, resulta significativo señalar el por qué se generó. En primera instancia, dentro del sector salud, para describir la dinámica de la población mexicana, clasifica a ésta por grupos de edad. El primero que describe es el de “Edad Infantil”, el cual está representado por los niños menores de un año.

El segundo grupo es denominado “Edad Preescolar”, cuya población comprende a los niños de 1 hasta los 4 años. El tercer grupo es el de “Edad Escolar”, cuyo rango de edad oscila entre los 5 y 14 años.

Al siguiente grupo lo denomina “Edad productiva”, mismo que fluctúa desde los 15 años hasta los 64. Finalmente ostenta el grupo de “Edad Pos productiva” mismo que incide en las personas de 65 años en adelante.

Algunos desgloses de edad difieren de éstos, presentándolos por edad quinquenal, no obstante, en general todos los organismos se apegan a esta clasificación.

¿Qué es lo que se nos presenta?, en primera instancia, que la edad productiva comienza a partir de los 15 años y culmina a los 64. Ahora, los programas de prevención del suicidio en su mayoría diseñan campañas dirigidas a los adolescentes y jóvenes; pese a que concomitantemente en los adultos mayores y niños se ha presentado el fenómeno no hay ningún tipo de campaña de prevención y/o intervención, argumento ya antes suscrito por Gutiérrez-García y cols. (2006), quienes aseveran que los grupos en los extremos de la vida son una población en riesgo ascendente a presentar conductas asociadas al suicidio, sin embargo, éstas pasan desapercibidas.

El carácter por el cual podemos dar sustento a este argumento se encuentra en la comprensión la dinámica capitalista, es por ello que se explicará la forma en la cual pudiera incidir el capitalismo en la implementación de campañas de intervención y/o prevención del suicidio en los infantes.

Describir el capitalismo, pareciera una tarea fácil, pero, vincularlo con la actual forma de vida que sostienen la mayoría de los países, resulta una empresa difícil de llevar a cabo.

De acuerdo a Wallerstein (2003) el capitalismo proviene de la palabra capital, y puede interpretarse en su manera más humilde como los bienes representados por dinero, definición que fue ampliándose a medida que se adherían otros conceptos, tales como “capitalista”, “trabajo” y “trabajador”, estableciendo así relaciones con el objetivo de acumular más bienes.

Otro aspecto coyuntural en esta amalgama de conceptos, es el sistema que se tiene para poder comercializar, habiendo medios, compradores y vendedores, sin dejar de considerar que el precio al que debe venderse el producto tiene que ser superior al costo del mismo, así como a su traslado; aunado a lo anterior, el margen de ganancia debe ser prócer al requerido por el capitalista, ya que éste debe pagar a los trabajadores, recuperar su inversión y obtener un beneficio mayor, sin embargo, no todos tienen un capital acumulado, y de tenerlo, no tienen la misma cantidad, fuerza de trabajo, red de distribución y consumidores.

Una vez entendido el funcionamiento del capitalismo de manera muy general, tratemos de incorporarlo a la realidad social que se vive en México. En primera instancia debemos considerar la acumulación original, tal como lo estipula De la Peña (2003), es demasiado poca, ya que desde la llegada de los españoles a tierras americanas, la exportación de oro y demás metales valiosos logró consigo un empobrecimiento no sólo de México, sino de todo el continente,.

Lo que se logra con esto es una condición de desigualdad, dado que en lugar de vender, compramos, lo que nos ubica en una capitalismo dependiente y bajo un esquema de “país en vías de desarrollo” (Bambirra, 1992).

De acuerdo a Vidal Villa (2004) ya pasaron muchos años desde que se habló de países en vías de desarrollo, y no se ha llegado a ningún lugar, ¿no resulta una broma sarcástica?, hace tantos años que se espera el desarrollo y parece que éste se escabulle de la realidad que vivimos a diario, diría Wallerstein (2003) “el capitalismo es una creación de la desigualdad del mundo...” (pp.100).

Aunado a lo anterior, al ser el capitalismo un sistema, éste necesita un orden y factores que deben intervenir para mantener el equilibrio de dicho orden, al no tener en México el capital para dar sustento a éste, tenemos que asentar otro

elemento que le ayude a balancear la escasez de dicho recurso, y ese elemento clave es el trabajo. El trabajo es lo que debe dar soporte a todo el sistema.

¿Qué implicaciones tiene el trabajo para la realidad mexicana?, son muchos argumentos, pero el que podría dar elocuencia a lo planteado, es que a falta de recursos económicos, la desventaja que se produce con esta condición obliga a los mexicanos a trabajar más para poder entrar dentro de la dinámica capitalista y subsanar este detrimento (Bambirra, 1992).

¿Quiénes desempeñan el trabajo?, según las estadísticas del INEGI y SSA, entre otras, la población económicamente activa, misma que fluctúa desde los 15 hasta los 64 años de edad.

Por lo tanto, podría percibirse que al sistema en la inmediatez de sus acciones, le conviene que este sector de la población se encuentre en “buenas condiciones de salud”, para trabajar y sostener el orden económico que se mantiene, de igual manera, debe tratar de subsanar la desventaja que tenemos con respecto al capital originario del que carecemos. Pareciera que es esta la población para la que se han diseñado los programas de prevención e intervención del suicidio.

Es decir, pareciera que la población económicamente activa, es la que importa que deje de morir, pero, ¿qué ocurre con la población escolar?, pese a que en la realidad mexicana podemos encontrar un sin número de niños que trabajan, no es la constante, ellos suelen demandar servicios, no proveer trabajo.

Es por ello que a continuación se describirá de manera general a la población infantil, así como algunos aspectos que la circundan dentro de la sociedad actual.

3.2 Población infantil en México

De acuerdo al objetivo de esta investigación, la población que se analizará son los niños y en específico los comprendidos en “edad escolar”, por lo que resulta imperante preguntarnos ¿Qué significa ser un niño mexicano?

Desde las primeras formas de vida social mexicana y en específico durante la época prehispánica, de acuerdo a León-Portilla (2003) los infantes fueron objeto de diferentes rituales que permitían posicionarlos en disímiles escuelas de

acuerdo al contexto social en el que se desplegaban, y cualquiera que fuera la escuela a la que pertenecieran, el ser valeroso y fuerte era primordial.

En donde la expresión *ixtli yollotl* o *ich pucksikal* (rostro-corazón), en la lengua náhuatl para el primer caso y maya para el segundo, era esencial, resulta destacado aclarar que pese a la lengua prehispánica de la que hablemos y la cultura en la que haya estado inserto el niño, la interpretación que tiene rostro-corazón es la misma; se debe ser valiente, orgulloso, sabio, fuerte y comprensivo del esplendor de su cultura, capaz de transmitirla de generación en generación y defenderla.

En general el ideal de la escuela era engendrar futuros hombres maduros, sabios e íntegros para combatir los avatares de la vida, es decir, que tuvieran la ambivalencia de ser firmes cuando debían serlo y benevolentes cuando así lo demandara la situación, por ejemplo, se sabe que el propio Netzahualcóyotl aceptó que uno de sus hijos fuera castigado con la vida misma por infringir la ley, y en otras situaciones se consideró un hombre ecuánime, benévolo, que fue capaz de dirigir la región acolhua con gran esplendor (Camacho López, 2010).

Sin embargo, el panorama parece cambiar al transcurrir el tiempo, con la llegada de los españoles, tal como la afirma López Ramos (2000) de ser un pueblo dominante, capaz de controlar su cuerpo, se pasó a ser objeto de explotación, de generar indulgencia y lástima, y cabe mencionar que en algunas familias se continúa con estas prácticas.

¿Qué sucedió con el ideal que en un comienzo se persiguió de los infantes?, ¿cómo es que se pasó de anhelar de ellos sabiduría y valentía, a esperar que pidieran limosna en las calles?, respuestas difíciles de responder, mas resulta ineludible mencionar que ésta no ha sido la única metamorfosis que ha sufrido el concepto de ser niño.

De acuerdo a lo postulado por Del Castillo Troncoso (2006) durante el porfiriato, pasaron de ser objeto de misericordia y lástima, a ser explotados, ya que no había ninguna ley que prohibiera el trabajo de los infantes. En 1907 prohibir el trabajo de los niños menores de siete años fue la empresa a perseguir bajo el cobijo de la huelga de la industria de hilados y tejidos, y es entonces, que

al calor de los levantamientos sociales encontramos a niños revolucionarios y trabajadores explotados.

Pareciera que esa realidad se ha alejado, mas no es así, aún podemos ver comunidades en extrema marginación y pobreza, a niños que no tienen más opción que trabajar, no para dar sustento a su familia, sino para sobrevivir.

Logramos observar en la actualidad a niños que trabajan, mientras otros gozan del cuidado y protección de sus padres.

De acuerdo a Vidal Villa (2004) es bajo el cobijo de la teoría dualista en la que podríamos encontrar una explicación a dicho fenómeno, misma que ostenta como máximo representante a Singer, y en la cual encontramos que hay dualidad, hay ricos y pobres, hay ricos en países pobres y pobres en países ricos, como nos señalaría Baudel (1994).

¿Qué es lo que nos deja este argumento?, seguramente es que hay diferencias abismales y persistentes, que nos permiten entrever que la desigualdad parece una condición con la que nacemos, desde que se es mujer, anciano o niño, por ejemplo.

De acuerdo a Singer, son estos sectores de la población los que sufren más abatidamente las consideraciones capitalistas, ya que son los más desprotegidos y los que tienen las peores condiciones de vida, según lo postulado por este autor, y afirma con certeza, no es que los otros sectores vivan en la plétora, no, es que ellos cuentan con su fuerza de trabajo, lo que podría hacerles más llevadera la coexistencia en este mundo ambivalente.

Con tal argumento, es como llegamos a la realidad en la que actualmente se encuentran los niños mexicanos, los cuales están protegidos jurídicamente, o deberían estarlo desde 1924, de acuerdo a la entonces Liga de las Naciones Unidas y actual Organización de las Naciones Unidas (ONU), esto conforme al archivo “Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales”, publicado por el INEGI en el 2010.³⁹

De acuerdo a dicho archivo, en el 2010 residen en México 32.5 millones de niños de 0 a 14 años, los cuales se encuentran protegidos por la ley, ya que

³⁹ www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/.../estadisticas/.../niño17...

México ha colaborado y firmado convenios internacionales que se han traducido en diversos instrumentos jurídicos, cuya finalidad es identificar las necesidades que por derecho poseen los niños, así como legitimar el reclamo social y las acciones del Estado para hacer valer estas leyes.

No obstante, en algunas ocasiones pese a la instrumentación de estas leyes, sus derechos se pueden ver violentados, una razón podría ser la extensión territorial del país, ya que la formulación de políticas sociales y la creación de programas de desarrollo regional, no llegan a las localidades más alejadas y pequeñas de la nación, lo que dificulta el acceso a los servicios que proporciona el Estado.

De acuerdo a “Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales”, (2010), se estima que de la población menor de 15 años, el 26.6% reside en localidades de menos de 2 mil 500 habitantes, el 30.4% radica en localidades de 2 mil 500 a 99 mil 999 y finalmente el 43% habita en localidades de 100 mil y más habitantes.

Pese a lo antes suscrito, resulta imperioso cuestionarnos, si los niños que viven en localidades más cercanas al área conurbada, tienen mayor acceso a las políticas sociales que brinda el Estado, ya que si recordamos en el Distrito Federal y el Estado de México, más de la mitad de la población no cuenta con algún tipo de seguridad social, por mencionar un ejemplo.

Por otro lado, en un estudio realizado por la UNICEF, se encontró que de toda la población infantil mundial, más de un millón vive actualmente en grandes y pequeñas ciudades, muchos de ellos disfrutaban de las ventajas de vivir en zonas urbanas, tales como la educación, servicios médicos e instalaciones recreativas, entre otras.

Sin embargo, otros más carecen de servicios esenciales, tales como electricidad, agua potable, educación y se ven obligados a trabajar en posibles condiciones de peligro y explotación laboral, así como la carestía en cuanto a la atención de su salud (INEGI, 2010).

Es por ello, que a continuación se describirán algunos instrumentos jurídicos que se han diseñado para salvaguardar la integridad de los niños, esto de

acuerdo a Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales”, (2010), así como algunas salvedades que han truncado la ejecución de éstos, mismos que podrían encontrarse vinculados con este tema de investigación.

3.2.1. Registro de nacimiento

En la Convención de los Derechos del Niño, vigente hasta 1990 y ratificada por 191 países, incluido México, se establece que todo niño debe ser registrado inmediatamente después de su nacimiento.

De acuerdo a la UNICEF los niños tienen derecho a un reconocimiento jurídico y social, haciéndolos objeto de derechos y responsabilidades dentro del Estado, la sociedad y su familia, condición necesaria para preservar su dignidad.

No obstante, los registros administrativos hasta el 2010 indican que se registraron 2.6 millones de personas, de éstas el 79.4% fueron niños menores de un año, lo que indica que uno de cada cinco registros, pertenecieron a personas de un año o más edad, situación que violenta su derecho a tener un nombre y con ello ser objeto de derecho ante el Estado, y si a esta variable le agregamos que más del 10% de la población no está registrada, la situación tiende a recrudecerse aún más (Camacho Servín, La Jornada, 2012).

Sumado a lo anterior, si no se tiene claridad en cuántos niños existen en el país, ¿cómo puede haber certeza de que tan severo es el problema de la conducta suicida en edad escolar?

Incógnita difícil de responder, ya que como se dijo antes, los censos no son contundentes en la presentación de sus datos y esto podría derivar en un escaso nivel de credulidad hacia los informes proporcionados por el Estado.

3.2.2. Trabajo

En México la Ley Federal del Trabajo establece la prohibición del empleo en menores de 16 años que no hayan culminado con la educación básica.

El trabajo infantil constituye una violación de los derechos de los niños, no obstante, en México el 10.7% de los niños de 5 a 17 años forman parte de la población ocupada, siendo los varones quienes representan una mayor tasa de ocupación laboral, casi el doble que las niñas.

Por otro lado, encontramos la población indígena, que de acuerdo a los datos censales de 2010, se estima que la participación económica de los niños de 12 a 14 años hablantes de lenguas indígenas, es dos veces mayor con respecto a los niños que no hablan ninguna de estas lenguas.

De esta población que trabaja, el 47.3% no recibe ingreso, o su pago se da en especie, el 47.8% recibe un salario y el 34.4% recibe de uno a dos salarios mínimos.

De los niños que trabajan el 39.7% no asiste a la escuela, el 31.9% tiene jornadas de más de 34 horas a la semana, el 5.7% trabaja en lugares no permitidos, el 27.2% está expuesto a riesgos en su trabajo y el 4% ha tenido un accidente que requirió atención médica.

El 59.5% trabaja con algún familiar, el 28.7% afirma que dentro de su hogar se necesita su aportación económica, el 23.3% lo necesita para la escuela o sus gastos personales, el 20.2%, lo hace para aprender un oficio y el 11.9% reporta que su aportación es indispensable para el sustento familiar (INEGI, 2010).

De acuerdo a Sánchez (La jornada, 2012), actualmente tan sólo en la ciudad de México 83 mil 481 menores forman parte de la población económicamente activa, de ellos 39 mil sin recibir paga alguna, cifras señaladas por Gerardo Sauri Suárez, secretario para la promoción de los derechos humanos e incidencia en políticas públicas de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Entonces, concluimos que los niños no debieran trabajar, pero lo hacen y que en la mayoría su esfuerzo no es remunerado, por lo que resulta imprescindible preguntarnos qué resulta más indignante, que trabajen o que no se les pague por dicho trabajo, cuando debieran estar estudiando, o, simplemente que se les explote y menoscabe por un adulto que bien podría ser parte de su familia, por ejemplo, como sucede con los “niños halcones”, quienes son denigrados por sus propios padres durante los comicios electorales y cuya tarea consiste en confirmar que alguien realmente votó por quien se le pagó o pagará (Morales, El Universal, 2012).

¿Por qué un niño tiene que hacer frente a las necesidades sociales que se viven dentro de su familia?, qué no es obligación de Estado amparar a los menores; resulta indignante lo que ocurre a diario, aberrante e innombrable que un niño no pueda gozar de lo que se espera su familia en correlación con el Estado debieran proveerle para su bienestar.

No es que la familia sea la culpable, sino que el Estado no es capaz de proveer las herramientas a ciertos sectores de la sociedad para recibir un salario mínimo digno, en donde éste oscila entre los \$64.76 y \$61.38 al día, esto de acuerdo a CONASAMI, (Comisión Nacional de Salarios Mínimos).⁴⁰

¿Qué calidad de vida puede tener una familia, con esta remuneración?, ¿existe la posibilidad de tener lo suficiente con ese salario para educación, salud, alimentación, vivienda, vestido, calzado y esparcimiento?; seguramente no hay posibilidad de tal, y es posiblemente bajo estas circunstancias que los niños se vean obligados a incursionar dentro del ámbito laboral.

3.2.3. Educación

En el país, el Sistema Nacional de Educación ha implementado políticas que aseguren el derecho a la educación que tienen los niños, sin embargo, pese a los esfuerzos, la cobertura universal de la educación pública no se ha logrado, el 5.5% de la población de 4 a 14 años no asiste a la escuela.

El no saber leer y escribir es un problema de naturaleza estructural, estrechamente vinculado con la pobreza, así como el analfabetismo y el escaso desarrollo social.

En México, el artículo 11 de la Ley General de Derechos Lingüísticos de los Pueblos Indígenas, garantiza el acceso a la educación obligatoria, bilingüe e intercultural en todas las personas que hablan alguna lengua indígena.

No obstante, los niños indígenas constituyen una población de muchas carencias y con un bajo grado de cumplimiento a sus derechos más fundamentales.

⁴⁰ http://www.conasami.gob.mx/nvos_sal_2013.html

De acuerdo al INEGI, el analfabetismo en México es del 6.9%, es decir más de cinco millones de personas están en esta situación, y de éstas casi dos millones son indígenas. Con respecto al rezago educativo encontramos 33.3 millones de personas mayores de 15 años que no han concluido la educación básica.⁴¹

Si a esta variable le añadimos el corporativismo y corrupción que hay dentro de la educación básica en el país, encontraremos mayores contratiempos, quizá el ejemplo más claro lo encontremos con la “maestra” Elba Esther Gordillo, líder vitalicia del SNTE, quien, ha llevado a cabo múltiples actos de corrupción, por citar un ejemplo, repartió 59 camionetas de la marca Hummer a dirigentes del sindicato de maestros, mismas que compró con recursos públicos, cuando se le cuestiona, argumentó “los maestros necesitan estar bien”, posteriormente aludió que fue una rifa con la finalidad de recabar fondos para la educación, mientras que paradójicamente México ocupa el último lugar del Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA), mismo que lleva a cabo la OCDE (Santin, La Jornada de Oriente, 2010).

Actualmente dicho personaje se encuentra preso por desvío de fondos y de acuerdo a la misma OCDE, si lo que debiera destinar a la educación, realmente se aplicara, a pesar de que es poco, se lograrían grandes avances en materia de educación.

El hecho que más de 5 millones de mexicanos sean analfabetas, y más de 33 millones se encuentren secuestrados por el rezago educativo, nos pone frente a un gran problema, ya que estamos hablando que más de 38 millones de personas que podrían encontrarse en una situación de ignorancia, y si atendemos que somos un poco más de 110 millones de personas, estaremos hablando que cerca del 38% de los mexicanos, se encuentra en situación de vulnerabilidad para hacer valer sus derechos, incluso el de la vida.

De acuerdo a García Hernández, (La Jornada, 2012), en un estudio, cuyo nombre es “Pienso, voto, luego existo” llevado a cabo por Silvia González,

⁴¹http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/educacion/2004/El%20rezago%20educativo%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20mexicana_1.pdf

académica de la Facultad de Estudios Superiores Acatlán, con maestría en derechos humanos, documentó que la población mexicana, no sabe cuáles son sus derechos humanos, ni manifiesta una óptima cultura política, lo que nos trae consigo la vulnerabilidad y para fines de su investigación la coacción del voto. Esto no resulta más que un ejemplo de la ignorancia que se vive en México.

3.2.4. Hogar

De acuerdo al artículo 27 de la Convención de los Derechos de los Niños, éstos tienen derecho a residir en una vivienda, cuyas características satisfagan los requerimientos mínimos de higiene, abrigo, privacidad y comodidad.

Durante el 2010, se calculó que el 33.6%, es decir 10.1 millones de niños menores de 15 años habitan en viviendas que presentan una o más carencias materiales, 11.2% vivía en condiciones de carencia de servicios básicos.

Con respecto a la estructura familiar, en México hay 28.2 millones de hogares mexicanos, de los cuales el 58.7% tiene al menos un integrante menor de 15 años. Por otra parte, los hogares nucleares, es decir mono parentales y bi parentales representan el 66.9% del tipo de constitución familiar, mientras que los compuestos, es decir que cohabitan con alguien más, además de los padres representan el 31.8%.

Del total de niños mexicanos hasta el 2010, el 73.5% habita con ambos padres, el 15.9% sólo con la madre, el 1.1% con el padre, mientras que el 3.3% con ningún progenitor.

Es entonces, que debemos aludir a la función de la familia y no tanto la estructura, ya que bien ésta puede estar constituida por un sólo progenitor, ambos, o tener cualquier otra organización, pero si no cumple con la función, que según afirma Radcliffe-Brown (1996, citado en Gervilla, Castro, 2003), es la de regularizar la actividad social del infante, estaremos frente a un gran conflicto, ya que es en la familia, en donde el niño desarrollará sus primeras pautas de comportamiento, y si ésta no cumple con la función que se espera, el menor podría encontrarse en situación de vulnerabilidad.

Por otro lado, encontramos que a su vez ésta puede fungir como factor protector del suicidio, ya que Para Gutiérrez-García y cols. (2006) el hecho de

sentirse bien consigo mismos y mantener una estrecha relación con sus familiares y amigos, es determinante para que el infante no presente comportamientos orientados al suicidio.

De acuerdo a Sánchez Olvera (2003) el cambio en la estructura familiar ha sido muy amplio, ya que las mujeres han dejado de ser la madre abnegada y recluida en la casa al cuidado de los hijos, para convertirse en mujeres independientes, madres trabajadoras y al frente de un hogar.

Pero, ¿cómo es que las mujeres optan por esta opción?, indudablemente por anhelo personal, pero también encontramos situaciones más adversas en las cuales, si la madre soltera o la pareja en situaciones de desventaja financiera no lo hiciera, no habría forma de satisfacer las necesidades económicas de los hijos, ¿acaso no es suficiente el usufructo del trabajo de un solo miembro de la familia para mantener a todos?, quizá la respuesta la podríamos hallar en los siguientes argumentos.

En Los Angeles Times, el 29 de julio de 2011, se dio a conocer una nota, en la cual se habla que la pobreza en México absorbió a tres millones más de mexicanos, ahora se estima que hay más de 52 millones de pobres, es decir el 46.2% de la población, de éstos 11.7 millones viven en pobreza extrema, es decir el 10% de la población no puede cubrir sus necesidades más elementales, aunado a lo anterior, el país se encuentra en recesión desde el 2009, y aumentó el precio de la canasta básica.

De acuerdo a este mismo diario, la gente en pobreza de la zona urbana vive con \$2,114 al mes, mientras que las personas en pobreza de la zona rural deben tratar de subsistir con \$978 al mes, cifras que no alcanzan a cubrir el acceso a la comida, educación, salud, vivienda y servicios básicos (Wilkinson, Los Angeles Times, 2011).

Por otra parte, el RIMISP (Centro Latinoamericano para el desarrollo rural)⁴² sostiene que al menos el 60% de los mexicanos vive en pobreza, se consideró

⁴²<http://www.informelatinoamericano.org/skin/descargables/informe/Informe%20Rimisp%20Completo%20Web.pdf>

que el clientelismo, la corrupción y el corporativismo son prácticas muy arraigadas, no sólo en México, sino en toda América Latina, ya que podrían destinarse más recursos, sin embargo, éstos son truncados debido a estas prácticas que alejan a la población más necesitada de la obtención de lo más mínimo para vivir y en algunos casos subsistir.

Asimismo, encontramos que la sequía está azotando a 19 de los 31 estados del país, en donde se ha venido percibiendo el suicidios de los Tarahumaras, debido a la carestía de alimento, el retardo con el que llegan los recursos, la ineficiencia para su distribución y que éstos no son suficientes (Zabludovsky, The New York Times, 2012).

Un cambio en la estructura social hace que todo lo que está a su alrededor también sufra modificaciones, que la forma de entender la familia tradicional y extendida haya cambiado y como posible génesis podemos encontrar la incursión de la mujer dentro del ámbito laboral (Lozano Andrade, 2000).

No se puede aseverar que esto sea malo o bueno, tan sólo es un cambio y como tal debe leerse, ya que ahora los niños se encuentran absortos por otro tipo de entretenimiento muy diferente a los que se presentaban hace ya varias décadas.

Pareciera ahora que la internet, los videojuegos y la televisión son algunas de las formas más frecuentes de entretenimiento infantil, gran parte de estos no son los más aptos para los niños, y en algunos casos los padres no están ahí para vigilar el contenido de las imágenes y el vocabulario que se presenta (Gervilla Castro, 2003).

Atendiendo a esta circunstancia Gutiérrez-García y cols. (2006), apuntan a que hay mayor ocurrencia de suicidios debido al cambio socioeconómico, en el cual puede estar inscrito el efecto *Werther*, entendiendo este último como un agente de difusión del comportamiento suicida a través de los medios masivos de comunicación, es entonces que podemos observar que el tipo de ambiente en el que se desarrolla el infante puede ser proclive para generar algún tipo de conducta agresiva, incluida la suicida.

Es bajo este tenor, que debido a los cambios sociales, los niños se encuentra “desvertebrados”, dado que no hay un soporte que les de sustento ante los nuevos cambios sociales (Sánchez Parga, 2004).

3.2.5. Pobreza

De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (CONEVAL), se estima que en el 2010, 21.4 millones de niños se encuentran en situación de pobreza multidimensional, ya que no se tienen garantizados sus derechos de desarrollo social, ni los ingresos suficientes para adquirir bienes y servicios, así como satisfacer sus necesidades.

Del total de niños en pobreza multidimensional, el 23.8% vive en pobreza extrema, es decir, aún utilizando todo su ingreso para la compra de alimentos, éste resulta insuficiente ante las demandas alimenticias de la familia.

Resulta vejatorio que uno de cada seis niños, es decir el 16.5% son considerados “no pobres multidimensionales, no vulnerables por ingresos o por carencias (“Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales”, INEGI, 2010).

El promedio para que viva una familia mexicana es alrededor de sesenta pesos al día, lo que se traduce en pobreza. De acuerdo a la OPS en México hay 52 millones de pobres, es decir casi la mitad de la población no tiene lo necesario para vivir, mientras que el INEGI (2009), en el segundo trimestre manifiesta que la población económicamente activa es de 43, 344, 335, de estos 13, 468, 264 son pobres, es decir el 31% de la población económicamente activa es pobre⁴³.

Esta situación nos enfrenta ante una gran problemática, ya que según afirma Campo, Roa, Pérez, Salazar, Piragauta, López, y Ramírez (2003), la pobreza funge como factor de riesgo para desarrollar comportamientos asociados al suicidio, y si alrededor de la mitad de la población mexicana es pobre y sólo el 16.5% de los niños no lo son, resulta un problema de gran envergadura, ya que hablaremos que el 83.5% de los niños son pobres y atendiendo a lo planteado por

⁴³ http://www.inegi.org.mx/eventos/2011/encuentro_genero/doc/20-06S4-03ElenaCardero-UNAM.pdf

Campo y cols. (2003) toda esta población está en riesgo ascendente a presentar este tipo de comportamientos.

3.2.6. Maltrato

Según lo estipula el archivo de “Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales”, (2010), en la Convención de los Derechos de los Niños, dentro de su artículo 19, se establece que el Estado debe adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger a los infantes de cualquier forma de abuso, ya sea físico, mental, descuido, trato negligente y explotación, incluida la sexual, mientras que el niño se encuentra bajo la custodia de un adulto.

Dentro de la Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, en su artículo 11, se establece la obligación de los tutores para hacer cumplir este derecho, y dentro de su artículo 13, obliga al Estado a velar el cumplimiento de éste.

Pese a lo anteriormente planteado, los niños experimentan violencia, no solamente en su hogar, sino también dentro de la escuela y su comunidad, situación que vemos muy frecuentemente, ya sea a través del bullying o cualquier otra circunstancia de violencia que se viva (Díaz–Atienza, Prados Cuesta y Ruiz-Veguilla, 2004),

Por su parte, los autores antes mencionados realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la relación entre las variables de ser intimidador, víctima de bullying, depresión e ideación suicida; encontrando que las personas que son intimidados y los intimidadores están más expuesto a presentar síntomas depresivos, que los no exhiben este tipo de comportamiento y dicha variable se encuentra vinculada al suicidio.

Aunado a lo anterior, Páramo y Chávez-Hernández (2007) afirman que el maltrato infantil, entendido como dolor emocional puede ser determinante para la edad en la que se lleve a cabo la primera tentativa suicida y de la cantidad de éstas, entendiendo como maltrato infantil la acción, omisión o trato negligente que priva al niño de sus derechos y bienestar.

Atendiendo a que el maltrato infantil es una variable importante para que se presente la tentativa suicida, es imprescindible precisar que de acuerdo a estos autores, se debe entender el maltrato infantil y la ideación suicida como una relación bidireccional y no causal, ya que el maltrato infantil *per se* no es razón suficiente para cometer un suicidio, sin embargo, no deja de ser una tentativa.

Páramo y Chávez-Hernández (2007) llevaron a cabo una investigación en el estado de Guanajuato a través de “autopsias psicológicas” *post-mortem*, para determinar la relación entre el maltrato y la conducta suicida en niños, encontrando que 51.7% de los suicidas, sufrían violencia en sus casas, el 41.1% recibía maltrato físico, el 31% maltrato psicológico, el 3.4% maltrato sexual, 10.4% negligencia, y poco más de la cuarta parte recibían dos o más tipos de ultraje.

Es bajo este tenor que Cirillo y Blasco (1991, citado en Páramo y Chávez-Hernández, 2007) aseguran que el maltrato de tipo sexual genera en los niños no sentirse escuchados, ni protegidos, por lo que presentan conductas auto-agresivas, que fungen cómo factores de riesgo en la conducta suicida.

Por otra parte Sánchez, Cáceres y Gómez (2002) encontraron que hay cinco veces más de probabilidad de realizar intentos suicidas si hay antecedentes de maltrato infantil.

Mientras que Páramo y Chávez-Hernández (2007) aseveran que dos terceras partes de las agresiones hacia los niños son efectuadas en la casa del propio infante, o bien provocadas por la persona que se supone debería encargarse de sus cuidados; no obstante, se sabe que no todos los casos de maltrato infantil son reportados. Se estima que por cada caso reportado, hay seis o siete que no son reconocidos.

En la Procuraduría de la Defensa del Menor y la Familia (Incorporada al Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia), se sostiene que durante el 2008 se recibieron 48, 591 denuncias, dentro de las cuales se atendieron a 41 mil 437 niños.

De acuerdo al INEGI (2008), la cifra de maltratos infantiles que se han comprobado ha ido en aumento desde el 2001 hasta el 2007, disminuyendo éste porcentaje en el 2008, pero, se sabe que estos datos no son 100% confiables,

debido a la ambigüedad del término “maltrato”. Aunado a este factor, encontramos que no todos los niños denuncian el ultraje, situación que genera que las cifras que presenta el INEGI, se acercan a la realidad infantil, mas no la representen en su totalidad.

No obstante, se debe tener claro que tal vez las denuncias se presenten, pero éstas serán de manera subjetiva, ya que no todos los niños demandarán por temor a los adultos y de hacerlo, el término maltrato, resulta algo abstracto, ya que para muchas personas el educar con golpes forma parte de un estilo de crianza bastante arraigado, donde el castigo físico y verbal está presente dentro del proceso socializador del niño.

3.2.7. Salud

Dentro de “Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales”, publicado por el INEGI en el 2010, en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos de los Niños, se establece que tienen derecho a disfrutar de un nivel óptimo en materia de salud, así como el acceso a servicios para prevenir, tratar y rehabilitar enfermedades, el acceso a la seguridad social y atención sanitaria, promoviendo la disminución de mortalidad infantil y la seguridad alimentaria, lineamientos que deben formar parte de las políticas de Estado en todo el mundo.

En el caso de México, el 8.3% de los niños tiene el bajo peso al nacer, lo que se convierte en un grave problema, ya que éstos tenderán a desarrollar enfermedades tales como cardiopatías, diabetes y problemas inmunológicos que desencadenarán en situaciones de morbilidad y mortalidad.

Otro problema grave en el país es la macrosomía (peso superior a los 4 000 gramos), el cual se presenta en 3 de cada 100 nacidos vivos, situación que se encuentra relacionada con hábitos diabéticos y nutricionales, que culminarán en severos problemas de salud en los niños.

De las enfermedades que afectan a los niños mexicanos, el 62.8% se desarrollan en el periodo perinatal. Para los niños de 0 a 14 años, las enfermedades en vías respiratorias representan el 76.5% y las infecciones intestinales el 11.4%.

Por otro lado, no podemos dejar de observar que esta determinante difícilmente se cumple, ya que más de la mitad de la población y en específico infantil no cuenta con acceso a la seguridad social, aunado a lo anterior, las políticas de Estado encaminadas al resguardo de la salud de los infantes son escasas, pese a que la SSA, tiene como función determinar los parámetros de salud de la población y diseñar las campañas de prevención y/o intervención con base en los padecimientos de los mexicanos y en este caso de los niños, esto no sucede así, vemos el escaso interés del sector salud por este fragmento de la población, incorporado a lo anterior, las enfermedades mentales son prácticamente relegadas de la población infantil.

3.2.8. Mortalidad

De acuerdo a la Convención sobre los Derechos de los Niños (artículo 6), el derecho a la vida es un principio universal, que se encuentra presente en todos los instrumentos jurídicos del país. Dentro de la Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. En el artículo 15 se estableció el derecho intrínseco a la vida, mientras que en el artículo 28, se instituye la obligatoriedad por parte del Estado para implementar políticas públicas que permitan la óptima supervivencia, así como el desarrollo de los niños.

Dentro de las principales causas de muerte de niños en México, se sabe que siete de cada diez ocurrieron antes de que el infante cumpliera un año de edad, y la mayoría de éstas tuvieron sus orígenes durante el periodo perinatal, para los niños de 1 a 4 años, son las malformaciones congénitas o cromosómicas, mientras que para los niños de 5 a 14 años, los accidentes ocupan la primera causa de muerte (“Estadísticas a propósito del día del niño. Datos nacionales”, INEGI, 2010).

En el marco institucional encontramos la protección del infante, pero qué encontramos en lo social, de que manera viven los niños en la actualidad, hemos visto cómo ha sido su interpretación y desarrollo de manera muy somera a lo largo de los siglos, sin embargo, en la actualidad la infancia se comprende de una manera muy diferente, se ha transformado conforme a la sociedad y la familia, el primer núcleo social del infante.

De acuerdo a Lozano Andrade (2000) la familia al igual que el Estado, ha cambiado de acuerdo a las necesidades sociales que se han ido planteando y los niños no han escapado de esta realidad, éstos han sufrido cambios en la forma de comprenderse, derivando de esto, diversos instrumentos jurídicos que los amparan, no obstante, en algunos casos dichas legislaciones no se aplican, o al menos no como se debiera hacerse, pese a que la ejecución de éstas depende del Estado.

De igual forma encontramos situaciones para las cuales el Estado y la sociedad no han delineado el plan de acción específico, o dichas transformaciones sociales no forman parte de sus prioridades, lo que genera que en algunos aspectos los infantes aún permanezcan vulnerables.

Un ejemplo de ello lo encontramos en torno a la escasa importancia que se le está proporcionando a los cambios en la estructura social que actualmente atraviesa el país.

El nivel de violencia nacional que se vive en la actualidad a causa de la supuesta “lucha contra el narcotráfico” ha rebasado los límites de la comprensión humana.

De acuerdo a Hernández (2012) ésta resulta falsa, ya que no existe tal, sino un detrimento en los opositores al “Chapo Guzmán” para controlar las rutas del narcotráfico, sin embargo, el costo humano ha sido alto, ya que trae consigo muertes, incluso de niños, éstos al sucumbir intoxicados sembrando estupefacientes, jóvenes, cuyo anhelo es ser narcotraficante y adultos que se disputan el territorio.

De acuerdo a Ravelo (2011) se habla de los cincuenta mil muertos, pero no se habla de los niños huérfanos o las familias desarticuladas a causa de dicha guerra y el empecinamiento del ex presidente Felipe Calderón, por “pasar a la historia como el mandatario que luchó contra el narcotráfico”, guerra que jamás ganaría debido a la extinción territorial de la frontera, la unificación de la policía con los carteles del narcotráfico y que el armamento y la inteligencia operativa de éstos rebasa a las autoridades mexicanas.

Es bajo este tenor que, pese a que la Constitución Mexicana lo prohíbe, entra a las calles el ejército, pero debido a la corrupción de los policías, la desorganización de éstos y la desarticulación política, no se ha podido dar fin a dicha guerra (Ravelo, 2011).

La cifra de muertes ocasionadas por la “guerra contra el narcotráfico”, es oscilante, todo depende del medio que la divulgue, los números dan cuenta de 48 mil a 50 mil homicidios, sin actualización, ni la posibilidad de ésta, ya que de acuerdo a Lizárraga (Animal político, 2012), dentro del IFAI (Instituto Federal de Acceso a la Información y Datos Personales), dicha información está catalogada como reservada, sin ostentar una fecha para conocerla en el futuro, esto apelando a la ley de transparencia, misma que estipula, se cuenta hasta con doce años para dar a conocer los registros.

No obstante, pese a las discrepancias de los datos, como cifras oficiales, algunos diarios y Organismos no gubernamentales, han presentado sus propios informes.

De acuerdo a la revista Proceso, el 2 de junio de 2012 se dio a conocer un artículo, en el que Leticia Ramírez de Alba, creadora del Índice de Víctimas Visibles e Invisibles (IVVI), difundida por la Organización México Evalúa, se contemplan 88 mil 361 homicidios a causa de dicha lucha, por lo que se estima que 366 mil 478 personas hayan resultado afectas por estas muertes, atendiendo a que en promedio cada familia mexicana está integrada por tres o cuatro miembros (Díaz, Proceso, 2012).

Si analizamos la situación, ¿cuántos niños pudieran haber quedado desprotegidos por dicha causa?, ¿cuántos de éstos pudieran presentar ideación o intencionalidad suicida, sin descartar el suicidio consumado? Después que parte de su familia ha sido soslayada, ¿qué emociones debe sortear el infante?, ¿cómo exteriorizar dicha situación?

Es un escenario nacional que merece una amplia reflexión, no sólo por parte del Estado, sino de toda la sociedad en general, ya que como vimos en el capítulo anterior, en las zonas en donde se gestan mayormente los índices de

violencia, son precisamente en donde hay mayor incidencia de conducta suicida en edad escolar.

Probablemente pareciera suficiente que los niños deban soportar las consecuencias sociales de dicha guerra, mas no es así, el país ha visto truncado su nivel de seguridad nacional debido a los desaparecidos.

Hasta la fecha en la cual se escribió esta tesis los desaparecidos aún no figuraban como prioridad nacional, incluso eran una representación opaca dentro de los problemas que aquejaban al país

Sin embargo, de acuerdo a Reveles (2012) en la Marcha por la paz con justicia y dignidad, encabezada por Javier Sicilia, se habla de 10 mil desaparecidos en el gobierno de Felipe Calderón.

¿Quiénes son los desaparecidos?, no hay nada que pueda dar cuenta de un perfil, puede ser cualquiera, antes se asociaban a la estudiantes, los maestros, los que cuestionaban, los que no se conformaban, pero hoy puede desaparecer cualquiera de nosotros, desde los estratos más bajos, hasta los más altos, desde los niños, hasta los ancianos, desde personas sin instrucción alguna, hasta los más cultivados (Reveles, 2012).

Lo más cruel de todo esto es que no hay una ley para tal cosa, y por ende al no haber una ley, tampoco hay delito. El Ministerio Público se protege en ello, para decir que el delito es secuestro, pero como jamás se comunican con los familiares del desaparecido para pedir un rescate por ellos, no puede catalogarse como tal y por ende no existe (Reveles, 2012).

Para el autor antes mencionado, la figura de los familiares de los desaparecidos, hace poco se hizo carne, tomó un rostro, se hizo en muchos casos saber, y en otros tantos escuchar, esto al mantener una entrevista Javier Sicilia y algunas víctimas con Felipe Calderón, mas, de nada sirvió esto, ya que el entonces presidente, dijo sentirse muy conmovido, pero aludió que esto “eran daños colaterales”, de la lucha y que “había que limpiar la casa”, así que él continuaría con el objetivo a perseguir.

No se redimió ante dolor, no se inmutó, no pensó en el sufrimiento de las víctimas. Pareciera que el ex presidente, olvidó los cementerios de cuerpos sin

reconocer de San Fernando, Tamaulipas, los autobuses enterrados con pasajeros, relegó los 71 migrantes muertos (Reveles, 2012) que de acuerdo con el sacerdote Alejandro Solalinde, los migrantes sudamericanos son objeto de todos los delitos que se puedan cometer con los seres humanos.

Resulta difícil hablar de todas estas personas, de las que tal vez aún no sepa su familia que sucedió con ellos, si en México no se sabe qué pasa con los desaparecidos, qué puede esperar esta gente que vive a miles de kilómetros de esta nación y viaja al norte en busca de “una mejor calidad de vida”, vida que simplemente ya no existe.

Las atrocidades que han ocurrido son amplísimas, el estado de impunidad en el que habitamos nos da cuenta de una deshumanización, de una ignorancia e indiferencia al dolor ajeno.

¿Es esto lo que se les muestra a diario a los niños, es la realidad en la cual deben desenvolverse, el futuro prometedor que se les ofrece, el porvenir que les espera?, ¿el hecho de que en cualquier momento puedan desaparecer?

¿Dolor psíquico es lo que se les brinda?, no sólo el temor de que alguna vez ellos pudieran desaparecer, sino que cualquiera de sus familiares pudiera enfrentar esta circunstancia.

¿Acaso resulta negligente pensar que tras vivir a diario estas situaciones, los niños pudieran decidir que la mejor opción para sobrevivir es morir?, que lo que se les ofrece es dolor e incertidumbre ante el futuro, es por ello que debiéramos reflexionar ¿nosotros, como sociedad nos sorprendemos que la población infantil desee morir ante las circunstancias antes planteadas?, ¿qué sentimientos genera en los niños dichas circunstancias?, o, simplemente ¿qué piensan de la realidad nacional que se les ofrece?

Es evidente que lo que viven los infantes en la actualidad no es el ambiente más sano para que un niño crezca y se desarrolle, situación que podría ser una variable para que un niño decida ponerle fin a su vida.

De acuerdo a los resultados de la Consulta Infantil y Juvenil, los adolescentes tienen mayor acceso a las drogas que antes, así mismo no confían

en los policías y los niños refieren vivir sucesos de violencia en su calle, así como hostigamiento sexual y bullying.⁴⁴

Es bajo esta perspectiva que, si bien, es cierto, que no podemos culpar a la violencia que se vive a diario en México como causante del suicidio de los niños, sí podemos decir que el ambiente que actualmente viven éstos es mucho más violento que el que anteriormente se respiraba.

Si a estas variables le agregamos que un posible paliativo al dolor generado por dichas circunstancias se encontraba anclado en la “Ley General de Víctimas”, la cual fue vetada por el entonces presidente Calderón, ya que solicitaba al congreso aclarar el tema de los subsidios, de acuerdo a los argumentos que suscribió, era necesario que se estipulara claramente a dónde deberían dirigirse las víctimas para hacer valer sus derechos, y que “no anduvieran tocando puertas”, según dijo Rubén Fernández, subsecretario de Enlace Legislativo de la Secretaría de Gobernación (Soberanes, CNN México, 2012).

De acuerdo al autor antes mencionado, Emilio Álvarez Icaza sostuvo que el gobierno federal tuvo 30 días para hacer las posibles correcciones y no las llevó a cabo, pues fue el periodo de las elecciones presidenciales del 2012 y pasando éstas, es cuando decide vetar la ley, lo que él califica como un acto proselitista.

Considerándolo como una “burla al dolor y las demandas de las víctimas”, mientras que Javier Sicilia sostuvo “el presidente en este momento no vale nada para nosotros”, “este veto es un desprecio y falta a su palabra, y eso es grave” (Soberanes, CNN México, 2012).

Actualmente dicha ley se ha reconsiderado, sin embargo, el dejo que generó esta situación, en primera instancia en los familiares de las víctimas, los cuales podrían ser en gran medida la población infantil, es de considerarse; y en un segundo punto, encontramos que la confianza de la población infantil en el Estado, pudiera estar muy por debajo de los que se esperaría, como se argumentó con anterioridad dentro de la “Consulta Infantil y juvenil”.

⁴⁴<http://www2.ife.org.mx/portal/site/ifev2/menuitem.92faac40ea85399517bed910d08600a0/?vgnextoid=5a87b529787e7310VgnVCM1000000c68000aRCRD>

Los niños ya no creen en la policía, en las figuras de autoridad, ni en el Estado, cuando se sabe que este último es el encargado de velar por el bienestar de los infantes, así como la aplicación de los instrumentos jurídicos en beneficio de los niños, cuya razón de ser, son precisamente estos últimos.

¿Qué mensaje se les envía?, sí hay leyes que posiblemente los protegen, sin embargo, no pueden confiar en su aplicación, sí, el Estado prohíbe el maltrato de los niños, no obstante, se sabe con cotidianeidad que las leyes no se aplican.

Si al crudo panorama que antes se planteó le agregamos la escasa credulidad que podrían tener los infantes en la elaboración y ejecución de las leyes para su protección, el panorama parece ser más agrio, sobre todo cuando sabemos que derivado del maltrato infantil, podemos encontrar la conducta suicida.

¿Cómo se atreve a denunciar un niño su propio maltrato?, cuando podría ser un hecho aislado que se decida a evidenciar a sus agresores, que bien podrían ser sus padres y si lo hiciera no tiene la certeza de encontrar eco en sus reclamos, por parte del Estado.

Mas, estas no son las únicas circunstancias que sortean los infantes, el cambio en la estructura familiar y social ha hecho que enfrenten nuevos sucesos.

Es bajo este tenor que cabe preguntarnos ¿cómo sobreviven los niños y la sociedad en general ante estas circunstancias?, ¿cómo pudiera estar el padre alejado de la realidad que posiblemente está enfrentando el hijo?

Sin duda es arduo el trabajo que deben realizar los progenitores a diario, en el mejor de los casos el horario laboral es de 8 hrs., en circunstancias más adversas deben sortear jornadas laborales más amplías, es incuestionable que arriban a sus hogares absortos por el trabajo, y esto podría generar una fatiga mental que les impida acercarse a la realidad que están viviendo sus hijos, no obstante, no es justificante, tan sólo es una forma de comprender el complejo panorama social que pudiera atravesar la actual familia mexicana..

¿Cómo vivir el día a día, con esta aplastante realidad?, diría Vargas Llosa (2012), el premio nobel de literatura, viviendo en la sociedad del espectáculo, en donde la gente se encuentra ensimismada por imágenes amarillistas, mujeres

desnudas, información sin contenido intelectual, lo cual pudiera hacer más llevadera esta vida llena de carencias, en donde no es necesario pensar lo que ocurre en la sociedad y al interior de la familia, si tenemos programas de entretenimiento, telenovelas y demás serie de transmisiones sin ningún tipo de contenido, salvo la diversión en sí misma.

Diría Bauman, (2006) resulta más fácil no pensar en lo que ocurre, enajenarnos en entretenimiento irrelevante, vivimos dentro de la vida líquida, en donde toda la realidad se escurre dentro de nuestras manos y resulta más fácil reemplazar, olvidar, sustituir, borrar, dejar..., antes que reconstruir y modificar la realidad que vivimos en el devenir de nuestra vida cotidiana, para qué gastar tiempo, si son más fáciles los breves recomienzos, que tratar de reflexiona y reconstruir sobre la experiencia.

Una vez descritas algunas de las circunstancias que atraviesan a la población infantil, nos vemos obligados a cuestionarnos, por qué, si se ha observado que un ambiente violento puede generar conductas violentas, incluida la del suicidio, no se han implementado instrumentos jurídicos para la protección de la vida y salud mental del niño, pese a las circunstancias de intimidación que actualmente se viven en el país.

De acuerdo a diversos autores, incluidos Gutiérrez-García y cols. (2006) el suicidio es un fenómeno complejo que comprende factores físicos, sociales y psicológicos que actúan e interactúan en la forma en que el individuo se relaciona con su medio ambiente y cómo este último afecta su personalidad, encontrando así un posible factor de riesgo para el comportamiento suicida.

Bajo esta perspectiva el Estado tiene la obligación de encargarse de resguardar la salud y la vida de los infantes, no por elección, sino por obligación y firma de acuerdos internacionales, no obstante, al analizar los programas de salud que han diseñado las diferentes instituciones de salud pública, nos damos cuenta que tal supuesto no existe, o al menos no como se ha planteado, de igual manera, no se ha realizado la formulación de nuevas leyes para la protección mental y vida del impúber, ante las actuales circunstancias de violencia que atraviesan al país.

Con esto, ¿qué podemos decir de los niños mexicanos?, pareciera que viven una suerte de opacidad, que no nos permite ver lo que representa un infante, que en todo caso es un ser humano independientemente, sin importar cual sea su edad, es un ser vivo, que piensa y siente, el cual no merece tener un porvenir en función de la suerte.

La manera en la cual puede leerse la interpretación de un niño, es cambiante, para algunos es un escolar, para otros un jornalero y para algunas familias parte del sustento. La intersubjetividad de un niño está en juego, toda vez que su significado es diferente, según quien lo interprete.

Pudiera considerarse que la noción “del porvenir de México”, esa visión idealista y utópica se ha transformado para dejar de ser el futuro y comenzar a ser el presente, un presente manchado por la desigualdad, la pobreza y la marginación.

En donde tener lo necesario para subsistir, es cuestión de azar, ya que el Estado no es capaz de proveer lo más indispensable para la manutención de algunos sectores de la población infantil de México.

Una vez que hemos comprendido una mínima parte de la realidad que viven a diario los niños, trataremos de relacionar algunas de las variables subyacentes al escaso interés de la conducta suicida en edad escolar por parte del Estado, tales como el sistema de salud mexicano, parte coyuntural de esta problemática, ya que el suicidio es considerado un problema de salud público, esto de acuerdo a la OMS.

3.3. Sector salud en México

De acuerdo con López Ramos (2000) el sistema de salud en México se vio truncado desde la llegada de los españoles, lo que antes pareciera ser una característica primordial de la antigua sociedad mexicana, como era la higiene, ésta se perdió, trayendo consigo un detrimento al sistema de salud, incluso la significancia de esta característica.

De acuerdo al autor antes citado, desde 1890, la población mexicana sufre de nerviosismo, jaquecas, depresiones y elevados índices de suicidio, que podrían entenderse como una manifestación corporal, entendiendo al mexicano como un

ser dominado por una realidad, realidad que supera su propia cosmovisión, generando así mecanismos de defensa, para soportar la realidad insoportable; de pasar a ser un pueblo dominante, a ser un pueblo dominado.

¿Cómo se cambió de una población mexicana sana e higiénica, a una enferma?, ¿cómo se ha estructurado el sistema de salud en México?, de acuerdo a la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos), a través de la SSA (2005), anteriormente no existía un sistema de salud en México, y no es sino hasta principios del siglo XX cuando se crean las primeras estructuras de salud pública, quizá en este argumento se encuentra parte de la pregunta planteada, no conforme con someter a la población mexicana y las implicaciones que tuvo dicho pusilánime acto, está el hecho que no se instituyó ningún sistema de salud hasta años recientes.

Sin embargo, no es sino hasta finales de 1930, que el Estado se responsabiliza de la salud de los mexicanos, no obstante, sus intervenciones tenían como objetivo frenar las enfermedades contagiosas y atender a la población más marginada.

Es más tarde, en 1943, cuando surge el IMSS, creándose simultáneamente la SSA, a éstas le siguió la creación del ISSSTE en 1960 y PEMEX; mientras que para las personas que no tuvieran ninguna adscripción a algún sistema de salud se crearon los Servicios Estales de Salud (SESA), esto de acuerdo a Gómez Dantes, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola y Frenk, (2011).

Ahora, conforme a lo estipulado por el artículo cuarto de la constitución, todo mexicano debe gozar de protección en materia de salud, no obstante, afirma la OCDE, México es de los pocos países pertenecientes a esta organización que no puede cumplir con dicho lineamiento, esto pese a que ya se implementó el seguro popular.

De acuerdo al SINAIS (2012) de los 110, 022, 552 mexicanos, 59, 975, 558, es decir el 54.5%, no cuentan con ningún tipo de seguridad social, mas, si hablamos de la población en edad escolar, encontramos que de 20, 301, 862 infantes, 11, 899, 066, es decir más de la mitad no cuenta con seguridad social.

En el caso del Distrito Federal, el 48.2% y en el Estado de México el 58.5%, de su población en edad escolar, respectivamente está desprotegida socialmente.

No obstante, no es el único obstáculo que bloquea al sistema de salud, de acuerdo con Gómez Dantes y cols. (2011), tan sólo el 5.9% del PIB, en el 2008, se destina al sector salud en México, menor al promedio general de América Latina (6.9%).

Otro aspecto que analizan los autores antes mencionados y que es de relevancia para este trabajo de investigación, es lo que se destina a la prevención de enfermedades y promoción de la salud, cantidad que no es equiparable con lo que se invierte en la curación de las mismas, ya que la mayoría del presupuesto se destina a la curación, pese a que sería más económico incidir antes de que los costos de éstas se hagan patentes.

En el caso de las enfermedades, éstas han ido creciendo y de acuerdo con Sosa (2009)⁴⁵, la OPS reporta que entre 2003 y 2004 en México hubo un incremento del 25% en los trastornos mentales, 300% en el incremento del suicidio y se estima que para el 2020 las enfermedades mentales ocupen el quinto lugar de mortalidad.

Una vez planteado el panorama general del sector salud en México, se procederá a plasmar un poco de lo ocurre en torno a la salud mental de la población mexicana.

3.3.1. Salud mental

De acuerdo al INPRF⁴⁶, dentro del sistema de salud mental en México no se cuenta con una ley específica en materia de salud mental. Otro argumento que no se puede esquivar, es el hecho de que del total del presupuesto asignado al sector salud, tan sólo el 2% se destina a la salud mental y de este dos por ciento el 80 % se consigna al funcionamiento de los hospitales psiquiátricos.

Otro aspecto digno de mencionar, es el hecho, de que el nivel de atención que se brinda es terciario, es decir la cura de la enfermedad en lugar de la

⁴⁵ http://www.cij.gob.mx/Cong2009/pdf/confe_14_jose_manuel_sosa.pdf

⁴⁶ http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/iesm_oms.pdf

prevención de la misma, pese a que se estima que este nivel de atención debe ser el punto de partida para todo el sector salud.

Por otro lado, se calcula que por cada 100 mil habitantes hay 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 profesionales/técnicos de la salud, cifras que resultan insuficientes para la atención de la población, aunado a lo anterior, están mal distribuidos y la mayoría concentrados en hospitales psiquiátricos.

Cabe mencionar que la difusión de campañas de prevención de trastornos mentales no es suficiente, ya que pese a que en la SSA se plantea dicho lineamiento, éste no está bien estructurado y coordinado.

Así mismo, en lo referente a la recolección de datos de los padecimientos mentales de la población mexicana, éstos no cuentan con una uniformidad de términos, lo que dificulta saber cuál es el nivel de morbilidad de la población mexicana por dicha causa.

Sin embargo, llegar a estas conclusiones no ha sido fácil, ya que las instituciones psiquiátricas han sufrido grandes cambios desde su creación hasta la actualidad, así su población, es objeto de diferentes denominaciones, que incluyen la discriminación y el rechazo social.

Ahora, si partimos de lo que postulaba Foucault (2008) acerca de las instituciones psiquiátricas encontramos que éstas no tienen razón de ser, ¿quiénes son los normales y quiénes los “locos”?, quién le da la autoridad moral al “normal”, para encerrar y drogar al “loco”, parece un chiste lo que plantea dicha autora, sin embargo, traspasa las barreras de la ficción, para posicionarse como una tragedia en la actualidad.

Resulta demasiado arriesgado atrevernos a clasificar a la gente, según consideramos lo normal, ¿qué es lo normal?, y ¿para quién?, preguntas que antes de subordinar a la gente debiéramos contestarnos.

Como parte de lo que nos dice Foucault, (2008) se encuentra el hecho, de que los pacientes no deberían permanecer dentro de instituciones psiquiátricas sin acceso al contacto social, ya que según estipula la OMS y la OPS, los pacientes

deben tener comunicación social para su recuperación, circunstancia que difícilmente ocurre en estas instituciones (Hernández y Sarquis, 2009).

Ahora, fuera de lo que plantea Foucault (2008) y como parte de la crítica que sostienen Hernández y Sarquis (2009), encontramos una realidad, no menos atroz que la incongruencia de los datos emitidos por las instituciones públicas del país, tampoco el 5.9% del PIB que se destina a la salud, y el 2% de éste a la salud mental, encontramos la escasez y en algunos casos la ineficiencia del sector salud, en materia de salud mental.

Acertamos, que el número de instituciones psiquiátricas en el país asciende a 51 hospitales según lo estipulado por el CONSAME que dentro de éstas, de acuerdo con el Dr. Enrique Camarena Robles, presidente de la APAL (Asociación Psiquiátrica de América Latina), a través de la SSA⁴⁷, se encuentran grandes extensiones territoriales inútiles, diseños arquitectónicos de los años cincuenta, un modelo manicomial desgastado, falta de aplicación de modelos modernos, no se cuenta con diagnóstico de la transición epidemiológica y los costos resultan altos.

Aunado a lo anterior, no hay seguros médicos que cubran los trastornos mentales, se carece de control de calidad, hay difícil accesibilidad de algunas regiones del país; no hay especialización en el área de la salud mental y se cuenta con escasos recursos económicos.

En concordancia con estas circunstancias, existen otras de igual magnitud, como es el caso de la violación de los derechos humanos dentro de dichas instituciones.

El 15 de junio de 2011, La Jornada publicó, que dentro del hospital “Dr. Héctor Tovar Acosta”, ocurren múltiples anomalías, entre las que se encuentra la inserción a la institución de menores de edad, sin ningún tipo de autorización, así como el permitirles salir a los pacientes el fin de semana, pese a que esto está prohibido; entre otras irregularidades de tipo administrativo (Cruz Martínez, *La Jornada*, 2011).

Por otro lado el 17 de septiembre de 2008, El Universal, informó que la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) encontró irregularidades en

⁴⁷ http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/foros/8o_foro/8mesa13_01.pdf

seis de los siete hospitales psiquiátricos que dependen del gobierno federal, tales como la privación de la libertad, tratos “indignos”, deterioro en la infraestructura, falta de médicos especializados y violaciones a la normatividad nacional e internacional”.

La CNDH, asegura que no sólo se debe salvaguardar su integridad física, sino también procurarles una vida digna, siendo el INPRF la única institución que cuenta con todos los servicios y la calidad de los mismos para atender a sus pacientes (Alcántara, El universal, 2008).

Bajo este tenor podemos concluir que para los más de 110 millones de habitantes del país, 51 instituciones psiquiátricas no son suficientes, que la infraestructura, así como el personal es exiguo y en muchos casos no está especializado para atender a esta población, aunado a lo anterior el trato a sus pacientes resulta degradante en muchos casos y esto sucede en la mayoría de los hospitales.

¿Qué es lo que nos deja esto?, el sarcasmo que la realidad nos ofrece, resulta pendenciero, cómo es posible que más de la mitad de la población no esté asegurada y algunos de los que están no reciben el trato, ni los recursos necesarios para hacer frente a las necesidades en materia de salud mental.

En contraste, encontramos una divergencia abismal, y es que de acuerdo a lo estipulado por Pérez Barrero (1999) en Cuba, la realidad en este sentido es bifurcada por mucho, en primera instancia el nivel de atención que se presta al sector salud en su mayoría es primario, es decir preventivo, y otro dato que resulta imperante presentar, es el hecho que desde 1989 en dicha nación se comenzó con las campañas de prevención de la conducta suicida.

Es entonces que encontramos un dato interesante, en dicho país con una dinámica económica diferente a la planteada por México, hay un interés en prevenir cualquier padecimiento, y en específico el suicidio y desde hace ya varias décadas que se comenzó a lanzar campañas de prevención de este fenómeno.

Es acaso que para el sistema capitalista, tal como lo dice Foucault (2008) los “locos”, no remuneran nada y por ende es necesario encerrarlos para que no

causen problemas, aniquilarlos para que olviden su ser y tratarlos cual animales, ¿para qué invertir en ellos?

Resulta controversial el panorama que ofrece el sector salud y en específico las instituciones de orden psiquiátrico, ahora, qué es lo que sucederá con los niños al combinar todas las variables hasta aquí analizadas, asunto que se tratará enseguida.

Es así como encontramos el punto de apoyo de las circunstancias de México, de los niños y del sector salud. En primera instancia, resulta imperante recordar qué representa el sistema capitalista dentro de la realidad mexicana.

¿Cuál es el papel de niño en este sistema?, de acuerdo a las estadísticas el infante no es económicamente activo, lo que podría colocarlo en un nivel inferior al del adulto en cuanto al acceso a servicios sociales y de salud, así como un escaso interés por parte del Estado ante las problemáticas infantiles, pese a que hay algunos niños que trabajan, el trabajo de éstos no es remunerado y por ende pasa a ser fruto del adulto.

Ahora, ya sabemos que la pobreza alcanza a la mitad de la población mexicana y que el niño dentro del sistema podría resultar casi invisible.

Pero, ¿qué sucede con la salud de éste?, en realidad hay algunos programas dentro del sector salud que contemplan algunas enfermedades en los niños, específicamente el cáncer, y el esquema de vacunación, sin embargo, las enfermedades mentales están descartadas prácticamente de los infantes, sólo el ISSEMYM propone la depresión infantil y el INPRF observa a los niños como posibles candidatos a padecer algún trastorno mental, las demás instituciones no vislumbran esta posible circunstancia.

Aunado al muy escaso interés por la salud de los niños y específicamente por su salud mental, encontramos que hay pocas instituciones psiquiátricas, y la mayoría de ellas presenta problemas de infraestructura, personal que no cuenta con la capacitación y un trato ignominioso hacia sus pacientes.

¿Por qué pareciera no interesarle al Estado la calidad del servicio de los hospitales psiquiátricos?, la razón podría estar fincada en que esta población al igual que los niños, no retribuye nada al sistema capitalista.

Es entonces que encontramos la realidad que viven los niños con algún problema de salud mental. En este caso; en cuanto a la conducta suicida de este sector no hay ninguna campaña de prevención, ni de intervención, haciéndose patente la vulnerabilidad de este grupo etario ante el sector de salud mexicano.

Es así que se da fin a este capítulo, en el cual se trató de advertir el motivo por el cual se podría inferir que el Estado no presenta algún nivel de importancia a la conducta suicida de este grupo de edad.

Por lo tanto se puede argumentar que el objetivo se cumplió en su totalidad, no sin antes advertir la subjetividad de dicha manifestación, ya que los planteamientos que se desarrollaron son inferencias, dado que no hay en la literatura discursos para debatir lo postulado hasta ahora, salvo algunos argumentos en común.

*“La palabra progreso no tiene ningún sentido,
mientras haya niños infelices.”*

(Albert Einstein)

CONCLUSIONES

Es bajo las circunstancias analizadas que podemos llegar a una conclusión del fenómeno social de la conducta suicida en una edad comprendida por los organismos institucionales como “edad escolar”, es decir de cinco a nueve años y de diez a catorce.

¿Qué implicaciones tiene la conducta suicida y específicamente en la determinada edad escolar?, ¿cómo podemos tener certeza de lo que ocurre con la conducta suicida en este grupo etario?

Son preguntas que pugnan por una respuesta certera, comenzaremos con describir lo que sucede con la medición de ésta, la cual está prácticamente a cargo el INEGI, y de éste se dependen otras mediciones como las de la SSA, CONAPO y demás instituciones en este orden.

Dentro del mismo INEGI, hay una irregularidad en sus datos, ya que éstos varían según el medio consultado, en el caso de los datos emitidos directamente dentro de la página denominada “consulta general”, se presentan algunas cifras, mientras que en los documentos electrónicos, se presentan referencias que discrepan de los primeros, las cifras varían por poco, sin embargo, es persistente esta inconsistencia.

Aunado a lo anterior, encontramos otra incongruencia, el hecho de que en los documentos electrónicos se hable de las categorías del suicidio de “menores de doce años” y “de diez a catorce”, ya que la primera bien podría estar inscrita en la segunda, sin embargo, ambas presentan diferentes resultados en el mismo archivo. Sumado a este sesgo se encuentra la “cifra oculta”, la cual no se tiene forma de conocer, ya que si no hay claridad en la causa de muerte, o ésta no se reporta, en ese breve trecho se pierde información valiosa.

Bien, esto es lo que sucede dentro del INEGI, sin embargo, las demás instituciones que presentan datos al respecto, tienen sus propias incongruencias,

dado que sin duda, incluso las internacionales toman como fuente principal de información al INEGI, sin embargo, presentan datos diferentes a éste, se puede sospechar que ocurre esto, debido a la opción de consulta realizada (Consulta General o archivo electrónico), en realidad no se puede asegurar que esa sea la razón, lo único de lo que se tiene la certeza es de que presentan datos disímiles, pese a suscribir que la fuente de información es el INEGI.

Estas inconsistencias traen consigo como consecuencia que no haya una certeza real de lo que está sucediendo con el fenómeno del suicidio en México y por ende, resulta complicado determinar qué tan severo podría ser este problema de salud.

No obstante, como se mencionó con anterioridad, pese a la discrepancia en las reseñas, es fácil que podemos llegar a una ocurrencia, distribución y frecuencia del fenómeno con los datos que sí contamos, tal vez no a la realidad total, empero sí a una aproximación.

Se podría plantear como una posible solución a la discrepancia de los datos, cotejarlos directamente en el SEMEFO para poder tener una mayor certeza de éstos, sin embargo, se debe contemplar que la cifra oculta siempre va a estar presente.

Ahora bien, ¿Qué encontramos?, pese a no poder dar cuenta real del fenómeno, con base en lo observado hasta ahora podemos decir que la conducta suicida en México se ha mantenido constante, ha presentado algunos aumentos, sin embargo, éstos no han sido significativos.

Mas, en lo que respecta al suicidio en edad escolar, podemos afirmar que ésta tiende a aumentar en gran medida, hasta el 2010 el Estado de México, presenta un mayor número de suicidios en esta edad, reporta alrededor de 34 casos al año, y si a esta cifra, le añadimos la oculta, el fenómeno puede percibirse como preocupante.

Cabe aquí una acotación. Es precisamente en las zonas más marginadas y violentas del Estado de México y Distrito Federal en donde se reporta un mayor número de suicidios en esta edad, ¿qué podría dejarnos entrever esta cifra?, sin ser un especialista en el tema; podríamos argumentar que la violencia que se vive

a diario, se manifiesta en el comportamiento de los niños, empero, no deja de ser sólo una suposición.

Resulta posible observar la magnitud del problema, es entonces que podemos preguntarnos ¿qué ha hecho la autoridad en materia de salud, para evitar que su población en edad escolar decida ponerle fin a su vida?

Probablemente, podamos decir con base en lo investigado hasta ahora que la respuesta más acertada sería nada, claro, con la salvedad del INPRF, instituto que desarrolló el programa “Dejando huellitas en tu vida”, bajo un esquema de carácter preventivo y específico para la población que asiste a primaria, pese a que el programa no está expresamente dirigido a contrarrestar la conducta suicida en esta edad, parte de las herramientas que proporciona a los menores pueden leerse como beneficio a la salud mental y de esta forma aseguramos una campaña implícita para contrarrestar el suicidio.

Fuera de esto, no hay nada más cercano, tanto las investigaciones, como los programas de intervención y prevención están dirigidos a la población de adolescentes y jóvenes.

En estos términos, cabe mencionar como dato para una futura reflexión, dentro del Estado de México se cuenta con tres organismos de salud. La Secretaría de Salud, el Instituto de Salud y el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, pese a tener tres instituciones bajo su cargo, pareciera que de las tres no se forja una sola capaz de atender las demandas poblacionales en materia de salud pública del Estado de México.

Son tres organismos receptores de ingresos que se encuentran facultados para otorgar servicios, sin embargo, ninguno de ellos exhibe campañas de prevención en materia salud mental, y en específico del suicidio para ningún grupo de edad.

Es entonces que valdría la pena analizar si dentro de la propia dinámica capitalista, ¿no resulta más económico prevenir que curar?, que pese a que por ahora los niños no trabajan, en un futuro lo harán y el hecho de que estos pequeños no lleguen a laborar resulta dinero perdido, claro, partiendo de una dinámica capitalista de costo-beneficio.

En otro aspecto completamente social y humano, resulta aberrante que los niños estén muriendo y las autoridades encargadas de velar la salud de los mexicanos no hagan nada, pese a que es un derecho con el que nace todo mexicano y para el cual hay leyes que se generaron con la finalidad de asegurar la salud de la población en general y de los niños en específico.

¿Cómo podemos explicar esto?, quizá sea la parte más cruda de esta investigación y con seguridad se podría afirmar la más subjetiva, con el posible riesgo que implica esta afirmación, ya que no hay pruebas, literatura o investigaciones que pueden confirmar claramente las conjeturas que se desarrollaron.

En primera instancia, atendemos a un sistema capitalista, de consumo por consumo, de la vida líquida o del espectáculo como diría Vargas Llosa (2012). Es aquí donde podemos preguntarnos ¿qué es un niño para esta sociedad?

Indudablemente encontraremos que la percepción del niño mexicano ha sufrido transformaciones “según demanda la sociedad”, comenzaremos con “cara-corazón”, lema que se enseñaba en todas las escuelas prehispánicas, que sin importar el estatus social del niño debía ser educado bajo este legado.

¿Qué implicaciones tenía esta forma de educación?, era criar y crear niños orgullosos de sus raíces, con la templanza de su carácter, con la firmeza de sus acciones y decisiones, así como con la nobleza y bondad de su corazón, según lo plasma León Portilla (2003).

Posterior a la llegada de los españoles, esta forma de educación cambia y tal como lo relata López Ramos (2000) el niño comienza a ser producto de la autocompasión, de la miseria, el objetivo del niño era generar misericordia para obtener dinero, (cosa que no ha cambiado hasta la actualidad en la realidad de algunos niños mexicanos), mientras que la sociedad se polariza, ya que los niños que tenían recursos económicos, mismos que no eran legado de lo que alguna vez fue México, eran niños a los que no se les permitía realizar actividad alguna, por temor a que lastimaran sus frágiles cuerpos.

A partir de la llegada de los españoles, encontramos polarización en la forma de entender y tratar a los niños, mientras algunos se sobreprotegían, otros

eran arrojados a las calles a tratar de sobrevivir, situación que hasta nuestros tiempos seguimos observando.

Posterior a la concepción de producir misericordia en los niños, encontramos a los infantes jornaleros, producto del caciquismo de Díaz, incluso se habla de niños que estuvieron presentes en huelgas y demás protestas sociales, dando como resultado a los impúberes revolucionarios.

Es al calor de esta revolución que podemos encontrar ya al niño contemporáneo, al producto del capitalismo, el que no produce al sistema, sino mas bien demanda servicios al Estado, al infante que posiblemente es explotado laboralmente, sin embargo, su trabajo no es remunerado, ya que termina siendo absorbido por los adultos, y por ende parece no tener valor alguno.

No obstante, no son los únicos olvidados por el Estado, no son los únicos que no producen, también se encuentran las personas con capacidades diferentes, a las cuales el Estado no les asigna ningún porcentaje del PIB, de los que se encarga el “altruismo”, de las empresas, que lo hacen para evadir impuestos, o, simplemente las dadas internacionales, (Samaniego de García, 2006).

Bajo este tenor encontramos a los presos, quienes en su mayoría son los más pobres, los que no tuvieron para la “mordida”, son los que se encuentran ahí, la mayoría por delitos menores, mientras que los presos que ya no tuvieron más opción que ingresar dentro de las celdas, se encuentran entre privilegios, pagando por su protección (Azaola Garrido, 2008).

Diría Foucault, (2008), ¿qué es lo creemos que nos faculta para decidir a quién encerrar?, quién nos permite como sociedad confinar al que creemos que no es como nosotros, resulta irónico, juzgar sin comprender, ya que los presos en su mayoría son los más abusados por el sistema.

También encontramos como parte de los ninguneados por el sistema a los ancianos, a los que después de que ya se les exprimió su fuerza laboral, ahora se encuentran recluidos en el olvido, ya que si trabajaron para un empresa, y si esperan recibir su pensión y jubilación, se encuentran ante un papeleo burocrático y con la insuficiencia de fondos del IMSS e ISSSTE, en el mejor de los casos.

En condiciones más adversas, los ancianos se encuentran sin ningún tipo de resguardo social, atendidos a su familia, que no en todos los casos los cobijan como parte de ella, en su mayoría son tratados como estorbos y denigrados (García Ramírez, 2006).

Es, hablando específicamente del sector salud y de los escasos recursos con los que cuenta, que encontramos que más de la mitad de los mexicanos, no cuenta con ningún tipo de seguridad social, lo que se asigna del PIB a salud es alrededor del cinco por ciento, los recursos económicos y humanos, se encuentran por debajo de los que estima la OCDE.

Específicamente en lo que respecta a las instituciones psiquiátricas, éstas son escasas, no cuentan con personal capacitado y por ende, se han reportado casos de trato degradante a sus pacientes; la infraestructura es endeble, deteriorada y antigua.

Aunado a lo anterior, se viola el principio estipulado de la OMS, acerca de que los pacientes con trastornos psiquiátricos, para su recuperación necesitan estar en contacto con la sociedad y no aislados y vetados dentro de una institución.

Este es el punto crucial, al que arribamos, ¿qué podemos decir de los argumentos antes suscritos?, ¿qué nos deja ver el Estado, con su olvido de recursos y entorpecimientos hacia algunos sectores de la población?

Seguramente, pudieran surgir múltiples conjeturas, sin embargo, hay una que dentro de la política capitalista que nos arrastra, nos deja entre ver que aparentemente aquellos que no pueden retribuir nada al sistema, es mejor mantenerlos en el olvido, a los “locos”, los “enfermos”, los ancianos, los presos, los niños; aquellos que no proveen nada al Estado, pero que sí demandan mucho, es mejor olvidarlos y esperar que alguna institución o un empresa altruista vele por ellos, como ocurre con las personas con capacidades diferentes.

Este sector de la población que parece querer ser olvidado por el gobierno dentro de la sociedad, se pudiera entender es la población que no corresponde a lo que espera el capitalismo y es en ese sentido que prefieren recluirllos, para que no irrumpen el orden moral y social del resto de la población.

Es así como podemos inferir la hipótesis acerca de por qué el Estado se presenta inamovible ante el suicidio de su población infantil, ya que, se percibe que aún no produce capital, aunque si trabaja, éste no es retribuido al sistema.

Pareciera que la lógica bajo la cual se manejan es, qué importa que mueran los niños, ya preocuparán cuando comience la vida productiva de éstos, mientras tanto, las campañas deben dirigirse a los adolescentes y jóvenes, quienes tengan el fruto de su trabajo y parte de éste corresponda al Estado.

En cuanto a la población infantil se han generado diversos instrumentos jurídicos para su protección, no obstante, la aplicación de éstos puede resultar difícil de observar y en algunos casos incongruente; por ejemplo, se afirma que está prohibido el maltrato en los niños, sin embargo, esta suele ser una conducta bastante recurrente y en el peor de los casos podría entenderse como una relación bidireccional para la presencia del comportamiento suicida infantil.

Así como encontramos esta violación a las leyes que protegen al infante, podemos percibir muchas otras más, como el hecho de que está prohibido que trabajen, sin embargo lo hacen, o por otro lado el Estado se manifiesta como guardián de la educación y salud del niño, cuando en la realidad se puede dar cuenta de que un sinnúmero de niños no tienen acceso a la educación y entre ellos, los indígenas son los que se ven más vulnerados ante esta situación.

Por otro lado encontramos el derecho intrínseco a la salud, sin embargo, podemos observar que de acuerdo a datos emitidos por la misma SSA, más de la mitad de la población infantil en México y en el área metropolitana del Valle de México, no cuenta con ningún tipo de seguridad social.

No obstante, es digno de mencionar el hecho de que por lo menos se intenta buscar una forma de amparar a los niños, pero la sociedad presenta cambios que nos pueden permanecer en la opacidad de las acciones del Estado, como es el hecho de los niveles de violencia con los que actualmente vive la sociedad mexicana y pese a que dicha circunstancia constriñe muchos otros derechos de los niños, el Estado no ha generado ninguna red de protección o acciones legislativas para protegerlos ante las nuevas circunstancias que están presentes en México.

Esto, pese a que se ha demostrado que el ambiente en el que crece el niño es indispensable para su óptimo desarrollo cognitivo y emocional.

Actualmente podemos dar cuenta del posible sufrimiento psicológico que puede generar la supuesta “lucha contra el narcotráfico”, una guerra mezquina, sin fundamento, ni razón de ser, ya que si en verdad se espera que la población mexicana deje de consumir estupefacientes, el dinero que se derrocha en la guerra debiera ocuparse en campañas de prevención.

El hecho de que oficialmente se reconozcan 50 mil muertos, que esté vedado el acceso a conocer las últimas cifras y que se espera en doce años se conozcan, que extraoficialmente se hable de más 80 mil, y en la primera reunión trilateral de Ministros de Defensa de Norteamérica, celebrada en Ottawa, Canadá, se hable de 150 mil muertos, de acuerdo a lo que sostuvo Leon Panetta, quien al día siguiente se retractó y dio a conocer en una rueda de prensa, que había sido un error y que en realidad, esa cifra corresponde a toda Latinoamérica, nos deja entre ver una realidad plasmada por la violencia. (Aristegui, CNN, 2012)

Sin embargo, no es todo, aunado al número de muertes, encontramos los desaparecidos, que a decir de la ONU la autoridad mexicana no ayuda en nada al esclarecimiento de este fenómeno, y el cual se recrudeció a partir del sexenio de Calderón, así como la muerte y desaparición de periodistas mexicanos (Turati, *Proceso*, 2012).

Por otra parte encontramos los índices de corrupción, la trata de personas, la pederastia, ante la cual la Iglesia Católica ha adoptado una postura encubridora, la pobreza, así como el deterioro del tejido social de México, de manera general, fenómenos conocidos ante el mundo entero.

Sin embargo, no se habla ni al interior, ni al exterior de nuestra nación que aunado a lo anterior que la población infantil presenta conductas asociadas al suicidio y que éstas como lo expresa Borges y cols. (2010) tienen que ver más con la estructura social que con las posibles crisis que puedan presentarse en México.

Estas estructuras que menciona Borges, pueden estar asociadas a los índices de violencia que se han registrado en los últimos años, de acuerdo con Rafael Castro Román, presidente de la Asociación de Siquiatría Biológica, el 30%

de los pacientes que acuden al servicio psiquiátrico han sido objeto de robo, secuestro y presentan temor de salir a la calle.

Castro Román afirma que la guerra contra el narcotráfico, aunado al costo en vidas humanas, también ha tenido repercusión en la salud mental de los mexicanos (S/A, 2010, 4 de mayo)⁴⁸.

Sin embargo, ante el mundo entero el ex presidente Calderón se vanaglorió de su lucha contra el narcotráfico, incluso señaló que “va ganado la lucha”, que “es necesario limpiar la casa”, que “han encarcelado a muchos líderes del narcotráfico”, no obstante, no habla de que así como apresan a algunos sujetos, enseguida surgen nuevos líderes.

Al ex presidente le gustaba hablar de la mediocre estabilidad económica del país de alrededor del 2%, pero, se le olvidaba mencionar que el aumento de la inflación asciende a 4.34%, que el salario mínimo aumentó unas miserables decimas, que la deuda exterior se incrementó el doble, que en México más de la mitad de la población es pobre y sin seguridad social (Delgado, La Jornada, 2012).

No obstante, este no es el único cambio estructural que enfrenta la sociedad actual, también se encuentra la nueva estructuración de la familia, en la cual se puede percibir la incursión de la mujer dentro del ámbito laboral, dicha situación ha generado cambios en forma de comprender a los niños.

Esto debido a que ahora los infantes posiblemente permanecen más tiempo solos, en algunos casos abstraídos por los medios de comunicación, los cuales en algunos casos presentan imágenes violentas y vocabulario que no en todos los casos es apto para los infantes.

Se puede inferir que algunos padres no están presentes para vigilar el contenido de los que están viendo y escuchando los pequeños y derivado de esta situación podemos percibir que la violencia que se transmite pudiera estar generando en formas tal vez un tanto precarias la incursión de la conducta suicida en los niños.

De acuerdo a algunos autores derivado de esto se puede presentar el fenómeno *Werther*, el cual logra percibirse como una suerte de imitación a los

⁴⁸ <http://www.jornada.unam.mx/2010/05/04/politica/002n1pol>

modelos plásticos que se presentan en dichas imágenes, en donde el suicidio no se aprecia como un fenómeno de salud pública, sino como una conducta bastante normal.

El punto más importante del desenlace de este proyecto de investigación, es justo cuando se intenta desenmarañar la razón por la cual el Estado no se ha preocupado por la conducta suicida en edad escolar. Se plantea el hecho de que el suicidio en edad escolar hasta el 2008, de acuerdo a la SSA a través de SINAIS corresponde a la cuarta causa de muerte en este grupo etario.

Por otro lado, encontramos que la razón de ser de la Secretaría de Salud es específicamente retomar las estadísticas para generar las políticas nacionales en materia de prevención de la salud y si dicho organismo sostiene que el suicidio es la cuarta causa de muerte para los niños en edad escolar, ¿qué es lo que está haciendo dicha institución?, ¿realmente cumple las funciones que ella misma se ha planteado?, la respuesta más humilde sería un rotundo no.

Sin embargo, no todo el peso recae en el sistema salud, también el Estado tiene una gran responsabilidad, ya que de acuerdo a las propias leyes que ésta ha generado se encuentra el derecho intrínseco a la vida y la salud de todo ser humano y en este caso hay una ley específica para asegurar dichos lineamientos en los niños, ¿por qué tampoco ha hecho nada?, si el hecho de prevenir el suicidio recaería como parte de estas obligaciones, y de acuerdo a lo que se ha venido planteado la violencia que se vive a diario podría ser un factor etiológico dentro de la ocurrencia de la conducta suicida en edad escolar.

¿Por qué no se han generado políticas de Estado para salvaguardar la integridad de los niños?, si se sabe que actualmente el nivel de violencia que sostiene el país rebasa por mucho la comprensión de bienestar de los mexicanos.

¿Por qué no hay una unificación social para exigir lo que de acuerdo a la constitución nos corresponde, que es el derecho a la vida y la salud, entre otros?, ¿qué pasa con la sociedad?, es acaso que estamos en una suerte de ceguera.

Tal vez la respuesta la encontremos en lo argumentado por Baudel, (1994), quien nos diría que realmente vivimos este tipo de vida porque decidimos hacerlo o mejor aún soportamos vivir así, realmente ¿podemos escapar de esta cultura?,

de la sociedad del espectáculo, diría Vargas Llosa (2012), o lo vida líquida como nos haría saber Bauman (2006), quienes sostienen, que se toleran estas situaciones, dado que se exhorta a la sociedad a pensar únicamente en el presente, en lo inmediato, en el entretenimiento vacío y sin contenido, en la vida líquida de sustituir en lugar de reconstruir y reflexionar.

Es acaso que al Estado le resulta más fácil tratar de enajenar a la gente, para que no especule sobre lo que en realidad está sucediendo, esto a través de programas de entretenimiento, telenovelas, shows animados y demás programación ociosa, en su mayoría transmitida por la televisión o periódicos amarillistas, en general, el propósito podría ser hacer sucumbir a la sociedad del espectáculo como lo afirma Vargas Llosa (2012)

Diría José Vasconcelos, nos da flojera pensar, preferimos las cosas prefabricadas, preconcebidas en un imaginario colectivo, que quién sabe qué tanta correspondencia tenga con la realidad, optamos por que nos digan que hacer, en lugar de ser autónomos y dueños de nuestra propia existencia.

Es mejor no pensar en la realidad del mexicano que tratar de enfrentarla y cambiarla, Octavio Paz, diría que ya estamos acostumbrados a ser hijos de la chingada, hijos de la denigración, de la humillación, traemos bajo nuestra cuenta la abnegación de nuestro ser, la tolerancia a las injusticias y que sólo la reflexión de nuestra realidad nos hará cambiar.

Es en ese sentido, que no podemos más que apostar a una meditación de la realidad en la que vivimos, de percatarnos que algo está sucediendo con la sociedad mexicana, situación que trae consigo que la población infantil, la que un día cargó bajo su cuenta ser el “futuro de la nación”, ahora se encuentre decidiendo acabar con su vida.

El punto neurálgico de esto, es que la sociedad en su mayoría lo desconoce y el sector salud se mantiene alejado; pareciera que pese a contar con los datos para comenzar con campañas de prevención y tratamiento, prefiere ignorar a este fragmento de la población y enfocarse únicamente en los adolescentes y jóvenes, es decir la población productiva.

Es así como damos por concluido este tema, no sin antes hacer un especial énfasis en la reflexión de nuestros actos y pensamiento hacia los niños y entender que no son el futuro, sino el presente, un presente que demanda entendimiento, cariño y atención.

No obstante, no debemos olvidar que las hipótesis planteadas hasta aquí, tan sólo son inferencias objeto de perfectibilidad, ya que no hay demasiada investigación al respecto, parece un campo árido, digno de ser labrado.

El hecho de que los niños mexicanos se suiciden, que la investigación sea demasiado escasa, los datos incongruentes y los programas de prevención e intervención nulos, vuelven vulnerable a este grupo etario.

Es por ello que debemos considerar que si bien es cierto que no podemos tomar como cien por ciento certeras las suposiciones que aquí se plantean, también lo es que podemos retomarlas como parte del inicio de investigación de esta temática.

Como se dijo antes, la posible hipótesis planteada por la cual no se atiende el fenómeno de la conducta suicida infantil es subjetiva, sin embargo, podría ser el comienzo de un arduo trabajo de investigación, ya que no hay literatura que afirme o refute lo aquí planteado.

Por ende, se deben tomar con cautela los datos, sin dejar de ver que constituyen parte de los primeros pasos para generar una línea de investigación de este grupo etario, abonando un poco a este terreno solitario que demanda atención.

*“Los años infantiles se han olvidado; a pesar de ello
nos quedan, como en las ciudades perdidas, restos que
nos sirven para reconstruir su arquitectura”.*

(Ramírez, 1991, pp. 11)

BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara, L. (2008, 17 de septiembre). Trato degradante en siquiátricos. La CNDH documenta privación de la libertad y falta de médicos. *El Universal*. Recuperado el 22 de febrero de 2012, de <http://www.eluniversal.com.mx/cultura/57431.html>.
- Aristegui, C. (2012, 28 de marzo). *150 mil personas han muerto por el narcotráfico*. Recuperado el 02 de julio de 2012, de: <http://blogs.cnnmexico.com/aristegui/tag/narcotrafico/>
- Azaola Garrido, E. (2008). Crimen castigo y violencia en México. Ecuador, Quito.
- Bambirra, V. (1992). *El capitalismo dependiente latinoamericano*. México: Editorial siglo veintiuno editores, S.A. de C.V.
- Baudel, F. (1994). *La dinámica del capitalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2006). *Vida líquida*. España: Paidós Estado y Sociedad.
- Borges, G, Medina-Mora, M., Orozco, R., Ouéda, C, Villatoro, J. & Fleiz, C. (2009). *Distribución y determinantes sociodemográficas de la conducta suicida en México* [versión electrónica], *Salud Mental*, 32 (5), 413-425.
- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C. & Medina-Mora, M. (2010). *Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual* [versión electrónica], *Salud Pública de México*, 52 (4), 293-304.
- Borges, G., Rosovsky, H., Gómez, C. & Gutiérrez, R. (1996). *Epidemiología del Suicidio en México de 1970 a 1994* [versión electrónica], *Salud Mental*, 38 (3), 197-206.8
- Camacho Servín, F. (2012, 20 de julio). Carece de acta de nacimiento uno de cada 10 mexicanos: Be foundation. *La Jornada*. Obtenido el 20 de julio de 2012.
- Campo, G., Roa, J, Pérez, A., Salazar, O., Piragauta, C., López, L. y Ramírez, C. (2003). Intento De Suicidio En Niños Menores De 14 Años Atendidos En El Hospital Universitario Del Valle, Cali: *Colombia Médica*. 34 (1), pp. 9-16.
- Consejo Nacional de Población (2010). [Archivo de datos]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/>
- Consejo Nacional de Salud Mental. (2012). [Archivo de datos]. Disponible en: http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/consame/donde_me_atiendo.html.

- Cruz, A. (2011, 15 de junio). Denuncian “múltiples anomalías” en hospital de psiquiatría del IMSS. *La Jornada*. Recuperado el 22 de febrero de 2012, de <http://www.jornada.unam.mx/2011/06/15/sociedad/039n1soc>
- De Bedout, Hoyos, A. (2011). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico [versión electrónica], *International Journal of Psychological Research*. 1 (2), 53-63.
- De la Peña, S. (2003). *La formación del capitalismo en México*. México: Editorial siglo veintiuno editores, S.A. de C.V.
- Delgado, Selley, O. (2012, 5 de julio de). Saldos de la contienda electoral. *La jornada*. Obtenido el 5 de julio de 2012.
- Del Castillo Troncoso, A. (2006). Imágenes y representaciones de la niñez en México a principios del siglo XX. En: De los Reyes, A. (Eds.), *Historia de la vida cotidiana en México: siglo XX, la imagen, ¿un espejo de la vida?* (pp. 86-116). México: Fondo de Cultura Económica
- Díaz–Atienza, F., Prados Cuesta, M. & Ruiz-Veguilla, M. (2004). Relación entre las conductas de intimidación, depresión e ideación suicida. Resultados preliminares [versión electrónica], *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*. 4 (1), 10-19.
- Díaz, G. (2012, 02 de junio). Las víctimas visibles e Invisibles del sexenio. *Proceso*. 1857
- Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI editores, S.A. de C.V.
- García Hernández, A. (2012, 28 de junio). Alarmante el desconocimiento sobre derechos humanos y cultura política. *La jornada*. Recuperado el 29 de junio de 2012.
- García Ramírez, J. (2006). *Los derechos y los años. Otro modo de pensar y de hacer política en Latinoamérica: los adultos mayores*. México: Plaza y Valdés.
- Gervilla Castro, E. (2003). *Educación familiar. Nuevas relaciones humanas y humanizadoras*. Madrid: Narcea.
- Gómez Dantes, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. & Frenk, J. (2011). *Sistema de salud de México. Salud Pública de México*. 53 (2), pp. 220-232.
- Guibert, W. (2002). *Epidemiología de la conducta suicida* [versión electrónica], *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (2).

- Gutiérrez-García, A., Contreras, C. & Orozco Rodríguez R. (2006). El Suicidio Conceptos Actuales: *Salud Mental*. 29 (5), pp. 66-73.
- Hernández, A. (2012). *Los señores del narco*. México: Grijalbo.
- Hernández, O. & Sarquis, Z. (2009). El encierro institucionalizado, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 12 (1), 47-63.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2003). La mortalidad en la población derechohabiente del IMSS, 2001 [versión electrónica], *Revista Médica IMSS*. 41 (4), pp. 345-354.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). [archivo de datos]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/Pages/default.aspx>
- Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (2012). [Archivo de datos]. Disponible en: <http://www.issemym.gob.mx/>.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2012). [Archivo de datos]. Disponible en: <http://www.issste.gob.mx/index2.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). [Archivo de datos]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/default.aspx?>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2012). [Archivo de datos]. Disponible en: <http://www.inprf.org.mx/>
- Jiménez Tapia, A. & González-Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [versión electrónica], *Salud Mental*, 26 (6), 35-46.
- León-Portilla, M. (2003). *Herencia cultural en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lizárraga, D. (2012, 4 de enero). Oculta el gobierno cifra de muertos en la guerra contra el narcotráfico. *Animal político*. Obtenido en red el 5 de julio de 2012 en: <http://www.animalpolitico.com/2012/01/oculta-el-gobierno-cifra-de-muertos-en-la-guerra-contra-el-narco/>
- López Ramos, S. (2000). *Prensa, cuerpo y salud en el siglo XIX mexicano*. México: Centro de Estudios y Atención Psicológica, A.C.

- Miranda de la Torre, I., Cubillas, M., Román, R. & Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados, *Salud Mental*, 32 (6), 495-502.
- Morales, A. (2013, 3 de julio). Alianza cívica percibe irregularidades en elección. *el Universal*. Obtenido el 03 de julio de 2012.
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (2005). *Estudios sobre la OCDE sobre el sistema de salud México*. México: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
- Páramo, D. y Chávez-Hernández, A. (2007). Maltrato y suicidio Infantil en el estado de Guanajuato [versión electrónica], *Salud Mental*. 30(3), pp. 59-66.
- Pérez Barrero, S., A. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención [versión electrónica], *Revista Cubana de Medicina General e Integral*. 15 (2). 196-217.
- Petróleos Mexicanos. (2012). [Archivo de datos]. Disponible en: <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/>
- Polaino-Lorente, A., Doménech, E., García, A. & Ezpeleta, L. (1988). *Las depresiones infantiles*. España: Editorial Morata.
- Lozano Andrade, J., I. (2000). *Introducción a las ciencias sociales*. México: Plaza y Valdés.
- Ramírez, S. (1991). *Infancia es destino*. México: siglo XXI editores.
- Ravelo, R. (2011). *El narco en México*. México: Grijalbo Mondadori.
- Reveles, J. (2012). *Levantones, narcofosas y falsos positivos*. México: Grijalbo Mondadori.
- Samaniego de García, P. (2006). *Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica*. Madrid: Comité español de representantes de personas con discapacidad.
- Sánchez, R., Cáceres, H. y Gómez, D. (2002). Ideación suicida en adolescentes universitarios: prevalencia y factores asociados: *Biomédica*. 22, pp. 407-416.
- Sánchez Olvera, A. R. (2003). *La mujer mexicana en el umbral del siglo XXI*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez Parga, J. (2004). *Orfandades infantiles y adolescentes. Introducción a una sociología de la familia*. Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana.

- Sánchez, T. (2012, 27 de junio). Casi 50% de menores que trabajan no reciben ninguna remuneración. *La Jornada*. Recuperado el 27 de junio de 2012.
- Santin, G. (2010. 13 de diciembre). A pedir de boca / 1 de 2. *La Jornada de Oriente*. Recuperado el 10 de julio de 2012, de <http://www.lajornadadeoriente.com.mx/2010/12/13/puebla/santin12.php>.
- Secretaría de la Defensa Nacional. (2012). [Archivo de datos]. Disponible en: <http://www.sedena.gob.mx/index.php/sanidad-militar/unidad-de-especialidades-medicas>
- Soberanes, R. (2012, 05 de julio). El gobierno intenta “vetar” la ley de víctimas, dice movimiento por la paz. *CNN México*. Recuperado el 5 de julio de 2012 en: <http://mexico.cnn.com/nacional/2012/07/05/el-gobierno-intenta-vetar-la-ley-de-victimas-dice-movimiento-por-la-paz>
- Turati, M. (2012, 14 de mayo). Una marcha con 10 mil ausentes, reportaje especial. *Proceso*. Recuperado el 29 de junio de 2012 en <http://desaparecidosencoahuila.wordpress.com/2012/05/14/una-marcha-con-10-mil-ausentes/>
- Vargas Llosa, M. (2012). *La sociedad del espectáculo*. México: Ediciones Alfaguara.
- Vidal Villa, J.M. (2004). *Lecciones sobre capitalismo y desarrollo*. España: universidad de Barcelona.
- Wallerstein, I. (2003). *El capitalismo histórico*. México, D.F.: Editorial: Siglo veintiuno editores, S.A. de C.V.
- Wilkinson, T. (29 de julio de 2011). Poverty growing Mexico to nearly half the population, study finds. (Estudios encuentran, que crece la pobreza en México en cerca en de la mitas de la población). *Los Angeles Times*. Obtenido el 3 de Julio de 2012 en: <http://articles.latimes.com/2011/jul/29/world/la-fg-mexico-poverty-20110730>
- Zabludovsky, K. (30 de enero de 2012). Food crisis as drought and cold hit Mexico. (El frío y la sequía, traducido en crisis alimentaria golpea a México. *The New York Times*. Obtenido el 3 de Julio de 2012 en: <http://www.nytimes.com/2012/01/31/world/americas/drought-and-cold-snap-cause-food-crisis-in-northern-mexico.html>

A

N

E

X

O

Anexo No. 1



Aspectos generales de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011

Objetivo

La Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 tiene como propósito principal estimar las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas médicas e ilegales en dos grupos poblacionales: jóvenes entre 12 y 17 años de edad y adultos entre 18 y 65 años.

Diseño y tamaño de muestra

La ENA 2011 es una encuesta probabilística con representatividad nacional, para ocho regiones del país, y para los ámbitos urbano y rural, que permite realizar estimaciones para los jóvenes y adultos de entre 12 y 65 años.

Las regiones en la ENA 2011 se integran como se muestra en el cuadro I.

La muestra efectiva de la ENA está integrada por entrevistas completas en 15 571 hogares (83% del total seleccionado), y a 16 249 individuos, de los cuales 3 849 fueron adolescentes de entre 12 y 17 años, y 12 400 adultos de 18 a 65 años. Estos individuos representaron a los 13 437 575 adolescentes y 66 183 637 adultos estimados en el país para 2011 en esos intervalos de edad.

Región	Estados
Norcentral	Coahuila, Chihuahua, Durango
Noroccidental	Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa
Nororiental	Nuevo León, Tamaulipas, San Luis Potosí
Occidental	Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima, Nayarit
Centro	Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro, Guanajuato
Ciudad de México	Distrito Federal
Centro Sur	Veracruz, Oaxaca, Guerrero, Michoacán
Sur	Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas, Tabasco

Recolección de información

El periodo de levantamiento de la ENA 2011 fue entre el 1 de junio y el 29 de agosto de 2011, y ocurrió de forma simultánea en todo el país. Una vez seleccionadas las viviendas, se aplicó un cuestionario de hogar previo consentimiento informado y, dependiendo de la



composición del hogar, se aplicó el cuestionario sobre consumo de sustancias adictivas a un(a) joven (12-17 años) y un(a) adulto(a) (18-65 años).

Instrumentos y programación

Los cuestionarios se diseñaron tomando como base el cuestionario de la ENA 2008 y se programaron para su captura simultánea en una plataforma electrónica que fue instalada en computadoras portátiles para su aplicación a través de entrevistas cara a cara. Cada una de las aplicaciones se elaboró para incluir los pases y validaciones especificados por los responsables técnicos de los mismos. Se trata de instrumentos complejos, que requieren la aplicación de diversos filtros de acuerdo con la información que se va recabando.

Supervisión

La supervisión de la ENA 2011 se realizó en tres niveles. En primer lugar, el equipo operativo aseguró

un tramo de control de 4 a 1, es decir, un máximo de cuatro entrevistadores por supervisor. Los supervisores de campo observaron en forma directa hasta 20% de las entrevistas, y verificaron el 100% de la no respuesta. En segundo lugar se implementó con un equipo que reportó a nivel central del equipo operativo, a partir de la observación y de reentrevistas, para asegurar tanto la selección como los procedimientos operativos. En tercer lugar hubo una supervisión por parte del equipo responsable del diseño conceptual de la ENA. Finalmente, a través de un sistema en línea se dio seguimiento cotidiano al comportamiento de los indicadores operativos relevantes.

Contacto

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos de la ENA 2011, contactar al Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en info_ciee@insp.mx

Anexo No. 2

Salud Mental 2009;32:413-425

Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México

Guilherme Borges,¹ María Elena Medina-Mora,² Ricardo Orozco,³ Christiane Ouéda,⁴ Jorge Villatoro,¹ Clara Fleiz¹

Artículo original

SUMMARY

Introduction

Mexico has seen constant increases in the rate of completed suicide in the last decades, especially among youth. The Mexican population between 15-24 years of age is currently the most affected, with 28% of all suicides in 2007. In this context of increasing suicide mortality, the study of suicide-related behaviors, that is, suicidal ideation, plans, gestures and suicide attempts, has special relevance. All of these are immediate precursors to death by suicide and independent risk factors of subsequent suicide attempts and completed suicides. Episodes that do not result in death, can lead to serious, long-term consequences in one's physical health, as well as being an important cause of psychological suffering on the part of the individual and his/her family. Up until now, research in our country has emphasized the prevalence of lifetime suicidal behavior and its associated factors. However, the current (12-month) prevalences are indispensable in order to define the demographic profile and clinical needs, and to build risk profiles for immediate application by the clinics treating these individuals.

Objectives

To report the prevalence and sociodemographic characteristics of suicide-related behaviors in the past 12 months in a nationally representative sample of respondents from the *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)* of 2008.

Methods

Cross-sectional prevalence study which obtained data from a nationally-representative sample of 22 966 individuals, between the ages of 12 and 65, during 2008, who answered the section on suicidal behaviors. The response rate was 77%. Twelve-month prevalences of suicidality are reported according to different sociodemographic and economic factors. Multiple logistic regression models for odds ratios and 95% confidence intervals, corrected for the study design, are reported.

Results

We found the prevalence of any suicidal ideation to be 8.79% (ranging from 4.2 to 6.2%, depending on the question used), the prevalence of a suicide plan was 1.22%, and 0.79% of the sample reported to attempt suicide within the past 12 months, with the prevalence of suicide attempts that required medical attention being 0.13%. If we use the sample

weights to make estimations regarding the 75 million inhabitants of Mexico that the ENA 2008 represents, we estimate that 6 601 210 Mexicans experienced suicidal ideation in the past 12 months, 918 363 Mexicans planned suicide, a total of 593 600 individuals attempted suicide and 99 731 utilized medical services as a consequence of their attempt. We found that women, people who are not married or in a relationship, those with less education, younger age groups and the unemployed have, in general, a higher risk of exhibiting suicidal behavior. Some regions of the country, especially the southeast, were more affected, whereas individuals who live in rural areas consistently reported lower prevalences of the three suicidal behaviors.

Conclusion

The epidemiology of completed suicide in Mexico has changed within the last decades by a process that has been gradual but constant. The epidemiology of current suicidal behaviors shows that the problem is already at similar levels to other highly affected countries. Mexico needs immediately to dedicate much more efforts to detection, treatment and prevention of these behaviors to avoid further increases in suicidality and its consequences.

Key words: Suicide, suicide attempt, risk factors, epidemiology, survey, psychiatric disorder.

RESUMEN

Introducción

En las últimas décadas, México ha visto incrementos constantes en la tasa de suicidio consumado, especialmente entre la población joven. La población mexicana de entre 15 y 24 años de edad es hoy día de las más afectadas, con 28% de todos los suicidios en 2007. En este contexto de incremento de la mortalidad por suicidio cobra especial relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio. Todos éstos son precursores inmediatos de la muerte por suicidio y factores de riesgo independientes de intentos subsecuentes de suicidio y de suicidios consumados. Aun cuando estas conductas no lleven a la muerte, pueden acarrear consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y pueden constituir una importante causa de sufrimiento psicológico para el indivi-

¹ Investigadores de la Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

² Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

³ Subdirector de Evaluación de Servicios no Personales de la Salud de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud.

⁴ Directora de Investigaciones y Estudios sobre Juventud del Instituto Mexicano de la Juventud.

Correspondencia: Dr. Guilherme Borges. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370, México D.F. tel.: (52 55) 5573-1178; fax (52 55) 5513-3446, e-mail: guibor@imp.edu.mx

Recibido: 12 de marzo de 2009. Aceptado: 1 de abril de 2009.

duo y sus familiares. Hasta ahora, las investigaciones en nuestro país han enfatizado el conocimiento de la prevalencia y los factores asociados con la conducta suicida alguna vez en la vida. Las prevalencias actuales (últimos 12 meses) son, sin embargo, indispensables para definir el perfil demográfico y las necesidades clínicas de atención, y para elaborar perfiles de riesgo de aplicación inmediata para el clínico tratante de estos sujetos.

Objetivos

En este trabajo reportamos las prevalencias y el perfil sociodemográfico de las conductas relacionadas con el suicidio en los últimos 12 meses en una muestra representativa de la población nacional. Para hacerlo se utilizó la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del 2008.

Métodos

Encuesta transversal de prevalencia que obtuvo datos de una muestra representativa de 22 966 miembros de la población nacional, de edades entre los 12 y 65 años, durante el año de 2008, que contestaron la sección de conductas suicidas. La tasa de no respuesta de la ENA 2008 fue de 77%. Se reportan las prevalencias de los eventos relacionados con el suicidio en los últimos 12 meses por diferentes factores sociodemográficos y económicos. Se reportan modelos de regresión logística múltiple con razones de momios y los intervalos de confianza a 95%, que se han corregido por los efectos del diseño de estudio.

Resultados

Encontramos una prevalencia de cualquier ideación suicida de 8.79% (con variaciones de 4.2 a 6.2%, dependiendo de la pregunta utiliza-

da). La prevalencia de plan suicida fue de 1.22% y 0.79% de la muestra reportó que intentó suicidarse en los últimos 12 meses. La prevalencia de intentos de suicidio que requirieron atención médica fue de 0.13%. Si utilizamos los ponderadores muestrales para hacer estimaciones hacia los 75 millones de habitantes de la República Mexicana que representa la ENA 2008, tenemos que 6 601 210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918 363 mexicanos planearon suicidarse, un total de 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. Encontramos que las mujeres, las personas que no están casadas o en unión libre, las de menor escolaridad, los grupos más jóvenes y los subempleados tienen, en general, riesgos más elevados de presentar conducta suicida. Algunas áreas del país, en particular el sureste, se vieron más afectadas, mientras que las personas que viven en áreas rurales reportaron consistentemente menores prevalencias de las tres conductas suicidas.

Conclusión

La epidemiología del suicidio consumado en México ha cambiado en las últimas décadas, en un proceso paulatino pero constante. La epidemiología de la conducta suicida actual muestra que el problema ha alcanzado ya dimensiones similares a otros países tradicionalmente afectados. México necesita dedicar ya mayores esfuerzos a la detección, tratamiento y prevención de estas conductas para evitar futuros incrementos en la conducta suicida y en sus consecuencias.

Palabras clave: Suicidio, intento de suicidio, factores de riesgo, epidemiología, encuesta, trastorno psiquiátrico.

INTRODUCCIÓN

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificó a la violencia auto infligida como uno de los padecimientos sustanciales que deben enfrentar las sociedades modernas.¹ Dicho informe muestra en forma sucinta que las tasas de suicidio consumado en México son de las más bajas en el mundo (la tercera más baja en las Américas). Sin embargo, la misma OMS había mostrado en su informe previo de 2001 que México mostraba un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años. En una comparación internacional, México fue el sexto país con tasas de crecimiento más altas para el suicidio en el periodo 1980-1999, con un crecimiento de 90.3% en los hombres y de 25.0% en las mujeres.² El incremento del suicidio entre 1990 y 2000 fue de 150% para los mexicanos entre los 5-14 años y de 74% para aquéllos entre los 15-24 años, lo que representa el incremento más grande entre 28 países investigados.³ La población mexicana de 15-24 años de edad es hoy día de las más afectadas, con 28% de todos los suicidios en 2007.⁴ En los grupos de jóvenes, el suicidio es ya una de las 10 principales causas de muerte: en 2007, el suicidio fue la octava causa de muerte para el grupo de varones de entre cinco a 14 años de edad y la décima para las mujeres de este mismo grupo de edad; la cuarta causa para el grupo de varones entre 15 a 19 y la segunda causa para las mujeres de este mismo grupo de edad.⁴

En este contexto de incremento de la mortalidad por suicidio cobra especial relevancia el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio, es decir, la ideación suicida, los planes, los gestos y los intentos de suicidio.⁵ Todos éstos son precursores inmediatos de la muerte por suicidio y factores de riesgo independientes de intentos subsecuentes de suicidio y de suicidios consumados.⁶ Aun cuando no lleven a la muerte, estas conductas pueden acarrear consecuencias graves y de largo alcance para la salud física, y constituir una importante causa de sufrimiento psicológico para el individuo y sus familiares. Por último, los datos sobre las conductas relacionadas con el suicidio son necesarios para la planificación de políticas nacionales y locales, así como para la evaluación de los esfuerzos llevados a cabo para reducir las tasas de suicidio consumado.⁷

En México tenemos ya una experiencia considerable en el estudio de las conductas relacionadas con el suicidio,⁸ y la primera década del siglo ha visto nuevos esfuerzos importantes en el área.⁹ De especial relevancia para planear intervenciones en el área resultan dos estudios previos en muestras representativas de la población mexicana: el primero de ellos en población adulta nacional¹⁰ y el segundo en una muestra representativa de adolescentes de la región metropolitana del Distrito Federal.¹¹ Estos estudios, enfocados a las prevalencias alguna vez en la vida de las conductas suicidas, mostraron que un trastorno mental incrementaba aproximadamente cinco veces la probabilidad de ocurrencia de la ideación suicida, y aproximada-

Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida

mente 10 veces la ocurrencia, ya sea de un plan o de un intento de suicidio. Poco más de 50% de las personas adultas que han intentado suicidarse utilizaron alguna vez un servicio de salud para tratar sus problemas emocionales y de abuso de sustancias. La investigación entre adolescentes del área metropolitana de la Ciudad de México muestra de igual manera la importancia de los trastornos mentales en las conductas relacionadas con el suicidio.

Aun cuando nos han permitido tener una mejor panorámica de la importancia y los principales factores de riesgo de las conductas relacionadas con el suicidio en muestras de la población general de México, las investigaciones anteriores se han enfocado en describir los factores asociados con las prevalencias alguna vez en la vida. Si bien estos trabajos se han llevado a cabo en muestras de tamaño adecuado para sus propósitos, no han sido suficientemente grandes como para reportar y analizar las prevalencias actuales (en los últimos 12 meses) de estas conductas. Las prevalencias actuales son sin embargo indispensables para definir el perfil demográfico y las necesidades clínicas de atención, y para elaborar perfiles de riesgo de aplicación inmediata por parte del clínico tratante de estos sujetos.¹² Además, hasta ahora carecemos de estimaciones de estas conductas que incluyan áreas rurales de nuestro país y que nos permitan reunir, en una sola investigación, estimaciones conjuntas para adolescentes y adultos.

En este trabajo reportamos las prevalencias y el perfil sociodemográfico de las conductas relacionadas con el suicidio en los últimos 12 meses en la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA),¹³ que obtuvo datos de una muestra representativa de la población nacional, de edades entre los 12 y 65 años, durante 2008.

MÉTODO

Muestra

La Encuesta Nacional de Adicciones 2008¹³ se basó en un diseño muestral aleatorio, probabilístico y polietápico, y consideró el estudio de un total de 50 688 viviendas en todo el país. La información se obtuvo mediante entrevista directa, en versión computarizada, en el hogar, a un adulto de entre 18 y 65 años y a un adolescente de entre 12 y 17 años.

La ENA 2008 es una encuesta de hogares con representatividad nacional y estatal, en la que se encuentran representadas poblaciones rurales —aquellas con un número de habitantes menor o igual a 2500— y urbanas —aquellas con más de 2500 habitantes. La selección de las unidades muestrales se realizó en múltiples etapas: áreas geostatísticas básicas (AGEB), manzanas o segmentos, viviendas y, finalmente, personas dentro de los hogares. La selección de viviendas se hizo a partir de los croquis y listados elaborados en campo por medio de una técnica de

muestreo aleatorio sistemático. No se incluyeron viviendas colectivas como instalaciones militares, cárceles, conventos, hoteles o asilos.

El trabajo de campo de la ENA se llevó a cabo desde abril hasta octubre de 2008. Se implementó de forma simultánea en las 32 entidades federativas, con equipos integrados por un coordinador estatal, un supervisor y un grupo de encuestadores. Para cada vivienda seleccionada, se programaron hasta cuatro visitas, en que se incluyeron horarios especiales (antes de las 8 am o después de las 8 pm) y fines de semana. La aplicación informática de la encuesta se programó para realizar una selección aleatoria del individuo o de los individuos por entrevistar a partir del listado de integrantes obtenido en el cuestionario básico de hogar. La tasa de no respuesta de la ENA 2008 fue de 77%. El tamaño muestral final de la ENA 2008 fue de 51 227 entrevistas totalizadas. Todas las personas entrevistadas en la ENA 2008 contestaron doce secciones centrales de la encuesta, que incluyó, entre otras, una batería de preguntas sociodemográficas, así como las secciones de consumo de tabaco, alcohol y drogas. Además de contestar las 12 secciones anteriores, una submuestra de 22 966 individuos contestó también una serie de preguntas adicionales, incluida la sección de conducta suicida (entrevista larga). Estos 22 966 sujetos son el tema del presente trabajo.

Mediciones

Conductas relacionadas con el suicidio. Una sección completa de la entrevista estructurada evalúa las conductas relacionadas con el suicidio en los últimos 12 meses. Esta sección estuvo basada en trabajos previos llevados a cabo en muestras representativas nacionales de población adulta¹⁰ y en una muestra representativa de adolescentes de la región metropolitana del Distrito Federal.¹¹ Existen puntos específicos que indagan acerca de la ideación suicida en tres preguntas: «¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?», «¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?» y finalmente «¿Ha pensado que vale más morir que vivir?». A partir de estas tres preguntas creamos una variable compuesta, es decir, prevalencia de cualquier ideación suicida en los últimos 12 meses; plan suicida: «¿Ha hecho un plan para quitarse la vida?»; finalmente intento suicida: «¿Ha intentado quitarse la vida?».

Si el reactivo sobre intento de suicidio resultaba positivo, se formulaba otra pregunta sobre el grado de intención de morir del participante como resultado de ese comportamiento («Hice un intento muy serio para matarme sólo que la suerte hizo que no lo lograra [1]; Intenté matarme, pero sabía que el método podía fallar [2]; Mi intento fue una petición de ayuda, no quería morirme [3]»). Aquellos que reportaron algún grado (no cero) de intención de morir (opciones 1 y 2) se consideraron, en nuestro análisis, como si hubieran llevado a cabo un intento serio de suicidio. A su

Borges et al.

Cuadro 1. Prevalencia de pensamiento, plan e intento suicidas en los últimos 12 meses, ENA 2008 (n=22,962)

Sociodemográficos	Ideaación								
	Ideaación 1*			Ideaación 2**			Ideaación 3***		
	n	Prev (%)	IC 95%	n	Prev (%)	IC 95%	n	Prev (%)	IC 95%
Edad									
12-14	181	5.22	(4.41 - 6.16)	201	6.16	(4.84 - 7.81)	129	3.89	(3.10 - 4.87)
15-17	214	7.59	(5.70 - 10.1)	233	8.00	(6.14 - 10.4)	156	5.79	(4.21 - 7.90)
18-24	224	6.47	(5.44 - 7.67)	217	6.94	(6.02 - 8.00)	140	3.84	(3.00 - 4.91)
25-29	133	5.11	(4.02 - 6.47)	128	5.42	(4.19 - 6.99)	89	3.75	(2.82 - 4.98)
30+	720	6.01	(5.38 - 6.71)	710	5.88	(5.25 - 6.58)	522	4.22	(3.71 - 4.80)
Sexo									
Hombre	493	4.38	(3.83 - 5.00)	473	4.33	(3.75 - 4.98)	318	2.82	(2.38 - 3.33)
Mujer	979	7.56	(6.89 - 8.30)	1016	7.95	(7.19 - 8.79)	718	5.46	(4.88 - 6.10)
Escolaridad máxima									
Ninguna	92	9.46	(6.75 - 13.1)	83	8.80	(5.96 - 12.8)	64	6.91	(4.51 - 10.4)
Primaria incompleta	243	7.03	(5.99 - 8.23)	234	6.37	(5.25 - 7.72)	184	5.17	(4.16 - 6.42)
Primaria completa	282	6.72	(5.77 - 7.81)	274	7.07	(5.61 - 8.87)	217	5.40	(4.46 - 6.53)
Secundaria	523	5.83	(5.11 - 6.65)	555	6.03	(5.32 - 6.83)	367	4.09	(3.54 - 4.72)
Bachillerato	242	5.68	(4.56 - 7.06)	265	6.71	(5.18 - 8.66)	153	3.29	(2.37 - 4.55)
Licenciatura o más	90	3.71	(2.67 - 5.14)	78	3.33	(2.51 - 4.39)	51	1.91	(1.31 - 2.79)
Estado civil									
Casado / unión libre	654	5.58	(4.98 - 6.24)	616	5.41	(4.85 - 6.03)	443	3.95	(3.48 - 4.49)
Separado / divorciado	117	8.95	(6.45 - 12.3)	122	10.53	(7.88 - 13.9)	95	7.11	(4.97 - 10.1)
Viudo	58	11.12	(7.07 - 17.1)	58	8.45	(5.36 - 13.1)	49	7.17	(4.35 - 11.6)
Soltero	643	6.17	(5.45 - 6.98)	693	6.87	(5.97 - 7.89)	449	4.13	(3.43 - 4.95)
Religión									
Católico	1203	6.08	(5.54 - 6.67)	1207	6.13	(5.54 - 6.79)	840	4.15	(3.71 - 4.63)
Protestante/evangélico /cristiano	127	4.27	(3.39 - 5.37)	149	5.52	(4.53 - 6.71)	100	3.88	(3.05 - 4.93)
Otra / ninguna	142	8.27	(6.62 - 10.3)	133	8.64	(6.71 - 11.1)	96	5.46	(4.19 - 7.10)
Totales	1472	6.05	(5.56 - 6.58)	1489	6.23	(5.70 - 6.82)	1036	4.20	(3.83 - 4.61)

* Ideaación 1 «¿ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?»; ** Ideaación 2 «¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de

vez, quienes reportaron su conducta como «Una llamada de auxilio, no pretendía morir», se consideraron como si hubieran realizado un gesto suicida. Estas definiciones son consistentes con el consenso de expertos y con las investigaciones que se han realizado sobre el tema en la actualidad.⁵⁻¹⁴ Los participantes que resultaron positivos en «intento de suicidio» (ya sea intento serio de suicidio o gesto suicida) proporcionaron información adicional acerca del número de tales episodios, el o los métodos de lesión auto infligida utilizados (se indaga sobre 11 métodos diferentes) y si necesitaron atención médica debido a esa conducta.

Factores sociodemográficos. La ENA 2008 incluye características demográficas estándar como sexo, edad, estado civil, religión, años de educación, uso de idioma indígena, ingreso familiar, ocupación habitual y estado laboral actual. Con una serie de características del hogar se construyó un índice de condiciones de vivienda (INCOVI), formado por el grado de hacinamiento, el tipo de piso, la disponibilidad de agua potable y la forma de eliminación de excretas en la vivienda. Con este INCOVI se crearon dos índices de nivel socioeconómico, cada uno dividido en terciles: el primero se determinó agregando la escolaridad del jefe de familia al INCOVI,¹⁵ y el segundo consideró, además de lo anterior, el ingreso mensual familiar. Por otro

lado, había también una serie de preguntas sobre lugar de nacimiento, lugar donde se socializó el sujeto y experiencia migratoria al interior de la República.

Para los fines de este trabajo, se agrupó al país en seis regiones:

1. Áreas metropolitanas. Incluye las tres zonas metropolitanas más grandes del país, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI): Ciudad de México (AMCM), Guadalajara (AMG) y Monterrey (AMM).¹⁶
2. Noroeste. Incluye los Estados de Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora.
3. Norte. Incluye los Estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León (excluyendo AMM), San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas.
4. Centro-oeste. Incluye los Estados de Aguascalientes, Jalisco (excluyendo AMG), Colima, Guanajuato y Michoacán.
5. Centro-este. Incluye los Estados de Guerrero, Morelos, Estado de México (excluyendo AMCM), Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla.
6. Sureste. Incluye los Estados de Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida

Ideaación								
Ideaación (cualquiera de las tres)			Plan			Intento		
n	Prev (%)	IC 95%	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%
299	9.19	(7.78 - 10.8)	42	1.02	(0.65 - 1.60)	38	0.73	(0.50 - 1.05)
321	10.89	(8.78 - 13.4)	45	1.38	(0.91 - 2.08)	43	1.47	(0.89 - 2.42)
303	9.40	(8.11 - 10.9)	55	1.32	(0.92 - 1.87)	41	1.14	(0.77 - 1.69)
190	7.71	(6.22 - 9.53)	27	1.14	(0.75 - 1.73)	17	0.53	(0.34 - 0.84)
998	8.39	(7.72 - 9.11)	143	1.22	(0.94 - 1.57)	86	0.62	(0.49 - 0.80)
718	6.47	(5.81 - 7.20)	103	0.88	(0.67 - 1.16)	63	0.51	(0.37 - 0.69)
1393	10.88	(9.97 - 11.9)	209	1.53	(1.26 - 1.86)	162	1.04	(0.86 - 1.26)
122	12.64	(9.29 - 17.0)	20	2.54	(1.34 - 4.76)	15	1.13	(0.61 - 2.08)
338	9.34	(8.19 - 10.6)	61	1.75	(1.13 - 2.69)	39	0.75	(0.47 - 1.19)
413	10.35	(8.96 - 11.9)	61	1.52	(1.02 - 2.26)	50	1.08	(0.71 - 1.65)
776	8.70	(7.87 - 9.61)	104	1.13	(0.84 - 1.52)	85	0.92	(0.70 - 1.22)
346	8.44	(6.95 - 10.2)	46	0.82	(0.55 - 1.22)	28	0.60	(0.36 - 0.99)
116	4.77	(3.64 - 6.23)	20	0.56	(0.30 - 1.03)	8	0.15	(0.07 - 0.32)
904	7.90	(7.34 - 8.50)	130	1.20	(0.95 - 1.52)	85	0.67	(0.53 - 0.86)
161	13.19	(10.3 - 16.7)	26	1.59	(0.84 - 2.98)	20	1.89	(0.89 - 3.99)
77	14.49	(10.9 - 19.1)	14	1.38	(0.61 - 3.11)	6	0.76	(0.21 - 2.74)
969	9.32	(8.35 - 10.4)	142	1.21	(0.94 - 1.55)	114	0.85	(0.66 - 1.09)
1717	8.72	(8.11 - 9.37)	249	1.17	(0.96 - 1.42)	167	0.66	(0.54 - 0.81)
206	7.33	(6.20 - 8.65)	24	0.91	(0.53 - 1.56)	27	1.10	(0.59 - 2.06)
188	11.86	(9.48 - 14.7)	39	2.43	(1.72 - 3.42)	31	2.13	(1.46 - 3.11)
2111	8.79	(8.21 - 9.40)	312	1.22	(1.04 - 1.44)	225	0.79	(0.68 - 0.92)

existir?»; *** Ideaación 3 «¿Ha pensado que vale más morir que vivir?»

Análisis

Se llevó a cabo una post estratificación para la población mexicana de acuerdo con el conteo de la población del año 2005, tomando en cuenta la distribución por sexo y grupos de edad. Dos ponderadores (peso parte 1 para el total de la muestra y peso parte 2 para la entrevista larga) se desarrollaron para el análisis de datos. Como resultado del complejo proceso de diseño muestral y de generación de pesos, se deben corregir los errores estándar de las proporciones (prevalencia de 12 meses), y en este trabajo se calcularon por medio del método de linearización de Taylor, utilizando el paquete estadístico SUDAAN.¹⁷ Para los modelos de regresión logística múltiple, reportamos las razones de momios (OR) y los intervalos de confianza (IC) a 95%, de acuerdo con Hosmer y Lemeshow.¹⁸ Estos OR e IC se han corregido para los efectos del diseño del estudio utilizando el mismo paquete SUDAAN.

RESULTADOS

El cuadro 1 presenta las prevalencias en los últimos 12 meses para las tres preguntas sobre ideaación suicida, para la pre-

sencia de cualquier ideaación suicida y para el plan e intento de suicidio según variables demográficas básicas. En total, las prevalencias de ideaación suicida fueron de 6.05% («¿Ha experimentado la sensación de que no vale la pena vivir?»), de 6.23% («¿Ha vivido situaciones ante las que ha deseado dejar de existir?») y de 4.20% («¿Ha pensado que vale más morir que vivir?»). El 8.79% de la muestra presentó cualquier ideaación suicida. Finalmente, la prevalencia de plan suicida fue de 1.22%, y 0.79% de la muestra intentó suicidarse en los últimos 12 meses. La prevalencia de cualquier ideaación, plan e intento es baja en el grupo de los más jóvenes (12-14 años), se incrementa para el grupo de 15-17 años, baja en el grupo de edad de los 18-24, aunque son más altas que en el grupo de 12-14 años, y sigue bajando en los dos siguientes grupos de edad. Las mujeres presentaron mayores prevalencias de ideaación, plan e intento. Con respecto a la escolaridad, con algunas excepciones, encontramos una tendencia inversa entre nivel educativo y la prevalencia de ideaación y conducta suicida: los extremos de los niveles educativos presentan los valores más extremos de las prevalencias. Así, en las que reportaron «ninguna» escolaridad siempre presentan prevalencias mucho más elevadas que el extremo superior («licenciatura o más»). Las personas «casadas/unión libre» presentan

Borges et al.

Cuadro 2. Prevalencia de ideación, plan e intento suicidas por variables sociodemográficas, últimos 12 meses, ENA, 2008 (n=22 962)

Sociodemográficos	Ideación*			Plan			Intento		
	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%
Aprendió a hablar o habla leng. ind.									
No	1971	8.92	(8.30 - 9.58)	296	1.23	(1.03 - 1.46)	212	0.79	(0.68 - 0.92)
Sí	140	7.10	(5.67 - 8.87)	16	1.16	(0.53 - 2.50)	13	0.79	(0.35 - 1.76)
Localidad rural									
No	1664	9.23	(8.54 - 9.96)	249	1.31	(1.09 - 1.57)	186	0.84	(0.71 - 0.99)
Sí	447	7.11	(6.15 - 8.21)	63	0.89	(0.66 - 1.21)	39	0.59	(0.37 - 0.94)
Región del país en que vive									
Zona metropolitana	259	9.68	(8.45 - 11.1)	33	1.06	(0.67 - 1.68)	21	0.53	(0.43 - 0.66)
Noroeste	236	7.18	(5.44 - 9.42)	33	0.85	(0.45 - 1.62)	25	0.72	(0.57 - 0.91)
Norte	391	8.78	(7.49 - 10.3)	66	1.41	(0.97 - 2.05)	50	1.22	(0.75 - 1.99)
Centro oeste	229	8.38	(7.21 - 9.73)	34	1.12	(0.79 - 1.60)	29	0.83	(0.69 - 1.01)
Centro este	497	8.63	(7.42 - 10.0)	58	1.01	(0.72 - 1.42)	38	0.65	(0.44 - 0.95)
Sureste	499	8.74	(7.56 - 10.1)	88	1.74	(1.33 - 2.28)	62	0.98	(0.68 - 1.41)
Socialización									
Gran urbe	354	9.19	(7.97 - 10.6)	54	1.24	(0.85 - 1.79)	38	0.74	(0.53 - 1.04)
Ciudad	920	8.98	(8.15 - 9.89)	122	1.10	(0.83 - 1.46)	104	0.89	(0.66 - 1.19)
Poblado / rancho	829	8.24	(7.44 - 9.10)	133	1.24	(0.97 - 1.58)	82	0.72	(0.53 - 0.97)
Migración interna									
Originario	1461	8.43	(7.83 - 9.07)	209	1.12	(0.93 - 1.34)	162	0.76	(0.62 - 0.93)
Migrante antiguo (> 2 años)	586	9.25	(8.33 - 10.3)	92	1.47	(1.09 - 1.99)	57	0.87	(0.61 - 1.25)
Migrante reciente (< 2 años)	64	18.79	(11.4 - 29.4)	11	2.17	(0.92 - 5.04)	6	0.98	(0.32 - 3.00)
Migración / socialización									
orig. gran urbe	203	8.44	(7.00 - 10.1)	28	0.98	(0.56 - 1.68)	21	0.61	(0.42 - 0.90)
orig. ciudad	621	8.86	(7.94 - 9.88)	83	1.03	(0.75 - 1.40)	77	0.84	(0.60 - 1.18)
orig. pob/rancho	631	7.93	(7.21 - 8.72)	95	1.16	(0.88 - 1.52)	63	0.75	(0.55 - 1.04)
mig.>(2a) vivió en gran urbe	129	8.92	(7.70 - 10.3)	25	1.81	(0.98 - 3.31)	16	1.00	(0.48 - 2.07)
mig.>(2a) que vivió en ciudad o pob/rancho	455	9.40	(8.14 - 10.8)	67	1.32	(0.93 - 1.86)	41	0.82	(0.51 - 1.31)
mig.<(2a) vivió gran urbe	22	36.04	(19.5 - 56.8)	1	0.90	(0.11 - 6.68)	1	0.90	(0.11 - 6.68)
mig.<(2a) vivió ciudad o pob/ran	42	9.12	(5.95 - 13.7)	10	2.92	(1.17 - 7.12)	5	1.04	(0.28 - 3.81)
Total	2111	8.79	(8.21 - 9.40)	312	1.22	(1.04 - 1.44)	225	0.79	(0.68 - 0.92)

* Cualquier ideación.

las prevalencias más bajas y los «separados/divorciados», las más elevadas. Las personas que manifestaron «otra religión/ninguna» presentaron las prevalencias más elevadas, y los «católicos», las prevalencias más bajas de intento, pero los «protestantes/evangélicos/cristianos», las más bajas de ideación y plan suicida.

La distribución de la conducta suicida por uso de lengua indígena y las variables de tipo geográfico se presentan en el cuadro 2. Las personas que reportan uso de lengua indígena tienen prevalencias menores de ideación y plan suicida e igual prevalencia de intento suicida que aquellas que no lo reportan. Las localidades rurales presentan prevalencias más bajas de todas las conductas suicidas. Con respecto a la distribución en seis grandes regiones del país, las zonas metropolitanas mostraron las prevalencias más elevadas para ideación suicida, la región sureste, para plan, y la región norte, para intentos de suicidio. No se encontraron tendencias claras en las prevalencias por tamaño de ciudad en donde se socializó el sujeto. Sin embargo, aquellas personas que han migrado recientemente de un estado a otro al interior de la Repú-

blica (menos de dos años) presentaron consistentemente prevalencias más elevadas de conducta suicida. El mapa muestra la distribución de la ideación y los planes e intentos de suicidio por región de la República. Dadas las bajas prevalencias de plan e intento de suicidio en los últimos 12 meses, el desglose de la información por Estado de la República debe ser tomado con cautela. Por este motivo, presentamos esta información únicamente como un anexo (anexo 1). Con estas limitaciones en mente, vemos que la prevalencia más elevada de intento de suicidio se observa en Chihuahua (2.40%), seguida por Michoacán (1.84%) y Tabasco (1.79%). A su vez, los lugares de prevalencia más baja son Guanajuato (0.21%), Tlaxcala (0.28%) y Jalisco (0.31%).

En el cuadro 3 se puede observar cómo diferentes variables de disponibilidad de recursos económicos se relacionan con las prevalencias de conducta suicida. En general, los niveles más bajos de disponibilidad de recursos muestran las prevalencias más elevadas de conducta suicida. Por ejemplo, los que trabajaron en los últimos 30 días, los desempleados, los que perciben muy bajos ingresos y los

Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida



Región geográfica	Ideación suicida %	Plan suicida %	Intento suicida %
R. Noroeste	7.2	0.9	0.7
R. Norte	8.8	1.4	1.2
R. Centro-oeste	8.4	1.1	0.8
R. Centro-este	8.6	1.0	0.7
R Sureste	8.7	1.7	1.0
Z. Metropolitanas	9.7	1.1	0.5

que tienen peores condiciones de vivienda presentan mayores prevalencias de ideación, plan e intento de suicidio.

Un análisis detallado de los 225 casos de intento de suicidio se presenta en el cuadro 4. Como se puede observar, la prevalencia de casos serios de intento de suicidio y de gesto suicida fue muy similar. En la población, la prevalencia de intentos que llegaron a servicios médicos fue de 0.13% (o dicho de otra forma, 16.8% del total de intentos). Por lo tanto, la mayoría de los intentos no tuvieron consecuencias médicas inmediatas. La gran mayoría de los intentos en los últimos 12 meses fueron, de hecho, reintentos de suicidio (77.36%). Asimismo, el método con la prevalencia más elevada fue la sobredosis o envenenamiento, pero el uso de armas de fuego o armas blancas fue también de los medios más utilizados. Entre los sujetos con intento de suicidio, pocas variables distinguen aquéllos con intentos serios de aquéllos con gesto suicida. Las personas con mayores ingresos, las de nivel socioeconómico alto y los migrantes recientes tienden a reportar mayores porcentajes de intentos serios.

En el cuadro 5 presentamos un modelo de regresión logística múltiple que incorpora las principales variables de los cuadros 1-3; se trató de no incluir variables que pudieran ser redundantes. De acuerdo con estos resultados, las mujeres, las personas que no están casadas, las que tienen escolaridades más bajas que licenciatura y los migrantes recientes tienen riesgos más elevados de ideación suicida,

mientras que las que viven en áreas rurales tienen riesgos más bajos. Las mujeres, las personas que tienen escolaridades más bajas que licenciatura, los subempleados y los habitantes de la región sureste tienen riesgos más elevados de plan suicida, mientras que las personas que viven en áreas rurales y que reportaron «otras» ocupaciones tienen riesgos más bajos. Para el intento de suicidio, las personas de edades entre los 15-24 años, las mujeres, las que tienen escolaridades más bajas que licenciatura, los subempleados y los habitantes de las regiones noroeste, norte y sureste tienen riesgos más elevados, mientras que, al igual que con la ideación y el plan, las personas que viven en áreas rurales tienen riesgos más bajos.

DISCUSIÓN

Reportamos aquí por primera vez datos sobre la prevalencia actual (12 meses) de las conductas suicidas en una muestra nacional que incluye población urbana y rural de entre 12 y 65 años. Encontramos una prevalencia de cualquier ideación suicida de 8.79% (con variaciones de 4.2 hasta 6.2%, dependiendo de la pregunta utilizada), la prevalencia de plan suicida fue de 1.22%, y 0.79% de la muestra intentó suicidarse en los últimos 12 meses. La prevalencia de intentos de suicidio que requirieron atención médica fue de 0.13%. Si utilizamos los ponderadores muestrales para hacer estimaciones hacia los 75 millones de habitantes de la República Mexicana que representa la ENA 2008, tenemos que 6 601 210 mexicanos tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918 363 mexicanos planearon suicidio, un total de 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio. Dada la característica estigmatizante de la conducta suicida, es probable que estas prevalencias sean subestimaciones. Los intentos de suicidio que encontramos se calificaron casi igualmente como intentos serios y gestos, y no fueron, en gran medida, un primer intento. Sólo una minoría requirió atención médica. Los métodos más utilizados fueron sobredosis y armas de fuego/blanca. Lo último se puede contrastar con la epidemiología del suicidio consumado en México, donde son mucho más comunes los casos por ahogamiento/estrangulación. La estimación previa más comparable de las conductas suicidas que hay disponible en la bibliografía nacional es la de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica,¹⁰ la cual reportó una prevalencia de 2.3% para la ideación suicida, de 1.0% para plan suicida y de 0.6% para intentos de suicidio en los últimos 12 meses.¹⁰ Con excepción de la ideación suicida, que tuvo una prevalencia más alta en la ENA 2008, las demás prevalencias son similares, teniendo en cuenta la diferencia del rango de edad de las dos encuestas y la presencia de población rural en la ENA 2008. La explicación más plausible para la diferencia de prevalencia de la

Borges et al.

Cuadro 3. Prevalencia de ideación, plan e intento suicidas por variables sociodemográficas, últimos 12 meses, ENA, 2008 (n=22 962)

Sociodemográficos	Ideación			Plan			Intento		
	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%
Estudia actualmente									
No	1564	8.70	(8.10 - 9.33)	241	1.28	(1.06 - 1.55)	165	0.80	(0.67 - 0.95)
Sí	547	9.14	(7.95 - 10.5)	71	1.00	(0.72 - 1.38)	60	0.76	(0.52 - 1.12)
Trabajó en los últimos 30 días									
No	1160	9.87	(8.85 - 11.0)	166	1.28	(1.04 - 1.58)	130	0.91	(0.71 - 1.17)
Sí	951	7.82	(7.22 - 8.47)	146	1.17	(0.94 - 1.45)	95	0.68	(0.54 - 0.87)
Ocupación habitual									
Profesionista/propietario	168	6.05	(4.24 - 8.56)	27	0.85	(0.53 - 1.36)	17	0.35	(0.20 - 0.61)
Maestro/empleado	226	8.17	(6.74 - 9.86)	21	0.87	(0.54 - 1.40)	19	0.71	(0.42 - 1.19)
Obrero	572	8.78	(7.87 - 9.78)	89	1.31	(0.92 - 1.86)	62	0.80	(0.54 - 1.20)
Agricultor/campesino	179	6.61	(5.19 - 8.38)	20	0.90	(0.38 - 2.13)	17	0.53	(0.26 - 1.08)
Subempleado	151	11.70	(8.71 - 15.5)	37	2.96	(1.99 - 4.39)	20	1.50	(0.87 - 2.58)
Estudiante	366	9.54	(7.86 - 11.5)	52	1.04	(0.72 - 1.49)	40	0.70	(0.49 - 1.02)
Ama de casa	429	10.73	(9.41 - 12.2)	62	1.37	(0.95 - 1.99)	49	1.11	(0.73 - 1.69)
Otro	20	6.26	(3.13 - 12.1)	4	0.44	(0.15 - 1.32)	1	0.12	(0.02 - 0.91)
Seguro médico									
Sí, obligatorio	686	7.88	(6.83 - 9.07)	98	1.04	(0.75 - 1.44)	75	0.79	(0.55 - 1.13)
Sí, voluntario	390	9.79	(8.35 - 11.5)	63	1.64	(1.05 - 2.56)	56	1.23	(0.86 - 1.75)
Ninguno	1035	9.19	(8.43 - 10.0)	151	1.24	(1.03 - 1.50)	94	0.67	(0.53 - 0.85)
Ingreso mensual familiar									
< 1 sm	296	9.52	(8.11 - 11.2)	52	1.43	(0.96 - 2.14)	41	1.03	(0.72 - 1.48)
1-2 sm	796	9.50	(8.56 - 10.5)	109	1.35	(1.02 - 1.77)	84	0.84	(0.66 - 1.07)
2-6 sm	672	8.29	(7.28 - 9.42)	91	1.02	(0.77 - 1.35)	64	0.70	(0.54 - 0.91)
> 6 sm	128	6.94	(5.54 - 8.67)	24	1.18	(0.80 - 1.74)	12	0.55	(0.27 - 1.11)
Ingreso del hogar*									
< 1 sm	270	8.41	(6.94 - 10.2)	47	1.31	(0.88 - 1.95)	38	0.90	(0.65 - 1.24)
1-2 sm	813	9.11	(8.10 - 10.2)	108	1.07	(0.81 - 1.40)	77	0.68	(0.51 - 0.92)
2-6 sm	724	9.05	(8.21 - 9.95)	107	1.35	(1.06 - 1.72)	80	0.95	(0.76 - 1.20)
> 6 sm	138	7.76	(5.98 - 10.0)	22	1.20	(0.67 - 2.14)	11	0.39	(0.16 - 0.96)
Hacinamiento									
4+ habitantes por cuarto	126	11.04	(8.54 - 14.2)	18	1.48	(0.80 - 2.71)	13	1.02	(0.47 - 2.19)
2-3 habitantes por cuarto	689	9.19	(8.06 - 10.4)	96	1.31	(0.96 - 1.78)	78	0.90	(0.65 - 1.24)
1 habitante por cuarto	1296	8.36	(7.53 - 9.28)	198	1.15	(0.90 - 1.48)	134	0.71	(0.54 - 0.94)
Material del piso de la vivienda									
Tierra	134	8.69	(7.37 - 10.2)	20	1.63	(0.88 - 2.99)	14	1.06	(0.50 - 2.21)
Cemento	1313	8.95	(8.28 - 9.67)	193	1.20	(0.97 - 1.48)	141	0.79	(0.64 - 0.98)
Mosaico, madera u otro	664	8.51	(7.49 - 9.65)	99	1.18	(0.86 - 1.62)	70	0.74	(0.57 - 0.95)
Agua potable									
De la llave pública, pipa, etc.	203	9.09	(7.08 - 11.6)	37	1.54	(1.03 - 2.28)	32	1.31	(0.82 - 2.09)
Fuera de la vivienda	344	8.57	(7.29 - 10.0)	59	1.80	(1.27 - 2.56)	35	0.77	(0.50 - 1.19)
Dentro de la vivienda	1564	8.78	(8.18 - 9.43)	216	1.08	(0.88 - 1.33)	158	0.72	(0.60 - 0.88)
Drenaje									
No / alguna tubería	213	7.00	(5.68 - 8.59)	24	0.63	(0.40 - 0.99)	18	0.56	(0.32 - 0.98)
Fosa séptica	458	8.53	(7.45 - 9.75)	81	1.55	(1.12 - 2.16)	55	0.92	(0.59 - 1.43)
Red pública	1440	9.11	(8.42 - 9.85)	207	1.24	(1.02 - 1.52)	152	0.80	(0.66 - 0.97)
Índice de condiciones de vivienda (INCOVI)**									
Malo	388	7.92	(6.66 - 9.40)	60	1.22	(0.88 - 1.71)	41	0.88	(0.55 - 1.38)
Regular	699	10.01	(8.94 - 11.2)	107	1.52	(1.14 - 2.04)	83	0.92	(0.66 - 1.29)
Bueno	1024	8.43	(7.62 - 9.32)	145	1.06	(0.80 - 1.40)	101	0.69	(0.50 - 0.95)
Nivel socioeconómico									
Bajo	783	8.78	(7.66 - 10.0)	118	1.40	(1.09 - 1.80)	86	0.86	(0.63 - 1.18)
Medio	944	9.42	(8.81 - 10.1)	139	1.14	(0.94 - 1.40)	108	0.84	(0.65 - 1.09)
Alto	363	7.34	(6.13 - 8.77)	48	0.97	(0.58 - 1.62)	28	0.53	(0.31 - 0.92)
Nivel socioeconómico con ingreso									
Bajo	891	9.00	(8.09 - 10.0)	124	1.20	(0.94 - 1.53)	91	0.76	(0.57 - 1.02)
Medio	642	9.44	(8.37 - 10.6)	100	1.20	(0.85 - 1.68)	78	0.86	(0.64 - 1.14)
Alto	394	7.74	(6.60 - 9.06)	55	1.19	(0.67 - 2.11)	34	0.71	(0.50 - 1.01)
Total	2111	8.79	(8.21 - 9.40)	312	1.22	(1.04 - 1.44)	225	0.79	(0.68 - 0.92)

* De acuerdo al cuestionario de hogar

** Los puntajes para el INCOVI son: Malo=4 o menos; Regular=5-6; Bueno=7 o más.

Cuadro 4. (parte 1 de 2) Prevalencia de intento suicida por variables sociodemográficas, últimos 12 meses, ENA, 2008

	Gestos			Intento serio			Intento servicio médico			Uno o más intentos previos		
	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%
Prevalencia total (N=22 966)	99	0.39	(0.30 - 0.50)	126	0.40	(0.31 - 0.52)	31	0.13	(0.08 - 0.23)	177	0.61	(0.52 - 0.72)
Edad 3 categorías												
12-17	36	49.83	(33.3 - 66.4)	45	50.17	(33.6 - 66.7)	10	17.17	(5.75 - 41.3)	64	80.32	(65.5 - 89.8)
18-29	22	42.98	(28.0 - 59.4)	36	57.02	(40.6 - 72.0)	7	17.01	(6.45 - 37.9)	48	77.01	(59.6 - 88.4)
30+	41	53.66	(39.1 - 67.7)	45	46.34	(32.3 - 60.9)	14	16.40	(8.45 - 29.4)	65	75.84	(59.6 - 87.0)
Sexo												
Hombre	28	48.60	(35.6 - 61.8)	35	51.40	(38.2 - 64.4)	9	13.72	(6.35 - 27.1)	50	83.63	(72.1 - 91.0)
Mujer	71	49.29	(37.2 - 61.4)	91	50.71	(38.6 - 62.8)	22	18.16	(9.99 - 30.7)	127	74.60	(63.2 - 83.4)
Estado civil 2 categorías												
Otro	61	42.50	(31.9 - 53.8)	79	57.50	(46.2 - 68.1)	15	13.81	(6.28 - 27.7)	112	78.04	(66.2 - 86.6)
Casado / unión libre	38	56.50	(42.0 - 69.9)	47	43.50	(30.1 - 58.0)	16	20.18	(10.1 - 36.3)	65	76.59	(64.0 - 85.8)
Estudia actualmente												
No	71	50.15	(38.0 - 62.3)	94	49.85	(37.7 - 62.0)	24	16.77	(9.50 - 27.9)	131	77.07	(66.4 - 85.1)
Sí	28	44.78	(29.0 - 61.6)	32	55.22	(38.4 - 71.0)	7	16.91	(5.92 - 39.7)	46	78.49	(59.4 - 90.1)
Trabajó en los últimos 30 días												
No	55	47.60	(35.2 - 60.3)	75	52.40	(39.7 - 64.8)	18	17.86	(8.86 - 32.7)	103	74.19	(62.2 - 83.4)
Sí	44	50.82	(37.2 - 64.3)	51	49.18	(35.7 - 62.8)	13	15.55	(8.04 - 28.0)	74	81.10	(68.6 - 89.4)
Ingreso del hogar (cuest. hogar)												
< 1 sm	16	48.83	(28.6 - 69.4)	22	51.17	(30.6 - 71.4)	5	9.90	(4.15 - 21.8)	30	76.39	(58.9 - 88.0)
1-2 sm	34	52.78	(36.9 - 68.1)	43	47.22	(31.9 - 63.1)	11	14.92	(7.23 - 28.3)	62	75.80	(60.4 - 86.6)
2-6 sm	32	41.28	(25.8 - 58.6)	48	58.72	(41.4 - 74.2)	12	18.56	(8.41 - 36.1)	60	72.94	(57.5 - 84.3)
> 6 sm	6	29.04	(7.36 - 67.8)	5	70.96	(32.2 - 92.6)	1	10.69	(1.38 - 50.7)	7	86.96	(62.5 - 96.4)
Índice de condiciones de vivienda (INCOVI) **												
Malo	20	60.49	(39.6 - 78.1)	21	39.51	(21.9 - 60.4)	6	19.92	(5.64 - 50.9)	33	73.57	(50.7 - 88.3)
Regular	39	50.65	(34.2 - 67.0)	44	49.35	(33.0 - 65.8)	10	17.12	(6.79 - 36.9)	66	78.56	(63.8 - 88.4)
Bueno	40	42.85	(30.9 - 55.7)	61	57.15	(44.3 - 69.1)	15	15.18	(8.43 - 25.8)	78	78.17	(65.9 - 86.9)
Nivel socioeconómico con ingreso												
Bajo	39	50.47	(34.6 - 66.3)	52	49.53	(33.7 - 65.4)	12	10.89	(4.88 - 22.6)	72	74.32	(60.2 - 84.7)
Medio	34	48.22	(32.5 - 64.3)	44	51.78	(35.7 - 67.5)	11	23.09	(10.7 - 43.0)	62	75.83	(60.1 - 86.8)
Alto	14	34.26	(13.5 - 63.5)	20	65.74	(36.5 - 86.5)	5	13.32	(3.66 - 38.4)	23	75.11	(56.3 - 87.6)
Localidad rural												
No	77	48.10	(37.4 - 58.9)	109	51.90	(41.1 - 62.6)	25	15.27	(8.83 - 25.1)	141	76.04	(67.5 - 82.9)
Sí	22	54.38	(31.5 - 75.6)	17	45.62	(24.4 - 68.5)	6	25.11	(7.58 - 57.8)	36	84.52	(55.5 - 96.0)
Migración interna												
Originario	68	44.62	(33.2 - 56.7)	94	55.38	(43.3 - 66.8)	24	16.25	(9.15 - 27.2)	129	76.11	(65.2 - 84.4)
Migrante antiguo (> 2 años)	29	62.67	(47.7 - 75.5)	28	37.33	(24.5 - 52.3)	6	19.16	(6.87 - 43.3)	42	79.06	(62.4 - 89.6)
Migrante reciente (< 2 años)	2	17.34	(3.12 - 57.7)	4	82.66	(42.3 - 96.9)	1	2.75	(0.22 - 26.3)	6	100.00	(. - .)
Socialización												
Gran urbe	17	56.92	(38.2 - 73.8)	21	43.08	(26.2 - 61.8)	6	25.10	(10.3 - 49.6)	29	78.98	(55.7 - 91.8)
Ciudad	44	41.83	(29.7 - 55.0)	60	58.17	(45.0 - 70.3)	14	10.72	(5.36 - 20.3)	80	78.32	(70.8 - 84.3)
Poblado / rancho	38	53.47	(37.2 - 69.1)	44	46.53	(30.9 - 62.8)	10	18.15	(7.42 - 38.0)	68	75.73	(57.2 - 87.9)
Total	99	49.07	(39.32 - 58.90)	126	50.93	(41.10 - 60.68)	31	16.80	(10.21 - 26.40)	177	77.36	(69.28 - 83.81)

* La suma de los métodos es mayor a 100%, ya que varias personas emplearon combinaciones.

** Los puntajes para el INCOVI son: Malo=4 o menos; Regular=5-6; Bueno=7 o más.

Cuadro 4. (parte 2 de 2) Prevalencia de intento suicida por variables sociodemográficas, últimos 12 meses, ENA, 2008

	Método utilizado*											
	Arma de fuego o blanca			Sobredosis o envenenamiento			Ahogamiento o estrangulación			Saltar o accidente de tránsito (pasajero o conductor)		
	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%
Prevalencia Total (N=22 966)	94	0.33	(0.25 - 0.43)	98	0.35	(0.27 - 0.46)	39	0.14	(0.09 - 0.20)	26	0.10	(0.06 - 0.17)
Edad 3 categorías												
12-17	49	67.45	(53.8 - 78.6)	29	37.59	(24.4 - 53.0)	13	7.74	(3.70 - 15.5)	8	9.51	(4.29 - 19.8)
18-29	23	43.24	(29.3 - 58.4)	29	50.41	(35.4 - 65.3)	9	9.89	(4.08 - 22.1)	7	5.71	(2.19 - 14.1)
30+	22	23.93	(12.0 - 42.0)	40	44.20	(28.7 - 60.9)	17	29.39	(17.2 - 45.5)	11	19.87	(9.86 - 36.0)
Sexo												
Hombre	29	42.89	(22.8 - 65.6)	19	29.65	(12.6 - 55.3)	19	25.85	(13.7 - 43.3)	11	13.84	(5.79 - 29.6)
Mujer	65	40.70	(29.2 - 53.3)	79	51.26	(38.5 - 63.9)	20	13.62	(6.93 - 25.0)	15	11.87	(6.00 - 22.1)
Estado civil 2 categorías												
Otro	68	49.43	(37.9 - 61.0)	55	45.35	(34.7 - 56.4)	27	16.20	(10.8 - 23.6)	15	10.74	(5.17 - 21.0)
Casado / unión libre	26	32.27	(18.6 - 49.9)	43	43.87	(30.1 - 58.7)	12	18.66	(9.07 - 34.5)	11	14.42	(6.03 - 30.7)
Estudia actualmente												
No	57	38.49	(27.0 - 51.5)	79	43.73	(32.5 - 55.7)	26	16.02	(9.18 - 26.5)	21	13.44	(7.32 - 23.4)
Sí	37	52.82	(35.5 - 69.5)	19	48.34	(30.7 - 66.4)	13	22.68	(10.7 - 41.8)	5	8.60	(3.15 - 21.4)
Trabajó en los últimos 30 días												
No	62	48.46	(36.9 - 60.2)	54	44.19	(33.4 - 55.6)	21	10.61	(5.67 - 19.0)	13	6.47	(3.27 - 12.4)
Sí	32	32.99	(19.8 - 49.5)	44	45.22	(31.2 - 60.0)	18	25.32	(14.1 - 41.2)	13	19.56	(9.90 - 35.0)
Ingreso del hogar (cuest. hogar)												
< 1 sm	6	10.87	(4.49 - 24.0)	24	58.97	(43.8 - 72.6)	6	17.94	(6.54 - 40.6)	4	5.09	(1.89 - 13.0)
1-2 sm	33	47.39	(34.4 - 60.7)	31	35.97	(24.0 - 50.0)	9	9.51	(3.55 - 23.1)	10	14.55	(6.21 - 30.5)
2-6 sm	38	42.25	(27.1 - 59.0)	33	50.48	(35.0 - 65.8)	15	20.79	(10.5 - 37.1)	7	10.46	(3.60 - 26.8)
> 6 sm	6	54.55	(18.0 - 86.8)	3	32.75	(8.51 - 71.8)	5	24.29	(6.43 - 60.0)	1	3.03	(0.43 - 18.5)
Índice de condiciones de vivienda (INCOVI) **												
Malo	14	49.45	(27.0 - 72.2)	27	54.95	(31.3 - 76.5)	7	17.43	(4.85 - 46.6)	3	11.99	(2.09 - 46.6)
Regular	37	43.98	(30.0 - 59.0)	33	37.75	(24.7 - 52.9)	14	19.42	(9.40 - 35.9)	9	10.46	(4.23 - 23.6)
Bueno	43	35.87	(24.9 - 48.5)	38	45.09	(32.2 - 58.7)	18	15.83	(7.76 - 29.6)	14	14.15	(7.17 - 26.0)
Nivel socioeconómico con ingreso												
Bajo	29	40.66	(26.0 - 57.1)	50	42.62	(29.8 - 56.5)	12	18.84	(8.65 - 36.3)	10	12.67	(4.42 - 31.3)
Medio	38	41.55	(26.6 - 58.2)	30	50.12	(35.7 - 64.5)	14	13.46	(7.12 - 24.0)	7	10.66	(4.24 - 24.3)
Alto	14	36.80	(15.3 - 65.2)	11	47.27	(23.8 - 72.0)	9	18.05	(6.30 - 41.9)	4	6.62	(1.69 - 22.6)
Localidad rural												
No	77	40.14	(30.2 - 51.0)	77	42.72	(32.9 - 53.1)	36	19.69	(13.0 - 28.7)	25	14.59	(8.52 - 23.9)
Sí	17	48.02	(24.4 - 72.6)	21	55.21	(29.7 - 78.2)	3	4.69	(2.95 - 7.36)	1	0.98	(0.12 - 7.78)
Migración interna												
Originario	67	42.49	(31.9 - 53.8)	75	48.72	(38.0 - 59.5)	25	14.53	(8.86 - 22.9)	22	12.12	(7.14 - 19.8)
Migrante antiguo (> 2 años)	26	40.72	(24.6 - 59.1)	19	31.19	(16.9 - 50.3)	13	25.63	(13.0 - 44.2)	3	13.70	(3.82 - 38.9)
Migrante reciente (< 2 años)	1	7.77	(0.83 - 45.8)	4	89.48	(51.9 - 98.5)	1	2.75	(0.22 - 26.3)	1	7.77	(0.83 - 45.8)
Socialización												
Gran urbe	13	20.25	(7.51 - 44.3)	16	57.43	(35.5 - 76.8)	6	15.88	(6.54 - 33.7)	4	10.04	(3.35 - 26.4)
Ciudad	45	44.34	(32.6 - 56.7)	37	36.93	(26.7 - 48.5)	23	25.19	(14.4 - 40.2)	15	20.43	(10.6 - 35.8)
Poblado / rancho	36	52.44	(35.4 - 68.9)	44	45.31	(29.4 - 62.2)	10	8.45	(3.51 - 19.0)	7	4.02	(1.47 - 10.5)
Total	94	41.37	(31.96 - 51.45)	98	44.66	(35.36 - 54.35)	39	17.36	(11.65 - 25.07)	26	12.47	(7.32 - 20.45)

* La suma de los métodos es mayor a 100%, ya que varias personas emplearon combinaciones.

** Los puntajes para el INCOVI son: Malo=4 o menos; Regular=5-6; Bueno=7 o más.

Cuadro 5. Asociación entre ideación, plan e intento suicidas con distintas variables sociodemográficas, últimos 12 meses, ENA, 2008 (n=22 962)*

Sociodemográficos	Ideación				Plan				Intento			
	OR	CI 95%	χ^2 (df)	p value	OR	CI 95%	χ^2 (df)	p value	OR	CI 95%	χ^2 (df)	p value
Edad												
12-14	0.92	(0.66 - 1.29)	7.95(4)	0.093	0.79	(0.29 - 2.19)	12.2(4)	0.016	1.10	(0.51 - 2.37)	23.0(4)	<0.001
15-17	1.33	(0.91 - 1.95)			1.69	(0.80 - 3.56)			2.82	(1.36 - 5.85)		
18-24	1.22	(0.92 - 1.61)			1.72	(1.03 - 2.85)			2.90	(1.58 - 5.35)		
25-29	0.99	(0.73 - 1.36)			1.37	(0.87 - 2.17)			1.06	(0.61 - 1.83)		
30+	1.00	--			1.00	--			1.00	--		
Sexo												
Hombre	1.00	--	50.8(1)	<0.001	1.00	--	7.78(1)	0.005	1.00	--	8.82(1)	0.003
Mujer	1.72	(1.48 - 2.00)			1.87	(1.20 - 2.93)			1.91	(1.24 - 2.94)		
Estado civil												
Casado / unión libre	1.00	--	21.5(3)	<0.001	1.00	--	1.94(3)	0.586	1.00	--	1.24(3)	0.743
Separado / divorciado	1.45	(1.05 - 1.99)			0.93	(0.46 - 1.86)			1.46	(0.60 - 3.55)		
Viudo	1.48	(1.04 - 2.11)			0.75	(0.32 - 1.75)			0.90	(0.24 - 3.35)		
Soltero	1.27	(1.04 - 1.56)			1.32	(0.82 - 2.14)			1.24	(0.72 - 2.12)		
Aprendió a hablar o habla leng. ind.												
No	1.00	--	4.34(1)	0.037	1.00	--	0.70(1)	0.403	1.00	--	0.05(1)	0.826
Sí	0.73	(0.54 - 0.98)			0.66	(0.25 - 1.75)			0.89	(0.32 - 2.49)		
Escolaridad máxima												
Ninguna	4.12	(2.48 - 6.87)	50.9(5)	<0.001	11.00	(3.92 - 30.7)	46.2(5)	<0.001	13.20	(3.70 - 46.9)	24.5(5)	<0.001
Primaria incompleta	2.77	(1.90 - 4.04)			7.75	(2.63 - 22.8)			9.77	(3.01 - 31.7)		
Primaria completa	2.82	(1.90 - 4.19)			5.52	(2.28 - 13.4)			11.00	(3.54 - 34.4)		
Secundaria	2.01	(1.44 - 2.80)			2.89	(1.18 - 7.05)			5.93	(2.26 - 15.6)		
Bachillerato	1.69	(1.20 - 2.38)			1.43	(0.71 - 2.90)			3.37	(1.17 - 9.69)		
Licenciatura o más	1.00	--			1.00	--			1.00	--		
Trabajó en los últimos 30 días												
No	0.95	(0.77 - 1.17)	0.26(1)	0.608	0.92	(0.54 - 1.57)	0.10(1)	0.757	0.95	(0.46 - 1.98)	0.02(1)	0.896
Sí	1.00	--			1.00	--			1.00	--		
Ocupación habitual												
Profesionista/propietario	1.00	--	6.32(7)	0.502	1.00	--	18.2(7)	0.011	1.00	--	7.95(7)	0.337
Maestro/empleado	1.28	(0.87 - 1.90)			0.89	(0.31 - 2.56)			1.84	(0.79 - 4.33)		
Obrero	1.30	(0.90 - 1.89)			1.04	(0.54 - 2.00)			1.41	(0.71 - 2.80)		
Agricultor/campesino	1.07	(0.65 - 1.77)			0.91	(0.23 - 3.71)			1.23	(0.39 - 3.94)		
Subempleado	1.64	(0.89 - 3.03)			2.01	(1.04 - 3.89)			2.41	(1.03 - 5.62)		
Estudiante	1.39	(0.90 - 2.14)			0.87	(0.36 - 2.10)			1.19	(0.53 - 2.66)		
Ama de casa	1.37	(0.92 - 2.01)			0.82	(0.37 - 1.81)			1.40	(0.46 - 4.33)		
Otro	1.15	(0.50 - 2.62)			0.20	(0.04 - 0.90)			0.32	(0.04 - 2.80)		
Nivel socioeconómico con ingreso												
Bajo	0.97	(0.79 - 1.19)	0.12(2)	0.941	0.51	(0.22 - 1.19)	3.60(2)	0.166	0.72	(0.39 - 1.35)	1.12(2)	0.571
Medio	1.01	(0.82 - 1.25)			0.65	(0.26 - 1.64)			0.90	(0.56 - 1.46)		
Alto	1.00	--			1.00	--			1.00	--		
Localidad rural												
No	1.00	--	7.89(1)	0.005	1.00	--	5.81(1)	0.016	1.00	--	8.12(1)	0.004
Sí	0.72	(0.57 - 0.91)			0.57	(0.36 - 0.90)			0.46	(0.26 - 0.79)		
Región del país en que vive												
Zona metropolitana	1.00	--	4.17(5)	0.525	1.00	--	12.2(5)	0.032	1.00	--	21.3(5)	0.001
Noroeste	0.76	(0.57 - 1.01)			0.93	(0.37 - 2.32)			1.57	(1.10 - 2.24)		
Norte	0.93	(0.73 - 1.17)			1.55	(0.80 - 3.00)			2.39	(1.44 - 3.99)		
Centro oeste	0.85	(0.66 - 1.11)			1.01	(0.44 - 2.31)			1.40	(0.78 - 2.49)		
Centro este	0.89	(0.71 - 1.11)			1.30	(0.65 - 2.61)			1.18	(0.75 - 1.84)		
Sureste	0.89	(0.68 - 1.16)			2.26	(1.11 - 4.61)			2.19	(1.42 - 3.38)		
Migración interna												
Originario	1.00	--	15.2(2)	0.001	1.00	--	3.71(2)	0.157	1.00	--	1.47(2)	0.480
Migrante antiguo (> 2 años)	1.12	(0.96 - 1.30)			1.33	(0.85 - 2.08)			1.33	(0.79 - 2.23)		
Migrante reciente (< 2 años)	2.92	(1.43 - 5.98)			2.09	(0.82 - 5.34)			1.42	(0.45 - 4.49)		

* Cada variable representa una regresión logística múltiple, realizada para cada una de las cinco variables de respuesta.
 -- Categoría de referencia.

Borges et al.

ideación suicida es que, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, se indagó sobre la misma por medio de una pregunta con un nivel de gravedad mayor («¿Alguna vez pensó seriamente en cometer suicidio?») que las utilizadas en la ENA 2008.²⁰ Mientras que las prevalencias de estas conductas alguna vez en la vida son más elevadas en Estados Unidos y Nueva Zelandia que en México,²¹ las prevalencias de las mismas en los últimos 12 meses fueron ligeramente más bajas que las que encontramos aquí: 0.7% para plan y 0.4% para intento en los últimos 12 meses, en Estados Unidos,²² y 1.0% para plan y 0.4% para intento, en Nueva Zelandia.²³ Nuestros datos sugieren que los niveles vigentes, es decir, actuales, de la conducta suicida en México son por lo menos comparables en magnitud, si no ligeramente mayores, que los reportados con metodologías similares en otros lugares del mundo, donde se observan prevalencias en los últimos 12 meses que ascienden a 1.8-21.3% para ideación, 0.5-12.2% para plan y 0.1-3.8% para intento.²⁰ Dado el incremento constante del suicidio consumado en nuestro país en los últimos 40 años,¹² estos niveles de conducta suicida actuales son un llamado de atención a la necesidad de planear y aplicar medidas preventivas en el área.

En este trabajo hemos reportado, por primera vez, una panorámica detallada de los factores demográficos, socioculturales y económicos que pueden estar relacionados con la epidemiología de la conducta suicida en México. Por motivos de espacio, esta panorámica no fue, sin embargo, todo lo profunda que ameritaría. El análisis de la relación mutua entre estas variables demográficas, como los niveles educativos y el ingreso y cómo afectan éstos la conducta suicida,²⁴ serán materia de un siguiente trabajo. Con esta limitación en mente, encontramos que las mujeres, las personas que no están casadas o en unión libre, las de menor escolaridad, los grupos más jóvenes y los subempleados tienen, en general, riesgos más elevados de presentar conducta suicida. Algunas áreas del país, en particular el sureste, se vieron más afectadas, mientras que las personas que viven en áreas rurales reportaron consistentemente menores prevalencias de las tres conductas suicidas. No conocemos investigaciones en nuestro país que nos permitan comparar estos factores para todas las conductas suicidas estudiadas aquí. Aun así, algunas variables, como la mayor prevalencia en las mujeres, en las personas sin vínculo matrimonial o de pareja y entre los más jóvenes, se han, por supuesto, reportado anteriormente como determinantes de la prevalencia alguna vez en la vida para México^{8,25} y Estados Unidos,²² y se han reportado consistentemente en la bibliografía.^{20,26,27} La distribución geográfica de la conducta suicida en el país encuentra similitudes pero también diferencias con la epidemiología del suicidio consumado. Así, el sureste de México que, desde hace décadas ha sido señalado consistentemente con altas tasas de suicidio consumado,¹² muestra también ele-

vadas tasas de conducta suicida. Las elevadas prevalencias, especialmente de intentos de suicidio en la región norte del país, no han sido materia de discusión previa, pero son también coincidentes con las altas tasas de mortalidad por suicidio en Baja California Sur y Sonora.

CONCLUSIÓN

La epidemiología del suicidio consumado en México ha cambiado en las últimas décadas, en un proceso paulatino pero constante. La epidemiología de la conducta suicida actual muestra que el problema alcanza ya dimensiones similares a las de otros países tradicionalmente afectados. México necesita ya dedicar mayores esfuerzos a la detección, tratamiento y prevención de estas conductas para evitar futuros incrementos en la conducta suicida y en sus consecuencias.

REFERENCES

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet* 2002;360(9339):1083-1088.
2. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S et al. Trends in mortality from suicide, 1965-99. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;108(5):341-349.
3. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychology Psychiatry* 2006;47(3-4):372-394.
4. SS. Sistema Nacional de Información en Salud: Mortalidad 2000-2005. México: Secretaría de Salud 7 A.D., febrero 9, 2009.
5. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL et al. 3254 Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life-Threatening Behavior* 1996;26(3):237-252.
6. Suominen K, Isometsa E, Suokas J, Haukka J, Achte K et al. Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *American J Psychiatry* 2004;161(3):562.
7. Satcher D. National strategy for suicide prevention: goals and objectives for action. Washington: Government Printing Office; 2001.
8. Mondragon L, Borges G, Gutiérrez R. La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental* 2001;24(6):4-15.
9. Cota M, Borges G. Estudios recientes de suicidio en México. *Jóvenes Revista Estudios Sobre Juventud*. 2009 (en prensa).
10. Borges G, Wilcox HC, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J et al. Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12. *Salud Mental* 2005;28(2):41.
11. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J American Academy Child Adolescent Psychiatry* 2008;47(1):41.
12. Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Garrido G. Capítulo VII. Epidemiología de la conducta suicida en México. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México: Secretaría de Salud; 2006; noviembre; p. 205-236.
13. SS, INSP. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Cuernavaca, Morelos, México: 2008.
14. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the national comorbidity survey. *J Abnormal Psychology* 2006;115(3):616.
15. Bronfman M, Guisafre II, Castro V, Castro R, Gutiérrez G. Medición de la desigualdad: enfoque metodológico de la muestra. *Archivos Investigación Médica* 1988;(19):351-360.

Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida

16. SDS, CONAPO, INEGI. Delimitación de las zonas metropolitanas de México 2005. México: 2007.
17. SUDDAN. Professional software for survey data analysis (computer program). Version 8.0.1. 2002.
18. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression Wiley J InterScience; Nueva York: 2000.
19. Medina-Mora ME, Borges G, Muñiz CL, Benjet C, Jaimes JB. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003;26(4):1.
20. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC et al. Suicide and suicidal behavior. Epidemiologic Reviews 2008.
21. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. British J Psychiatry 2008;192(2):98-105.
22. Borges G, Angst J, Nock MK, Ruscio AM, Walters EE et al. A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Psychological Medicine 2006;36(12):1747-1757.
23. Beautrais AL, Wells JE, McGee MA, Oakley Browne MA. Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: The New Zealand mental health survey. J Psychiatry 2006;40(10):896-904.
24. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS et al. Socioeconomic status in health research one size does not fit all. JAMA 2005;294(22):2879-2888.
25. Borges G, Nock MK, Medina-Mora ME, Benjet C, Lara C, et al. The epidemiology of suicide-related outcomes in Mexico. Suicide Life-Threatening Behavior 2007;37(6):627-640.
26. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective in the epidemiology of suicide. Suicidology 2002;7(2):6-7.
27. Vijayakumar L. Suicide in developing countries (2): risk factors. 2005.

ANEXO

Prevalencia de ideación, plan e intento suicidas por entidad federativa, últimos 12 meses, ENA, 2008 (n=22,962)

Entidad	Ideación			Plan			Intento		
	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%	n	Prev	IC 95%
Aguascalientes	69	9.50	(8.53 - 10.6)	8	1.11	(0.74 - 1.66)	9	1.29	(0.94 - 1.77)
Baja California	37	7.00	(3.21 - 14.6)	4	0.62	(0.09 - 4.19)	3	0.78	(0.71 - 0.85)
Baja California Sur	38	5.97	(3.70 - 9.49)	6	0.86	(0.27 - 2.76)	2	0.34	(0.05 - 2.50)
Campeche	70	12.39	(10.0 - 15.3)	11	1.35	(0.81 - 2.24)	10	1.24	(0.68 - 2.26)
Coahuila	36	5.33	(4.53 - 6.27)	5	1.21	(0.41 - 3.55)	3	1.03	(0.26 - 4.03)
Colima	33	3.75	(2.46 - 5.67)	7	0.90	(0.23 - 3.51)	6	0.40	(0.12 - 1.37)
Chiapas	39	5.06	(3.39 - 7.51)	8	1.35	(0.64 - 2.81)	8	1.41	(0.67 - 2.95)
Chihuahua	66	9.51	(5.94 - 14.9)	16	2.39	(1.22 - 4.62)	14	2.40	(0.95 - 5.90)
Distrito Federal	61	9.03	(7.24 - 11.2)	5	0.92	(0.40 - 2.14)	2	0.33	(0.31 - 0.35)
Durango	71	9.97	(7.91 - 12.5)	13	1.06	(0.74 - 1.51)	13	1.35	(0.76 - 2.38)
Guanajuato	29	5.91	(3.67 - 9.39)	1	0.16	(0.02 - 1.16)	2	0.21	(0.20 - 0.22)
Guerrero	56	7.30	(4.10 - 12.7)	6	0.83	(0.28 - 2.42)	5	0.65	(0.24 - 1.74)
Hidalgo	80	13.52	(8.89 - 20.0)	3	0.38	(0.11 - 1.32)	3	0.33	(0.09 - 1.25)
Jalisco	52	7.58	(6.54 - 8.78)	10	1.26	(0.47 - 3.32)	4	0.31	(0.10 - 0.97)
Estado de México	173	9.14	(7.16 - 11.6)	22	0.76	(0.63 - 0.91)	15	0.48	(0.27 - 0.87)
Michoacán	69	10.37	(8.67 - 12.4)	12	1.92	(1.60 - 2.31)	10	1.84	(1.69 - 2.01)
Morelia	59	7.30	(5.86 - 9.06)	11	1.57	(0.90 - 2.72)	8	1.03	(0.75 - 1.42)
Nayarit	71	10.34	(8.89 - 12.0)	8	0.92	(0.53 - 1.59)	8	0.74	(0.39 - 1.38)
Nuevo León	90	12.38	(8.60 - 17.5)	17	2.21	(0.87 - 5.50)	13	1.49	(1.07 - 2.09)
Oaxaca	73	8.41	(7.84 - 9.02)	17	1.91	(1.12 - 3.22)	12	1.13	(0.44 - 2.87)
Puebla	86	10.02	(7.84 - 12.7)	13	1.59	(0.82 - 3.04)	7	0.88	(0.68 - 1.14)
Querétaro	73	9.40	(7.43 - 11.8)	7	0.80	(0.23 - 2.78)	4	0.35	(0.06 - 2.14)
Quintana Roo	133	10.15	(8.24 - 12.4)	16	1.29	(0.96 - 1.72)	8	0.72	(0.45 - 1.14)
San Luis Potosí	66	10.66	(7.11 - 15.7)	8	0.74	(0.70 - 0.78)	6	0.68	(0.58 - 0.80)
Sinaloa	41	6.78	(4.86 - 9.37)	7	0.97	(0.35 - 2.66)	3	0.40	(0.18 - 0.90)
Sonora	49	6.90	(4.64 - 10.1)	8	1.00	(0.33 - 2.94)	9	1.08	(0.66 - 1.75)
Tabasco	80	10.53	(7.30 - 15.0)	21	3.03	(1.22 - 7.32)	14	1.79	(0.86 - 3.71)
Tamaulipas	47	6.33	(4.80 - 8.32)	5	0.63	(0.14 - 2.76)	5	0.51	(0.13 - 1.90)
Tlaxcala	58	7.08	(4.07 - 12.1)	5	0.62	(0.47 - 0.83)	2	0.28	(0.06 - 1.32)
Veracruz	61	10.97	(8.09 - 14.7)	11	2.06	(1.39 - 3.05)	5	0.58	(0.26 - 1.31)
Yucatán	43	4.95	(3.00 - 8.07)	4	0.23	(0.04 - 1.19)	5	0.43	(0.13 - 1.35)
Zacatecas	102	15.97	(12.1 - 20.7)	17	2.76	(1.28 - 5.85)	7	1.06	(0.65 - 1.72)

Artículo sin conflicto de intereses

Anexo No. 3



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

PUBLICACIONES 2003-2010

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adultos)

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adolescentes)

1

En México, los datos para la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica fueron recabados con el apoyo financiero del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, proyecto No.4280, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, proyecto No. G30544-H, de la Organización Panamericana de la Salud y de Pfizer México. La Encuesta Nacional de Salud Mental en adolescentes contó con el apoyo financiero del Instituto nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, proyecto 4845, y del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología en conjunto con la Secretaría de Educación Pública proyecto No. CONACYT-SEP-SSEDF-2003-CO1-22) Otros participantes: Ing. Jerónimo Blanco, Dra. Clara Fleiz, Mtro. Joaquín Zambrano.

Los textos completos se encuentran disponibles en el Centro de Información en Salud Mental y Adicciones (CISMAD) cisma@imp.edu.mx
Calzada México Xochimilco 101-Col. San Lorenzo Huipulco-México D.F., C.P. 14370, Del. Tlalpan



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adultos

México

El estudio forma parte de una iniciativa internacional coordinada por la Organización Mundial de la Salud 2000 que pretende evaluar la situación de la patología mental en países con diferente nivel de desarrollo, determinar las necesidades de atención a la salud y orientar la política en esta materia. Se trata de una encuesta de hogares llevada a cabo en población urbana entre 18 y 65 años. Las tres metas más importantes fueron: i) Estimar la prevalencia de los trastornos mentales incluyendo las adicciones y la discapacidad con la que se asocian en la población total y por regiones del país y por grupos sociales; ii) Estudiar la historia natural de los padecimientos mentales, iii) conocer el índice de uso de servicios y las barreras para la atención iv) Desarrollar y probar hipótesis acerca de los factores antecedentes y el curso de los trastornos. Se utilizó la versión computarizada de la entrevista psiquiátrica WHO CIDI 2 y el WHO-DAS II para medir discapacidad. La población objetivo fueron los residentes permanentes en hogares ubicados en las zonas urbanas del país (población de 2,500 habitantes y más), de 18 a 65 años. Las zonas urbanas se estratificaron en 6 estratos: a) Áreas metropolitanas auto representadas: Ciudad de México (AMCM), Guadalajara (AMG) y Monterrey (AMM). b) Noroeste. Incluye los estados de Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora. c) Norte. Incluye los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León (excluyendo AMM), San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas. d) Oeste Centro. Aguascalientes, Jalisco (excluyendo AMG), Colima, Guanajuato y Michoacán. e) Centro Este Guerrero, Morelos, Estado de México (excluyendo los municipios conurbados parte de AMCM), Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla. f) Sureste. Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo. Se recolectaron un total de 5,826 entrevistas.

2

Dra. María Elena Medina-Mora I.
Responsable del proyecto por México

Otros Integrantes: Dr. Guilherme Borges, Dra. Corina Benjet, Dra. Carmen Lara



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

2003

1) **Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz C, et al.** Mexican National Comorbidity Survey (NCS-Mexico): an overview of design and field procedures. World Health Organization's (WHO) World Mental Health Surveys Initiative 2003:1-13. Available from: URL: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/WMH%20Country%20Reports.htm>

ABSTRACT: México cuenta con una larga tradición de investigación epidemiológica dentro del campo de las adicciones, sin embargo, el desarrollo de la epidemiología psiquiátrica ha sido más lento. Se presenta un reporte detallado de la metodología, el diseño y el trabajo de campo de la Encuesta Nacional de Comorbilidad Psiquiátrica. La descripción incluye información en cuanto a las fuentes de financiamiento, los diferentes grupos de expertos que participaron, el trabajo de logística para emprender el trabajo de campo, la preparación y adecuación de los instrumentos y todo el proceso de selección de la muestra

2) **Medina-Mora, M.-E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., Aguilar-Gaxiola, S.** (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 26,(4) 1-16.

RESUMEN: Este estudio forma parte de la iniciativa 2000, de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental; describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional, cuya población blanco fue la población no-institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes). La tasa de respuesta ponderada a nivel del hogar fue de 91.3%, y a nivel individual fue de 76.6%. El instrumento utilizado es la versión computarizada del CIDI (versión certificada 15) que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM IV y la CIE-10. En este artículo se presentan los diagnósticos de acuerdo con la CIE-10. El CIDI contiene además módulos sobre las características sociodemográficas de los entrevistados, condiciones crónicas, fármaco epidemiología, discapacidad y uso de servicios. La confiabilidad y la validez han sido ampliamente documentadas. La traducción de la encuesta al español fue realizada conforme a las recomendaciones de la OMS. Los encuestadores fueron personas con previa experiencia en levantamiento de encuestas entrenados para este estudio. Alrededor del 54% de la muestra fueron mujeres, 40% tenían entre 18 y 29 años y 68% tuvo únicamente estudios primarios. El 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Los hombres presentan prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%). Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron las más comunes (7.1% alguna vez en la vida), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso de alcohol (sin dependencia) La ansiedad de separación (mediana de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (6 años) son los dos padecimientos más tempranos. La fobia específica (7 años), seguida por el trastorno oposicionista (8 años), aparecen después. Para los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias. La región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%) explicada por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias. Esta región también muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos en los últimos 30 días (2.5%), la región conformada por las tres áreas metropolitanas muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4%) y la región norte presenta mayores trastornos por uso de sustancias (1.7%). Solamente uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención.

2004

3) Benjet, C., Borges G., Medina-Mora, M.-E., Fleiz-Bautista, C., Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46, 417-424. .

OBJETIVO. Conocer, en la población mexicana, la prevalencia de la depresión con inicio temprano, y comparar el curso natural, la comorbilidad y la latencia para buscar tratamiento entre los deprimidos con inicio temprano y aquellos con inicio en la edad adulta. **MATERIAL Y MÉTODOS.** La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es representativa de la población nacional urbana, de entre 18 a 65 años de edad. Se realizó en México, entre 2001 y 2002, con el instrumento diagnóstico de la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico. Los análisis toman en cuenta el diseño complejo de la muestra multietápica, estratificada y ponderada utilizando análisis descriptivo y regresiones logísticas. **RESULTADOS.** El 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento. **CONCLUSIONES.** La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes.

4) Borges, G., Medina-Mora, M.-E., López S (2004) El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales (The role of epidemiology in mental disorders research) *Salud Publica de México*, 46(5), 451-463.

RESUMEN: Los trastornos mentales, incluyendo los trastornos del uso de sustancias, hacen ya parte del panorama epidemiológico de México y seguirán en el escenario nacional por las próximas décadas, incrementando incluso su presencia como causa de enfermedad, discapacidad y muerte en nuestro país. Por lo tanto, el manejo epidemiológico de estos problemas se hace urgente. Este trabajo busca plantear el campo de estudio de la epidemiología de los trastornos mentales y sus limitaciones, haciendo énfasis en los elementos comunes de ésta con otras áreas más tradicionales de la epidemiología y en las aportaciones particulares de este campo epidemiológico a la psiquiatría en general y a la epidemiología en particular. Planteamos a continuación los diseños y problemas más comunes en este campo de la epidemiología, su utilidad para acciones de prevención, y señalamos los retos que nos esperan en el futuro. Una característica distintiva de esta área es que los trastornos mentales se manifiestan en dos niveles, como conducta (por ejemplo, una conducta compulsiva de lavarse las manos) y como elemento de la vida mental del sujeto (por ejemplo, el pensamiento obsesivo sobre las bacterias que se encuentran presentes en todos lados y que son una fuente constante de amenaza para algunos sujetos). Debido a esto, mucho de lo que sabemos sobre estos fenómenos proviene del autorreporte que el sujeto es capaz de hacer sobre sus sentimientos (introspección), ya sea en una conversación con un clínico entrenado o expresándolos al endosar reactivos en un cuestionario estandarizado. Otro aspecto importante a resaltar es la necesidad de hablar en plural al referirnos a los trastornos mentales. Este campo de la epidemiología presenta



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

también un carácter particular, bifacético: por un lado, este es un problema en sí mismo, que produce sufrimiento y motiva la búsqueda de atención especializada, con manifestaciones clínicas particulares. Por otro lado, esta epidemiología también se orienta hacia un dominio particular de determinantes (como el uso, abuso o dependencia hacia las drogas) y cómo estas variables independientes afectan determinados procesos y enfermedades (como los accidentes, el homicidio, el suicidio, la cirrosis hepática, etc.) Por último, la epidemiología de los trastornos mentales se ha caracterizado también por su interés en una serie de procesos que no parecen constituir síndromes propiamente dichos, pero que son a todas luces de interés sanitario, siendo el ejemplo más claro de esto el problema de la violencia. La epidemiología de los trastornos mentales se enfrenta a enormes retos en el nuevo milenio. Debe hacer frente a un panorama epidemiológico complejo y cambiante. Los aspectos más importantes de su desarrollo futuro se vinculan con los siguientes puntos: medición de los trastornos mentales y de los factores de riesgo, el diseño y métodos de muestreo más eficientes, la relación entre la investigación biológica, la genética, las disciplinas sociales y la epidemiología, y la interfase entre la epidemiología y la evaluación de los tratamientos y los servicios.

5) Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J.-P., Angermeyer, M.C., Bernert, S., de Girolamo, G., Morosini, P., Polidori, G., Kikkawa, T., Kawakami, N., Ono, Y., Takeshima, T., Uda, H., Karam, E.G., Fayyad, J.A., Karam, A.N., Mneimneh, Z.N., **Medina-Mora, M.-E.**, Borges, G., Lara, C., de Graaf, R., Ormel, J., Gureje, O., Shen, Y., Huang, Y., Zhang, M., Alonso, J., Haro, J.M., Vilagut, G., Bromet, E.J., Gluzman, S., Webb, C., Kessler, R.C., Merikangas, K.R., Anthony, J.C., Von Korff, M.R., Wang, P.S., Brugha, T.S., Aguilar-Gaxiola, S., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B.E., Zaslavsky, A.M., Chatterji, S., Ustun, T.B. (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.

CONTEXT Little is known about the extent or severity of untreated mental disorders, especially in less-developed countries. **OBJECTIVE** To estimate prevalence, severity, and treatment of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) mental disorders in 14 countries (6 less developed, 8 developed) in the World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Survey Initiative. **DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS** Face-to-face household surveys of 60 463 community adults conducted from 2001-2003 in 14 countries in the Americas, Europe, the Middle East, Africa, and Asia. **MAIN OUTCOME MEASURES** The DSM-IV disorders, severity, and treatment were assessed with the WMH version of the WHO Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI), a fully structured, lay-administered psychiatric diagnostic interview. **RESULTS** The prevalence of having any WMH-CIDI/DSM-IV disorder in the prior year varied widely, from 4.3% in Shanghai to 26.4% in the United States, with an interquartile range (IQR) of 9.1%-16.9%. Between 33.1% (Colombia) and 80.9% (Nigeria) of 12-month cases were mild (IQR, 40.2%-53.3%). Serious disorders were associated with substantial role disability. Although disorder severity was correlated with probability of treatment in almost all countries, 35.5% to 50.3% of serious cases in developed countries and 76.3% to 85.4% in less-developed countries received no treatment in the 12 months before the interview. Due to the high prevalence of mild and subthreshold cases, the number of those who received treatment far exceeds the number of untreated serious cases in every country. **CONCLUSIONS** Reallocation of treatment resources could substantially decrease the problem of unmet need for treatment of mental disorders among serious cases. Structural barriers exist to this reallocation. Careful consideration needs to be given to the value of treating some mild cases, especially those at risk for progressing to more serious disorders



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

2005

6) **Medina-Mora, ME, Borges G, Fleiz, C., Lara, C., Zambrano-Ruiz, J., Ramos, L.** (2005) Prevalencia de sucesos violentos y trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Publica de México*, 47(1), 8-22. (in Spanish)

OBJETIVO. Reportar el índice de exposición a diferentes sucesos violentos, los correlatos demográficos, la prevalencia de trastorno por estrés postraumático y el impacto sobre la calidad de vida. **MATERIAL Y MÉTODOS.** La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es representativa de la población mexicana urbana de 18 a 65 años de edad. Se realizó entre 2001 y 2002, con el instrumento diagnóstico de la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CIDI-15, por sus siglas en inglés). Los análisis toman en cuenta el diseño complejo de la muestra aleatoria, multietápica y estratificada. Se utilizaron el Método Kaplan-Meier y regresiones logísticas. **RESULTADOS.** El 68% de la población ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida. La exposición varía por sexo (violación, acoso y abuso sexual son más frecuentes en mujeres; los accidentes y robos, entre los hombres) y por edad (niños, adolescentes, mujeres adultas jóvenes y personas de la tercera edad). El 2.3% de las mujeres y 0.49% de los hombres presentaron un trastorno de estrés postraumático. La violación, el acoso, el secuestro y el abuso sexual son los sucesos con mayor manifestación de trastornos por estrés postraumático. **CONCLUSIONES.** Los resultados refuerzan la necesidad de ampliar la cobertura de tratamiento para atender las secuelas de la violencia, considerando las importantes variaciones de género y estadios de desarrollo.

7) **Medina-Mora, ME, Borges G, Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J.** (2005). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783.

BACKGROUND: This paper describes the 12-month prevalence, severity and demographic correlates of 16 DSM-IV psychiatric disorders and service utilization in the Mexican urban population aged 18-65 years of age. This is representative of 75% of the national adult population. **METHOD:** The sample design was a strict probability selection scheme. The response rate was 76.6%. The World Mental Health Survey version of the Composite International Diagnostic Interview was installed on laptops and administered by lay interviewers. An international WHO task force carried out its translation into Spanish. **RESULTS:** The 12-month prevalence of any disorder was 12.1%. The most common disorders were specific phobia (4.0%), major depressive disorder (3.7%) and alcohol abuse or dependence (2.2%). The 12-month prevalence of very severe disorders was 3.7% of which only 24% used any services. Age was the only variable associated with any 12-month disorder, with the younger more likely to report any disorder. Income was associated with severity, with low and low-average incomes more likely to report a 12-month disorder. Females were more likely to report a mood and anxiety disorder, but less likely to report a substance disorder. The group of separated/widowed/divorced was more likely to report a mood and an impulse-control disorder. **CONCLUSIONS:** The results show that while psychiatric disorders are common in the Mexican population, very severe mental disorders are less common and there is extreme under-utilization of mental health services.

8) **Borges G, Mondragón, L., Medina-Mora, ME, Orozco, R., Zambrano, J., Cherpitel, C.** (2005). A case-control study of alcohol and substance use disorders as risk factors for non-fatal injury. *Alcohol and Alcoholism*, 40(4), 257-262. . .

AIMS: While alcohol use is thought to be a major risk factor for both fatal and non-fatal injuries, the association of substance use disorders (alcohol use disorders, AUD and substance use disorders, SUD) with occurrence of injury has not received the same attention. To report the association of AUD and SUD, according to diagnostic



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

and statistics manual of mental disorders-IV (DSM-IV) and international classification of diseases 10 (ICD-10) criteria, and the risk of non-fatal injuries. **METHODS:** A case-control study. Cases included 653 injured patients, 18–65-years-old, who attended one emergency department (ED). Controls included 1131 subjects from a representative sample of residents of Mexico City, of the same age group. Information on drug and alcohol use was obtained by interview using the world mental health version of the composite international diagnostic interview (WMH-CIDI). **RESULTS:** Among injured patients, the prevalence of substance abuse or dependence within the last 12 months was 12.3% for alcohol and 2.5% for other substances (marijuana, cocaine, tranquilizers, amphetamines, others). Among residents of Mexico City, these prevalences were 1.8 and 0.3%, respectively. Adjusted odds ratios (OR) of injury according to alcohol and substance use were 4.95 (95% confidence interval (CI): 2.87–8.52) for alcohol and 2.58 (0.73–9.17) for other substances. An important level of comorbid alcohol and substance use disorders was also found. **CONCLUSIONS:** Efforts in the ED should be carried out to treat and/or refer patients with alcohol and substance use disorders, and special care should be taken to address comorbid cases.

9) **Borges G, Wilcox, H.C., Medina-Mora, ME, Zambrano-Ruiz, J., Blanco, J., Walters, E.E.** (2005). Suicidal behavior in the Mexico National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28(2), 40-47.

ANTECEDENTES: Se documentan datos representativos a nivel nacional en México sobre las prevalencias para inicio de ideación, plan e intento suicidas, así como trastornos psiquiátricos (de acuerdo con el DSM-IV) y uso de servicios asociados a estos comportamientos suicidas. **MÉTODOS:** Los datos fueron tomados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México (ENEP). La población fue tomada de una muestra de 5,782 entrevistados de 18 o más años de edad, durante el periodo 2001-2003. Se estimaron inicios para ideación, plan e intento suicida, así como factores psiquiátricos y de uso de servicios mediante el análisis de supervivencia. **RESULTADOS:** De los entrevistados, el comportamiento suicida alguna vez en la vida fue como sigue: el 8.3% reportó haber tenido ideación, el 3.2% reportó haber tenido un plan y el 2.8% reportó haber tenido intento(s) suicida(s). La prevalencia para los comportamientos suicidas los 12 meses previos a la entrevista fue de 2.3%, 1.0% y 0.6%, respectivamente. Dichos comportamientos prevalecieron en la adolescencia y adultez temprana y fueron menos comunes después de los 35 años de edad, con excepción de la ideación suicida que se mantuvo presente en edades más avanzadas. El presentar uno o más trastornos, evaluados en la encuesta de acuerdo con el DSM-IV, fue común entre las personas con ideación (60.9%), plan (75.6%) e intento (74.6%) suicidas y se encontró que este hecho es un factor de riesgo fuerte para el comportamiento suicida, incrementando en 4.8 veces el riesgo para ideación, 10.2 para plan y 9.6 para intento. Aproximadamente una de cada cuatro personas con intento suicida reportó haber consultado alguna vez un psiquiatra. **CONCLUSIONES:** Como en muchos otros países, en México los trastornos mentales tienen un impacto importante en los comportamientos suicidas. Se recomiendan ampliamente los esfuerzos de intervención enfocados a la identificación y al tratamiento de personas antes o durante el inicio de la ideación suicida.

10) **Kessler, R.C., Berglund, P.A., Borges G, Nock, M., Wang, P.S.** (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States 1990-92 to 2001-03. *Journal of the American Medical Association*, 293(20), 2487-2495.

CONTEXT: Little is known about trends in suicidal ideation, plans, gestures, or attempts or about their treatment. Such data are needed to guide and evaluate policies to reduce suicide-related behaviors.

OBJECTIVE: To analyze nationally representative trend data on suicidal ideation, plans, gestures, attempts, and their treatment. **DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS:** Data came from the 1990-1992 National Comorbidity Survey and the 2001-2003 National Comorbidity Survey Replication. These surveys asked identical questions to 9708 people aged 18 to 54 years about the past year's occurrence of suicidal ideation, plans, gestures, attempts,



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

and treatment. Trends were evaluated by using pooled logistic regression analysis. Face-to-face interviews were administered in the homes of respondents, who were nationally representative samples of US English-speaking residents. **MAIN OUTCOME MEASURE:** Self-reports about suicide-related behaviors and treatment in the year before interview. **RESULTS:** No significant changes occurred between 1990-1992 and 2001-2003 in suicidal ideation (2.8% vs 3.3%; $P = .43$), plans (0.7% vs 1.0%; $P = .15$), gestures (0.3% vs 0.2%; $P = .24$), or attempts (0.4%-0.6%; $P = .45$), whereas conditional prevalence of plans among ideators increased significantly (from 19.6% to 28.6%; $P = .04$), and conditional prevalence of gestures among planners decreased significantly (from 21.4% to 6.4%; $P = .003$). Treatment increased dramatically among ideators who made a gesture (40.3% vs 92.8%) and among ideators who made an attempt (49.6% vs 79.0%). **CONCLUSIONS:** Despite a dramatic increase in treatment, no significant decrease occurred in suicidal thoughts, plans, gestures, or attempts in the United States during the 1990s. Continued efforts are needed to increase outreach to untreated individuals with suicidal ideation before the occurrence of attempts and to improve treatment effectiveness for such cases.

2006

11) Aguilar-Gaxiola, S., Medina-Mora, ME, Magana, C.G., Vega, W.A., Alejo-Garcia, C., Quintanar, T. R., Vazquez, L., Ballestros, P.D., Ibarra, J., Rosales, H. (2006). Illicit drug use in Latin America: Epidemiology, service use, and HIV. *Drug and Alcohol Dependence*, 84(suppl 1), S85-93. .

ABSTRACT

The purpose of this article is to review the research status of illicit drug use and its data sources in Latin America, with particular attention to the research that has been produced in the past 15 years in epidemiology of illicit drug use services utilization, and relationship between HIV and drug use. This article complements the series of articles that are published in this same volume which examine drug abuse research (epidemiology, prevention, and treatment) and HIV prevention in Latinos residing in the United States. This review resulted from extensive international and national searches using the following databases: Current Contents Connect, Social and Behavioral Sciences; EBSCO; EMBASE(R) Psychiatry; Evidence Based Medicine (through OVID); Medline, Neurosciences, PsychINFO, Pubmed, BIREME/PAHO/WHO--Virtual Health Library, and SciELO. Papers selected for further review included those published in Spanish, English, and Portuguese in peer-reviewed journals. From the evidence reviewed, it was found that the published research literature is heavily concentrated on descriptive epidemiologic surveys, providing primarily prevalence rates and general information on associated factors. Evidence on patterns of service delivery and HIV prevention and treatment is limited. The cumulative scope of this research clearly indicates variability in quantity and quality of research across Latin American nations and the need for greater uniformity in data collection elements, methodologies, and the creation of international collaborative research networks.

12) Borges G, Angst, J., Nock, M.K., Ruscio, A.M., Walters, E.E., Kessler, R.C. (2006). Risk factors for twelve-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36(12), 1747-1758. .

BACKGROUND: Clinical judgments about the likelihood of suicide attempt would be aided by an index of risk factors that could be quickly assessed in diverse settings. We sought to develop such a risk index for 12-month suicide attempts among suicide ideators. **METHOD:** The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), a household survey of adults aged 18+, assessed the 12-month occurrence of suicide ideation, plans and attempts in a subsample of 5692 respondents. Retrospectively assessed correlates include history of prior suicidality, sociodemographics, parental psychopathology and 12-month DSM-IV disorders. **RESULTS:** Twelve-month prevalence estimates of suicide ideation, plans and attempts are 2.6, 0.7 and 0.4% respectively. Although ideators



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

with a plan are more likely to make an attempt (31.9%) than those without a plan (9.6%), 43% of attempts were described as unplanned. History of prior attempts is the strongest correlate of 12-month attempts. Other significant correlates include shorter duration of ideation, presence of a suicide plan, and several sociodemographic and parental psychopathology variables. Twelve-month disorders are not powerful correlates. A four-category summary index of correlates is strongly related to attempts among ideators [area under the receiver operator characteristic curve (AUC)=0.88]. The distribution (conditional probability of attempt) of the risk index is: 19.0% very low (0.0%), 51.1% low (3.5%), 16.2% intermediate (21.3%), and 13.7% high (78.1%). Two-thirds (67.1%) of attempts were made by ideators in the high-risk category. **CONCLUSIONS:** A short, preliminary risk index based on retrospectively reported responses to fully structured questions is strongly correlated with 12-month suicide attempts among ideators, with a high concentration of attempts among high-risk ideators

13) **Borges G, Medina-Mora, ME, Wang, P.S., Lara, C., Berglund, P., Walters, E.** (2006) Treatment and adequacy of treatment for mental disorder among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry* 2006;163(8):1371-8. . 808

OBJECTIVE: This study described the rate and adequacy of mental health service use among participants in the Mexico National Comorbidity Survey and the correlates of any 12-month treatment and of adequate treatment.

METHOD: The authors conducted face-to-face household surveys of a probability sample of individuals ages 18 to 65 years in the noninstitutionalized population living in urban areas of Mexico from 2001 to 2002. The use of mental health services and 12-month DSM-IV disorders was assessed with the World Mental Health version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview. The rates and correlates of any service use and the adequacy of treatment were identified in logistic regression analyses, taking into account the complex sample design and weighting process. **RESULTS:** The data reported here were based on 2,362 interviews. Fewer than one in five respondents with any psychiatric disorder during the last 12 months used any service during the prior year. The rates of service use by those with mood disorders were somewhat higher. About one in every two respondents who used services received minimally adequate care. **CONCLUSIONS:** The authors found large unmet needs for mental health services among those with psychiatric disorders. Those with mental illness and those who deliver or seek to improve mental health care in Mexico face enormous challenges.

14) **Medina-Mora, ME, Borges G, Fleiz, C., Benjet, C., Rojas, E., Zambrano, J., Villatoro, J., Aguilar-Gaxiola, S.** (2006). Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *The Pan American Journal of Public Health*, 19(4), 265-276.

OBJETIVO. Describir la prevalencia de trastornos relacionados con el consumo de drogas, sus factores asociados, y la utilización de servicios terapéuticos especializados por usuarios de drogas en la población urbana de México entre los 18 y 65 años de edad. **MÉTODOS.** Los datos se reunieron en 2001 y 2002 mediante la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México. El muestreo se llevó a cabo por estratificación probabilística de seis regiones geográficas del país en un proceso polietápico que comprendió, en orden sucesivo, áreas censales, manzanas urbanas, grupos de domicilios, e individuos. Los datos se ponderaron teniendo en cuenta la probabilidad de selección y el porcentaje de respuesta. La información se recogió mediante una versión computadorizada de la edición de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta usada para la Encuesta Mundial de Salud Mental. El porcentaje de respuesta ponderado para individuos fue de 76,6. **RESULTADOS.** En general, 2,3% de la población declaró haber incurrido en el consumo ilícito de drogas durante los 12 meses anteriores a la encuesta; la marihuana y la cocaína fueron las sustancias consumidas con mayor frecuencia. La baja escolaridad mostró una asociación significativa con el consumo, el abuso y la dependencia de drogas. El consumo de cualquier tipo de droga tuvo una frecuencia significativamente mayor en personas pertenecientes al grupo de edad más joven (18–29 años), en varones, o en habitantes de la parte noroccidental



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

del país. De la muestra en general, 1,4% había abusado o dependido de las drogas en algún momento de la vida, y ello ocurrió con mucha más frecuencia en varones (2,9%) que en mujeres (0,2%). La prevalencia del abuso o de la dependencia de drogas en el transcurso de los 12 meses anteriores a la encuesta fue de 0,4% en general (0,9% en varones y 0,0% en mujeres). La tasa de tratamiento durante los 12 meses anteriores a la encuesta entre quienes cumplían los criterios de abuso o dependencia durante ese periodo fue de 17,1%; 14,8% fueron atendidos en centros de tratamiento especializados, y 2,8% dijeron haber asistido a grupos de autoayuda. **CONCLUSIONES.** Un número apreciable de mexicanos tienen un trastorno relacionado con el consumo de drogas, pero la demanda de un tratamiento es poca, en parte debido a temor al estigma. Según nuestros resultados, urge organizar los servicios especializados para personas con trastornos vinculados al abuso de sustancias en función de la prevalencia de la dependencia de las diversas sustancias y de la variación que muestra esta prevalencia en las distintas regiones del país.

2007

15) [Borges G, Wang, P.S., Medina-Mora, ME, Lara, C., Chiu, W.T. \(2007\). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. American Journal of Public Health, 97\(9\), 1638-43.](#)

OBJECTIVES: We studied failure and delay in making initial treatment contact after the first onset of a mental or substance use disorder in Mexico as a first step to understanding barriers to providing effective treatment in Mexico. **METHODS:** Data were from the Mexican National Comorbidity Survey (2001-2002), a representative, face-to-face household survey of urban residents aged 18 to 65 years. The age of onset for disorders was compared with the age of first professional treatment contact for each lifetime disorder (as defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition). **RESULTS:** Many people with lifetime disorders eventually made treatment contact, although the proportions varied for mood (69.9%), anxiety (53.2%), and substance use (22.1%) disorders. Delays were long: 10 years for substance use disorders, 14 years for mood disorders, and 30 years for anxiety disorders. Failure and delay in making initial treatment contact were associated with earlier ages of disorder onset and being in older cohorts. **CONCLUSIONS:** Failure to make prompt initial treatment contact is an important reason explaining why there are unmet needs for mental health care in Mexico. Meeting these needs will likely require expansion and optimal allocation of resources as well as other interventions

16) [Borges G, Nock, M.K., Medina-Mora, ME, Lara, C., Chiu, W.T., Kessler, R.C. \(2007\). The epidemiology of suicide-related outcomes in Mexico. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37\(6\), 627-640. .](#)

ABSTRACT: Nationally representative data from the Mexican National Comorbidity Survey are presented on the lifetime prevalence and age-of-onset (AOO) distributions of suicide ideation, plan and attempt and on temporally prior demographic and DSM-IV psychiatric risk factors. Lifetime ideation was reported by 8.1% of respondents, while 3.2% reported a lifetime plan and 2.7% a lifetime suicide attempt. Onset of all outcomes was highest in adolescence and early adulthood. The risk of transition from suicide ideation to plan and attempt was highest within the first year of onset of ideation. The presence of one or more temporally prior DSM-IV/CIDI (Composite International Diagnostic Instrument) disorder was strongly related to each suicide-related outcome. Suicidal outcomes are prevalent, have an early AOO, and are strongly related to temporally prior mental disorders in Mexico. Given the early AOO, intervention efforts need to focus more than currently on children and adolescents with mental disorders to be effective in prevention.

17) [Borges G, Medina-Mora, ME, Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S. \(2007\). The effect of migration to the US on substance use disorders among return migrants and Mexican families of migrants. American Journal of Public Health, 97\(10\), 1847-1851.](#)



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

OBJECTIVES: We examined the association between substance use disorders and migration to the United States in a nationally representative sample of the Mexican population. **METHODS:** We used the World Mental Health version of the Composite International Diagnostic Interview to conduct structured, computer-assisted, face-to-face interviews with a cross-sectional sample of household residents aged 18 to 65 years who lived in Mexico in cities with a population of at least 2500 people in 2001 and 2002. The response rate was 76.6%, with 5826 respondents interviewed. **RESULTS:** Respondents who had migrated to the United States and respondents who had family members who migrated in the United States were more likely to have used alcohol, marijuana, or cocaine at least once in their lifetime; to develop a substance use disorder; and to have a current (in the past 12 months) substance use disorder than were other Mexicans.

CONCLUSIONS: International migration appears to play a large role in transforming substance use norms and pathology in Mexico. Future studies should examine how networks extending over international boundaries influence substance use.

18) **Borges G, Medina-Mora, ME, Lara, C., Zambrano, J., Benjet, C., Fleiz, C. (2007).** Alcohol use and alcohol use disorders in Mexico. *Contemporary Drug Problems*, 34, 389-410.

ABSTRACT: We provide information on prevalence rates of alcohol use and alcohol use disorders, as well as service utilization among persons that present with alcohol abuse or dependence in Mexico. The data were collected in 2001 and 2002 in the Mexico National Comorbidity Survey. The sample design was stratified, using a computerized version of the Composite International Diagnostic Interview. The response rate was 76.6%, for a total of 5,826 interviews; 86.2% of the population had ever tried alcohol and 43.5% drank in the past 12 months. Lifetime abuse or dependence was reported by 7.6% of the population, and in the past 12 months by 2.0%. Only 30.9% of all respondents with an alcohol use disorder had ever used any treatment service use is a matter of great concern in Mexico. Extension of services, increasing the number of health professionals in this area and more diverse and appropriate treatment programs are urgently needed.

AUTHORS' NOTE: Funding for this study came from the Ramon de la Fuente National Institute of Psychiatry (grant 4280) and the National Council on Science and Technology of Mexico (grant G30544-H), with supplemental support from the Pan American Health Organization and the Pfizer Foundation, Mexico. The Mexican National Comorbidity Survey was carried out in conjunction with the World Health Organization's World Mental Health (WMH) Survey Initiative. We thank the WMH staff for assistance with instrumentation, fieldwork and data analysis. These activities were supported by the United States National Institute of Mental Health (grant ROIMH070884), the John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, the Pfizer Foundation, the United States Public Health Service (grants R13-MH069864 AND R01 DA016558), the Fogarty Internantinal Center (FIRCA grant ROITW006481), the Pan American Health Organization, Eli Lilly and Company, Ortho-McNeil Pharmaceutical, GlaxoSmithKline and Bristol-Myers Squibb.

19) **Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges G, Castilla-Puentes, R.C., Kendler, K.S., Medina-Mora, ME, Su, M., Kessler, R.C. (2007).** Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1-2), 115-122.

ABSTRACT: Our understanding of the relationship between immigration and mental health can be advanced by comparing immigrants pre- and post-immigration with residents of the immigrants' home countries. DSM-IV anxiety and mood disorders were assessed using identical methods in representative samples of English-speaking Mexican immigrants to the US, a subsample of the US National Comorbidity Survey Replication (NCSR), and Mexicans, the Mexican National Comorbidity Survey (MNCS). Retrospective reports of age of onset of disorders and, in the immigrant sample, age of immigration were analyzed to study the associations of pre-existing mental disorders with immigration and of immigration with the subsequent onset and persistence of mental disorders. Pre-



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

existing anxiety disorders predicted immigration (OR=3.0; 95% CI 1.2-7.4). Immigration predicted subsequent onset of anxiety (OR=1.9; 95% CI 0.9-3.9) and mood (OR=2.3; 95% CI 1.3-4.0) disorders and persistence of anxiety (OR=3.7 95% CI 1.2-11.2) disorders. The results are inconsistent with the "healthy immigrant" hypothesis (that mentally healthy people immigrate) and partly consistent with the "acculturation stress" hypothesis (i.e., that stresses of living in a foreign culture promote mental disorder). Replication and extension of these results in a larger bi-national sample using a single field staff are needed.

20) Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Borges G, Kendler, K.S., Su, M., Kessler, R.C. (2007). Risk for psychiatric disorder among immigrants and their US-born descendants: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 189-195. .

ABSTRACT: Although previous research has consistently documented that immigrants to the United States have better mental health than US natives, little is known about why this difference occurs. DSM-IV anxiety, mood, impulse control, and substance use disorders were assessed in a nationally representative survey of the US household population, the National Comorbidity Survey Replication. Differences in risk for disorder between immigrants (N = 299) and 5124 natives (N = 5124) were examined using discrete time survival models. Differences were estimated by generation, age of immigration, and duration of residence in the United States. Immigrants had lower lifetime risk of disorder than natives (OR = 0.7; 95% CI, 0.5-0.9). Risk was equally large for natives who were children of immigrants as for natives of subsequent generations. For mood and impulse control disorders, risk equal to that of natives was also found among immigrants who arrived in the United States as children (12 years of age or younger). Immigrants had lower risk than natives prior to arrival in the United States, but there was a trend toward equalization of risk with longer duration of residence in the United States. Differences in risk for disorder emerge within a single generation following immigration, consistent with a strong effect of environmental factors on changes in risk among immigrant populations. This pattern is consistent with either of two causal processes, one involving early socialization in the United States and the other involving postmigration experiences among immigrants who arrive in the United States as adults.

21) Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Nakane, H., Mneimneh, Z., Lara, C., de Graaf, R., Scott, K.M., Gureje, O., Stein, D.J., Haro, J.M., Bromet, E.J., Kessler, R.C., Alonso, J., Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129(3), 332-342. .

ABSTRACT: This paper reports cross-national data concerning back or neck pain comorbidity with mental disorders. We assessed (a) the prevalence of chronic back/neck pain, (b) the prevalence of mental disorders among people with chronic back/neck pain, (c) which mental disorder had strongest associations with chronic back/neck pain, and (d) whether these associations are consistent across countries. Population surveys of community-dwelling adults were carried out in 17 countries in Europe, the Americas, the Middle East, Africa, Asia, and the South Pacific (N=85,088). Mental disorders were assessed with the Composite International Diagnostic Interview, third version (CIDI 3.0): anxiety disorders (generalized anxiety disorder, panic disorder/agoraphobia, posttraumatic stress disorder, and social anxiety disorder), mood disorders (major depression and dysthymia), and alcohol abuse or dependence. Back/neck pain was ascertained by self-report. Between 10% and 42% reported chronic back/neck pain in the previous 12 months. After adjusting for age and sex, mental disorders were more common among persons with back/neck pain than among persons without. The pooled odds ratios were 2.3 [95% CI=2.1-2.5] for mood disorders, 2.2 [95% CI=2.1-2.4] for anxiety disorders, and 1.6 [95% CI=1.4-1.9] for alcohol abuse/dependence in people with versus without chronic back/neck pain. Although prevalence rates of back/neck pain were generally lower than in previous reports, mental disorders were associated with chronic back/neck pain. The strength of association was stronger for mood and anxiety disorders than for alcohol abuse/dependence. The



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

association of mental disorders with back/neck pain showed a consistent pattern across both developed and developing countries.

22) Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R.C., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J.M., Jin, R., Karam, E.G., Lara, C., Lepine, J.P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. (2007). The cross national prevalence and correlates of ADHD: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 402-409. .

BACKGROUND: Little is known about the epidemiology of adult attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). **AIMS:** To estimate the prevalence and correlates of DSM-IV adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. **METHOD:** An ADHD screen was administered to respondents aged 18-44 years in ten countries in the Americas, Europe and the Middle East (n=11422). Masked clinical reappraisal interviews were administered to 154 US respondents to calibrate the screen. Multiple imputation was used to estimate prevalence and correlates based on the assumption of cross-national calibration comparability. **RESULTS:** Estimates of ADHD prevalence averaged 3.4% (range 1.2-7.3%), with lower prevalence in lower-income countries (1.9%) compared with higher-income countries (4.2%). Adult ADHD often co-occurs with other DSM-IV disorders and is associated with considerable role disability. Few cases are treated for ADHD, but in many cases treatment is given for comorbid disorders. **CONCLUSIONS:** Adult ADHD should be considered more seriously in future epidemiological and clinical studies than is currently the case

23) Fleiz, C., Borges G, Rojas, E., Benjet, C., Medina-Mora, M.E. (2007). Uso de alcohol, tabaco y drogas en población mexicana, un estudio de cohortes. *Salud Mental*, 30(5), 63-72. .

RESUMEN: El alcohol es la sustancia de mayor uso (86%). Le sigue el tabaco (60%), que alcanza los mayores niveles de consumo en la vida en el grupo de 45-54 años (63%). El uso extramédico de drogas, incluidas las drogas ilegales y las drogas médicas sin prescripción, asciende a un 10%. El uso de cualquier droga ilegal, incluido el consumo de drogas médicas fuera de prescripción y, en particular, el de marihuana y cocaína, afecta más a los más jóvenes y la prevalencia disminuye constantemente con la edad. Un modelo de sobrevivencia de tiempo discreto mostró variaciones en el uso de drogas por cohorte para todas las sustancias estudiadas, incluso para el consumo de alcohol. En todos los casos, las cohortes más jóvenes están en mayor riesgo de usar sustancias y los riesgos más elevados se concentran siempre en la cohorte más joven. Las diferencias en riesgo son especialmente marcadas para el uso de cocaína, con un incremento hasta cien veces mayor en el riesgo entre los sujetos de 18-29 años. Resultados de un modelo logístico múltiple sobre factores de riesgo para el uso de sustancias mostraron que la edad sigue siendo un factor de riesgo muy importante para el uso de sustancias fuera de prescripción, así como para la marihuana y la cocaína, aunque no así para el alcohol y el tabaco. En todas las sustancias, el consumo es mucho menor para las mujeres y para las amas de casa. **Discusión** Se documenta un incremento en los riesgos de problemas de abuso de sustancias en las generaciones que ahora son jóvenes; estos riesgos son mayores que los que presentaban otras generaciones cuando tenían su misma edad. El inicio es acelerado en la adolescencia y se estabiliza poco antes de llegar a los 30 años de edad. La marihuana ha mantenido una edad de inicio temprana a lo largo de las generaciones. Por su parte, la cocaína muestra mayor índice de casos con un inicio más tardío; aun así, el riesgo de consumo de esta sustancia es considerablemente mayor en las cohortes más jóvenes. El análisis de sobrevivencia confirmó que comparadas con la cohorte de mayor edad, las cohortes más jóvenes están en mayor riesgo de usar sustancias y las diferencias en riesgo son especialmente marcadas para el uso de cocaína. El índice de consumo de tabaco y alcohol es similar a lo largo de la vida, lo que señala que el problema es endémico en el país. Estos datos reflejan tendencias ya reportadas en otros estudios y muestran que la edad sigue siendo un factor de riesgo muy importante para el uso de sustancias ilegales o de drogas médicas consumidas sin receta médica. En todas las sustancias, el consumo es mucho menor para las mujeres, así como para las amas de casa, lo que indica que prevalecen los dobles



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

parámetros por género. Conclusiones. Los datos de este estudio prueban la hipótesis del mayor riesgo de consumo de sustancias a que está expuesta la población joven cuando se le compara con sus padres cuando eran jóvenes y apuntan a la necesidad de incrementar las acciones para contrarrestar el efecto negativo de este fenómeno sobre su salud y sobre la sociedad.

24) Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Gluzman, S., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Karam, A., Levinson, D., **Medina-Mora, ME.**, Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Tsang, C.H.A., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B-E., Berglund, P.A., Gruber, M., Petukhova, M., Chatterji, S., Ustun, T.B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *World Psychiatry*; 6; 168-176 .

ABSTRACT: Data are presented on the lifetime prevalence, projected lifetime risk, and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization (WHO)'s World Mental Health (WMH) Surveys. Face-to-face community surveys were conducted in seventeen countries in Africa, Asia, the Americas, Europe, and the Middle East. The combined numbers of respondents were 85,052. Lifetime prevalence, projected lifetime risk, and age of onset of DSM-IV disorders were assessed with the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI), a fully-structured lay administered diagnostic interview. Survival analysis was used to estimate lifetime risk. Median and inter-quartile range (IQR) of age of onset is very early for some anxiety disorders (7-14, IQR: 8-11) and impulse control disorders (7-15, IQR: 11-12). The age-of-onset distribution is later for mood disorders (29-43, IQR: 35-40), other anxiety disorders (24-50, IQR: 31-41), and substance use disorders (18-29, IQR: 21-26). Median and IQR lifetime prevalence estimates are: anxiety disorders 4.8-31.0% (IQR: 9.9-16.7%), mood disorders 3.3-21.4% (IQR: 9.8-15.8%), impulse control disorders 0.3-25.0% (IQR: 3.1-5.7%), substance use disorders 1.3-15.0% (IQR: 4.8-9.6%), and any disorder 12.0-47.4% (IQR: 18.1-36.1%). Projected lifetime risk is proportionally between 17% and 69% higher than estimated lifetime prevalence (IQR: 28-44%), with the highest ratios in countries exposed to sectarian violence (Israel, Nigeria, and South Africa), and a general tendency for projected risk to be highest in recent cohorts in all countries. These results document clearly that mental disorders are commonly occurring. As many mental disorders begin in childhood or adolescents, interventions aimed at early detection and treatment might help reduce the persistence or severity of primary disorders and prevent the subsequent onset of secondary disorders.

25) **Lara, C., Medina-Mora, ME, Borges G, Zambrano, J.** (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.

ABSTRACT: Introducción Hasta las últimas dos décadas del siglo pasado se subestimaba el impacto de los trastornos mentales. Semejante percepción cambió debido a dos factores: por un lado, el estudio de la carga global de la enfermedad y, por otro, la definición de los trastornos mentales según la Asociación Psiquiátrica Americana. En estos dos factores el elemento común es la inclusión del concepto de discapacidad. La discapacidad se refiere al deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y forma parte del costo social de la enfermedad. En el estudio de la Carga Global de la Enfermedad, la depresión se consideró como la enfermedad más discapacitante y ocupó el cuarto lugar en ese estudio. Otros cuatro trastornos psiquiátricos se incluyeron también entre las 10 enfermedades más discapacitantes. En 1985, en la versión revisada de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, la Asociación Psiquiátrica Americana incluyó el deterioro en diferentes áreas de funcionamiento como criterio diagnóstico de los trastornos mentales. En 1992, la Organización Mundial de la Salud incluyó también el deterioro de la actividad entre las pautas diagnósticas de algunos trastornos mentales. Así, el objetivo principal de este trabajo es reportar la discapacidad producida por los trastornos afectivos y los



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

trastornos de ansiedad identificados con mayor frecuencia en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica a fin de compararla con la discapacidad producida por algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. Material y métodos. Los datos analizados en este trabajo se recabaron durante la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Los diagnósticos se basan en el DSM-IV. La entrevista se realizó con una versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (CAPI, versión 15 certificada del CID). También se evaluó la prevalencia en los últimos 12 meses de las siguientes enfermedades crónicas no psiquiátricas: diabetes, artritis, hipertensión, cefalea, dolor de espalda y cuello, y otras enfermedades dolorosas. Todas éstas se identifican globalmente como "enfermedades crónicas". En este trabajo se presenta la discapacidad producida por la depresión, manía, agorafobia sin pánico, fobia social, ansiedad generalizada, trastorno de pánico y estrés postraumático, y se compara con la discapacidad producida por las enfermedades crónicas. La discapacidad se evaluó con la Escala de Discapacidad de Sheehan y el número de días productivos perdidos. Esta escala es un instrumento de autorreporte que evalúa la discapacidad en diferentes áreas. Las subescalas se promedian y se obtiene así una puntuación total que va de 0, sin deterioro en el funcionamiento, hasta 10, que indica un funcionamiento totalmente deteriorado. También se preguntó a cada entrevistado sobre el número de días en que fue totalmente incapaz de trabajar debido a un trastorno presente en los últimos 12 meses. Se hicieron 5826 entrevistas completas y los resultados se sometieron a un complejo proceso de ponderación. Los datos que se reportan se basan en los pesos de la parte 2, que utiliza un total de 2362 entrevistas. Resultados. De las cuatro áreas evaluadas, las de las relaciones con personas cercanas y la vida social fueron las más afectadas. Los trastornos que producen los niveles más elevados de discapacidad fueron la depresión (4.63 y 4.8), la fobia social (5.37 y 5.8) y el trastorno por estrés postraumático (5.61 y 5.35). La depresión tuvo el mayor impacto en el área laboral (4.88). En la puntuación total de la escala, los trastornos que produjeron mayor nivel de discapacidad fueron el estrés postraumático (5.35) y la depresión (4.72). La pregunta sobre cuántos días fueron totalmente incapaces de trabajar los entrevistados en el último año, reveló que la depresión y el trastorno de pánico fueron los trastornos por los que, en promedio, se perdieron más días de actividad. Los días perdidos por enfermedades crónicas (6.89) fueron menos que los que se perdieron por depresión (25.51), agorafobia (18.56), ansiedad generalizada (9.5), trastorno de pánico (20) y trastorno por estrés postraumático (14.21). Discusión Los resultados más sobresalientes son los siguientes. En primer lugar, el efecto de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad es mayor que el efecto de algunas enfermedades crónicas no psiquiátricas. En las cuatro áreas de funcionamiento evaluadas, los trastornos psiquiátricos obtuvieron en promedio puntuaciones más elevadas que las enfermedades crónicas. En segundo lugar, debe destacarse el efecto discapacitante de un trastorno aparentemente poco grave como la fobia social. Si se considera que existen tratamientos efectivos, sobre todo para pánico y depresión, puede decirse que es posible disminuir el costo social de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad. Este es el primer artículo en América Latina en que se reporta el impacto de los trastornos mentales según la discapacidad y los días de actividad perdidos que generan.

26) **Medina-Mora, ME, Borges G, Benjet, C., Lara, C., Berglund, P.A. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190, 521-528.**

BACKGROUND: No national data on lifetime prevalence and risk factors for DSM-IV psychiatric disorders are available in Mexico. **AIMS:** To present data on lifetime prevalence and projected lifetime risk, age at onset and demographic correlates of DSM-IV psychiatric disorders assessed in the Mexican National Comorbidity Survey.

METHOD: The survey was based on a multistage area probability sample of non-institutionalised people aged 18-65 years in urban Mexico. The World Mental Health Survey version of the Composite International Diagnostic Interview was administered by lay interviewers. **RESULTS:** Of those surveyed, 26.1% had experienced at least one psychiatric disorder in their life and 36.4% of Mexicans will eventually experience one of these disorders. Half of the population who present with a psychiatric disorder do so by the age of 21 and younger cohorts are at



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

greater risk for most disorders. **CONCLUSIONS:** Our results suggest an urgent need to re-evaluate the resources allocated for the detection and treatment of psychiatric illnesses in Mexico.

27) Ormel, J., Von Korff, M., Burger, H., Scott, K., Demyttenaere, K., Huang, Y.Q., Posada-Villa, J., Pierre Lepine, J., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Kawakami, N., Karam, E., Medina-Mora, ME, Gureje, O., Williams, D., Haro, J.M., Bromet, E.J., Alonso, J., Kessler, R. (2007). Mental disorders among persons with heart disease - results from World Mental Health surveys. *General Hospital Psychiatry*, 29(4), 325-334.

OBJECTIVES: While depression and heart disease often co-occur in Western countries, less is known about the association of anxiety and alcohol use disorders with heart disease and about the cross-cultural consistency of this association. Consistency across emotional disorders and cultures would suggest that relatively universal mechanisms underlie the association. **METHODS:** Surveys with 18 random population samples of household-residing adults in 17 countries in Europe, the Americas, the Middle East, Africa, Asia and the South Pacific were carried out. Medically recognized heart disease was ascertained by self-report. Mental disorders were assessed with the World Mental Health Composite International Diagnostic Interview, a fully structured diagnostic interview. **RESULTS:** Specific mood and anxiety disorders occurred among persons with heart disease at rates higher than those among persons without heart disease. Adjusted for sex and age, the pooled odds ratios (95% confidence interval) were 2.1 (1.9-2.5) for mood disorders, 2.2 (1.9-2.5) for anxiety disorders and 1.4 (1.0-1.9) for alcohol abuse/dependence among persons with versus those without heart disease. These patterns were similar across countries. **CONCLUSIONS:** An excess of anxiety disorders and that of mood disorders are found among persons with heart disease. These associations hold true across countries despite substantial between-country differences in culture and mental disorder prevalence rates. These results suggest that similar mechanisms underlie the association and that a broad spectrum of mood-anxiety disorders should be considered in research on the comorbidity of mental disorders and heart disease.

16

28) Scott, K.M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y., Kessler, R.C., Levinson, D., Mneimneh, Z.N., Oakley, Browne, M.A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Takeshima, T., Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*. 103: 113-120.

BACKGROUND: Prior research on the association between affective disorders and physical conditions has been carried out in developed countries, usually in clinical populations, on a limited range of mental disorders and physical conditions, and has seldom taken into account the comorbidity between depressive and anxiety disorders. **METHODS:** Eighteen general population surveys were carried out among adults in 17 countries as part of the World Mental Health Surveys initiative (N=42, 249). DSM-IV depressive and anxiety disorders were assessed using face-to-face interviews with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0). Chronic physical conditions were ascertained via a standard checklist. The relationship between mental disorders and physical conditions was assessed by considering depressive and anxiety disorders independently (depression without anxiety; anxiety without depression) and conjointly (depression plus anxiety). **RESULTS:** All physical conditions were significantly associated with depressive and/or anxiety disorders but there was variation in the strength of association (ORs 1.2-4.5). Non-comorbid depressive and anxiety disorders were associated in equal degree with physical conditions. Comorbid depressive-anxiety disorder was more strongly associated with several physical conditions than were single mental disorders. **LIMITATIONS:** Physical conditions were ascertained via self report, though for a number of conditions this was self-report of diagnosis by a physician. **CONCLUSIONS:** Given the prevalence and clinical consequences of the co-occurrence of mental and physical disorders, attention to their comorbidity should remain a clinical and research priority.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE

WMHS-OMS

29) Scott, K.M., Von Korff, M., Ormel, J., Zhang, M.Y., Bruffaerts, R., Alonso, J., Kessler, R.C., Tachimori, H., Karam, E., Levinson, D., Bromet, E.J., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Angermeyer, M.C., **Borges G**, de Girolamo, G., Herman, A., Haro, J.M. (2007). Mental disorders among adults with asthma: Results from the World Mental Health Survey. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 123-133. .

OBJECTIVE: Our objectives were (a) to determine which common mental disorders are associated with asthma in the general population after controlling for age and sex, and (b) to assess whether the associations of mental disorders with asthma are consistent across diverse countries. **METHOD:** Eighteen population surveys of household-residing adults were carried out in 17 countries (N=85,088). Mental disorders were assessed with the Composite International Diagnostic Interview 3.0, a fully structured diagnostic interview. The disorders considered here are 12-month anxiety disorders (generalized anxiety disorder, panic disorder/agoraphobia, posttraumatic stress disorder and social phobia), depressive disorders (dysthymia and major depressive disorder) and alcohol use disorders (abuse and dependence). Asthma was ascertained by self-reports of lifetime diagnosis among a subsample (n=42,697). **RESULTS:** Pooled estimates of age-adjusted and sex-adjusted odds of mental disorders among persons with asthma relative to those without asthma were 1.6 [95% confidence interval (95% CI)=1.4, 1.8] for depressive disorders, 1.5 (95% CI=1.4, 1.7) for anxiety disorders and 1.7 (95% CI=1.4, 2.1) for alcohol use disorders. **CONCLUSION:** This first cross-national study of the relationship between asthma and mental disorders confirms that a range of common mental disorders occurs with greater frequency among persons with asthma. These results attest to the importance of clinicians in diverse settings being alert to the co-occurrence of these conditions.

30) Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, E., Alonso, J., Angermeyer, M.A., **Borges G**, Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S., Wells, J.E. (2007). Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: Results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *The Lancet*: 370(9590): 841-850. .

BACKGROUND: Mental disorders are major causes of disability worldwide, including in the low-income and middle-income countries least able to bear such burdens. We describe mental health care in 17 countries participating in the WHO world mental health (WMH) survey initiative and examine unmet needs for treatment.

METHODS: Face-to-face household surveys were undertaken with 84,850 community adult respondents in low-income or middle-income (Colombia, Lebanon, Mexico, Nigeria, China, South Africa, Ukraine) and high-income countries (Belgium, France, Germany, Israel, Italy, Japan, Netherlands, New Zealand, Spain, USA). Prevalence and severity of mental disorders over 12 months, and mental health service use, were assessed with the WMH composite international diagnostic interview. Logistic regression analysis was used to study sociodemographic predictors of receiving any 12-month services. **FINDINGS:** The number of respondents using any 12-month mental health services (57 [2%; Nigeria] to 1477 [18%; USA]) was generally lower in developing than in developed countries, and the proportion receiving services tended to correspond to countries' percentages of gross domestic product spent on health care. Although seriousness of disorder was related to service use, only five (11%; China) to 46 (61%; Belgium) of patients with severe disorders received any care in the previous year. General medical sectors were the largest sources of mental health services. For respondents initiating treatments, 152 (70%; Germany) to 129 (95%; Italy) received any follow-up care, and one (10%; Nigeria) to 113 (42%; France) received treatments meeting minimum standards for adequacy. Patients who were male, married, less-educated, and at the extremes of age or income were treated less.

INTERPRETATION: Unmet needs for mental health treatment are pervasive and especially concerning in less-developed countries. Alleviation of these unmet needs will require expansion and optimum allocation of treatment resources



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

31) Wang, P.S., Angermeyer, M., **Borges G**, Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y-Q., Kessler, R.C., Kovess, V., Levinson, D., Nakane, Y., Oakley Browne, M.A., Ormel, J., Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Heeringa, S., Pennell, B-E., Chatterji, S., Ustun, T.B. (2007). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative. *World Psychiatry*: 6; 177-185. .

ABSTRACT: Data are presented on patterns of failure and delay in making initial treatment contact after first onset of a mental disorder in 15 countries in the World Health Organization (WHO)'s World Mental Health (WMH) Surveys. Representative face-to-face household surveys were conducted among 76,012 respondents aged 18 and older in Belgium, Colombia, France, Germany, Israel, Italy, Japan, Lebanon, Mexico, the Netherlands, New Zealand, Nigeria, People's Republic of China (Beijing and Shanghai), Spain, and the United States. The WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI) was used to assess lifetime DSM-IV anxiety, mood, and substance use disorders. Ages of onset for individual disorders and ages of first treatment contact for each disorder were used to calculate the extent of failure and delay in initial help seeking. The proportion of lifetime cases making treatment contact in the year of disorder onset ranged from 0.8 to 36.4% for anxiety disorders, from 6.0 to 52.1% for mood disorders, and from 0.9 to 18.6% for substance use disorders. By 50 years, the proportion of lifetime cases making treatment contact ranged from 15.2 to 95.0% for anxiety disorders, from 7.9 to 98.6% for mood disorders, and from 19.8 to 86.1% for substance use disorders. Median delays among cases eventually making contact ranged from 3.0 to 30.0 years for anxiety disorders, from 1.0 to 14.0 years for mood disorders, and from 6.0 to 18.0 years for substance use disorders. Failure and delays in treatment seeking were generally greater in developing countries, older cohorts, men, and cases with earlier ages of onset. These results show that failure and delays in initial help seeking are pervasive problems worldwide. Interventions to ensure prompt initial treatment contacts are needed to reduce the global burdens and hazards of untreated mental disorders

18

2008

32) **Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, ME**, (2008). DSM-IV Personality disorders in Mexico: results from a general population survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), 227-34.

OBJETIVO: Este trabajo presenta las primeras estimaciones poblacionales de la prevalencia de los trastornos de personalidad y sus correlatos en la población mexicana. **MÉTODO:** Se aplicó un tamizaje con base en el International Personality Disorder Examination a una muestra representativa de la población adulta mexicana en áreas urbanas (n = 2362) como parte de la Encuesta Mexicana Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, validada con evaluaciones clínicas realizadas en los Estados Unidos. **RESULTADOS:** Se implementó un método de imputación múltiple para estimar la prevalencia y los correlatos de los trastornos de personalidad en la muestra mexicana proporcionando una prevalencia de 4.6% Grupo A, 1.6% Grupo B, 2.4% Grupo C, y 6.1% cualquier trastorno de personalidad. Todos los grupos de trastornos de personalidad fueron significativamente comórbidos con los trastornos del Eje I del DSM-IV. Una de cada cinco personas con un trastorno de Eje-I en México presenta un trastorno de personalidad comórbido y casi la mitad de aquellos con un trastorno de personalidad presenta un trastorno del Eje I. **CONCLUSIONES:** Asociaciones modestas de trastornos de personalidad con discapacidad y asociaciones mayores con la utilización de servicios se debe a la comorbilidad con el Eje-I. El impacto de los trastornos de personalidad en la salud pública reside en su comorbilidad con los trastornos del Eje-I y no en su impacto directo sobre el funcionamiento o la búsqueda de ayuda.

33) **Borges G, Angst, J., Nock, M.K., Ruscio, A.M., Kessler, R.C.** (2008). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *Journal of Affective Disorders* 105(1-3), 25-33. .



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

BACKGROUND: We report prospective associations of baseline risk factors with the first onset and persistence of suicide-related outcomes (SROs; ideation, plans, gestures, and attempts) over a 10-year interval among respondents who participated in both the 1990-02 National Comorbidity Survey (NCS) and the 2000-02 National Comorbidity Survey follow-up (NCS-2). **METHODS:** A total of 5001 NCS respondents were re-interviewed (87.6% of baseline sample) in the NCS-2. Three sets of baseline (NCS) risk factors were considered as predictors of the first onset and persistence of SROs: socio-demographics, lifetime DSM-III-R disorders, and SROs. **RESULTS:** New onsets included 6.2% suicide ideation, 2.3% plan, 0.7% gesture, and 0.9% attempts. More than one-third of respondents with a baseline history of suicide ideation continued to have suicide ideation at some time over the intervening decade. Persistence was lower for other SROs. The strongest predictors of later SROs were baseline SROs. Prospective associations of baseline mental disorders with later SROs were largely limited to the onset and persistence of ideation. **LIMITATIONS:** Although data were gathered prospectively, they were based on retrospective reports at both baseline and follow-up. **CONCLUSIONS:** Baseline history of SROs explained much of the association of mental disorders with later SROs. It is important clinically to note that many of the risk factors known to predict onset of SROs also predict persistence of SROs.

34) Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., **Borges G**, Castilla-Puentes, R.C., Kendler, K.S., **Medina-Mora, ME**, Su, M., Kessler, R.C. (2008). Mental disorders among English-speaking Mexican immigrants to the US compared to a national sample of Mexicans. *Psychiatry Research*, 151(1-2), 115-22. .

ABSTRACT: Our understanding of the relationship between immigration and mental health can be advanced by comparing immigrants pre- and post-immigration with residents of the immigrants' home countries. DSM-IV anxiety and mood disorders were assessed using identical methods in representative samples of English-speaking Mexican immigrants to the US, a subsample of the US National Comorbidity Survey Replication (NCSR), and Mexicans, the Mexican National Comorbidity Survey (MNCS). Retrospective reports of age of onset of disorders and, in the immigrant sample, age of immigration were analyzed to study the associations of pre-existing mental disorders with immigration and of immigration with the subsequent onset and persistence of mental disorders. Pre-existing anxiety disorders predicted immigration (OR=3.0; 95% CI 1.2-7.4). Immigration predicted subsequent onset of anxiety (OR=1.9; 95% CI 0.9-3.9) and mood (OR=2.3; 95% CI 1.3-4.0) disorders and persistence of anxiety (OR=3.7 95% CI 1.2-11.2) disorders. The results are inconsistent with the "healthy immigrant" hypothesis (that mentally healthy people immigrate) and partly consistent with the "acculturation stress" hypothesis (i.e., that stresses of living in a foreign culture promote mental disorder). Replication and extension of these results in a larger bi-national sample using a single field staff are needed.

35) Degenhardt, L., Chiu, W.T., Sampson, N., Kessler, R.C., Anthony, J.C., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Gureje, O., Huang, Y., Karam, A., Kostyuchenko, S., Lepine, J.P., **Medina-Mora, ME**, Neumark, Y., Ormel, J., Pinto-Meza, A., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Takeshima, T., Wells, J.E (2008). Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 5(7), e141.

BACKGROUND: Alcohol, tobacco, and illegal drug use cause considerable morbidity and mortality, but good cross-national epidemiological data are limited. This paper describes such data from the first 17 countries participating in the World Health Organization's (WHO's) World Mental Health (WMH) Survey Initiative. **METHODS AND FINDINGS:** Household surveys with a combined sample size of 85,052 were carried out in the Americas (Colombia, Mexico, United States), Europe (Belgium, France, Germany, Italy, Netherlands, Spain, Ukraine), Middle East and Africa (Israel, Lebanon, Nigeria, South Africa), Asia (Japan, People's Republic of China), and Oceania (New Zealand). The WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI) was used to assess the prevalence and correlates of a wide variety of mental and substance disorders. This paper focuses on lifetime use and age of initiation of tobacco, alcohol, cannabis, and cocaine. Alcohol had been used by most in the Americas,



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

Europe, Japan, and New Zealand, with smaller proportions in the Middle East, Africa, and China. Cannabis use in the US and New Zealand (both 42%) was far higher than in any other country. The US was also an outlier in cocaine use (16%). Males were more likely than females to have used drugs; and a sex-cohort interaction was observed, whereby not only were younger cohorts more likely to use all drugs, but the male-female gap was closing in more recent cohorts. The period of risk for drug initiation also appears to be lengthening longer into adulthood among more recent cohorts. Associations with sociodemographic variables were consistent across countries, as were the curves of incidence of lifetime use.

CONCLUSIONS: Globally, drug use is not distributed evenly and is not simply related to drug policy, since countries with stringent user-level illegal drug policies did not have lower levels of use than countries with liberal ones. Sex differences were consistently documented, but are decreasing in more recent cohorts, who also have higher levels of illegal drug use and extensions in the period of risk for initiation.

36) De Graaf, R., Kessler, R.C., Fayyad, J., ten Have, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Borges G, Demyttenaere, K., Gasquet, I., de Girolamo, G., Haro, J.M., Jin, R., Karam, E.G., Ormel, J., Posada-Villa, J. (2008). The prevalence and effects of Adult Attention-Deficit/hyperactivity Disorder (ADHD) on the performance of workers: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(12), 835-842.

OBJECTIVES: To estimate the prevalence and workplace consequences of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). **METHODS:** An ADHD screen was administered to 18-44-year-old respondents in 10 national surveys in the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative (n = 7075 in paid or self-employment; response rate 45.9-87.7% across countries). Blinded clinical reappraisal interviews were administered in the USA to calibrate the screen. Days out of role were measured using the WHO Disability Assessment Schedule (WHO-DAS). Questions were also asked about ADHD treatment. **RESULTS:** An average of 3.5% of workers in the 10 countries were estimated to meet DSM-IV criteria for adult ADHD (inter-quartile range: 1.3-4.9%). ADHD was more common among males than females and less common among professionals than other workers. ADHD was associated with a statistically significant 22.1 annual days of excess lost role performance compared to otherwise similar respondents without ADHD. No difference in the magnitude of this effect was found by occupation, education, age, gender or partner status. This effect was most pronounced in Colombia, Italy, Lebanon and the USA. Although only a small minority of workers with ADHD ever received treatment for this condition, higher proportions were treated for comorbid mental/substance disorders. **CONCLUSIONS:** ADHD is a relatively common condition among working people in the countries studied and is associated with high work impairment in these countries. This impairment, in conjunction with the low treatment rate and the availability of cost-effective therapies, suggests that ADHD would be a good candidate for targeted workplace screening and treatment programs.

37) Gureje, O., Von Korff, M., Kola, L., Demyttenaere, K., He, Y., Posada-Villa, J., Lepine, J.-P., Angermeyer, M., Levinson, D., de Girolamo, G., Iwata, N., Karam, A., Borges G, de Graaf, R., Oakley Browne, M., Stein, D., Bromet, E., Kessler, R.C., Alonso, J. (2008). The relation between multiple pains and mental disorders: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 135, 82-91.

ABSTRACT: It is unclear whether differences exist in the prevalence of mood, anxiety and alcohol use disorders among persons with multiple pain conditions compared with those with single pain problems. We conducted population surveys in 17 countries in Europe, the Americas, the Middle East, Africa, Asia, and the South Pacific. Participants were community-dwelling adults (N=85,088). Mental disorders were assessed with the Composite International Diagnostic Interview. Pain was assessed by self-report. Both multiple and single site pain problems were associated with mood and anxiety disorders, but not with alcohol abuse or dependence. In general, the prevalence of specific mood and anxiety disorders followed a linear pattern with the lowest rates found among



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

persons with no pain, intermediate rates among those with one pain, and highest rates among those with multi-site pain problems. Relative to persons not reporting pain, the pooled estimates of the age-sex adjusted odds ratios were 1.8 (1.7-2.0) for mood disorders and 1.9 (1.8-2.1) for anxiety disorders for persons with single site pain; 3.7 (3.3-4.1) for mood disorders and 3.6 (3.3-4.0) for anxiety disorders among those with multi-site pain. Our results indicate that the presence of multiple pain conditions was strongly and comparably associated with mood and anxiety disorders in diverse cultures. This consistent pattern of associations suggests that diffuse pain and psychiatric disorders are generally associated, rather than diffuse pain representing an idiom for expressing distress that is specific to particular cultural settings or diffuse pain solely representing a form of masked depression.

38) He, Y., Zhang, M., Lin, E. H. B., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Angermeyer, M.C., Levinson, D., de Girolamo, G., Uda, H., Mneimneh, Z., Benjet, C., de Graaf, R., Scott, K. M., Gureje, O., Seedat, S., Haro, J.M., Bromet, E.J., Alonso, J., von Korff, M., Kessler, R.C. (2008) Mental disorders among persons with arthritis: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 38(11), 1639–50. .

BACKGROUND: Prior studies in the USA have reported higher rates of mental disorders among persons with arthritis but no cross-national studies have been conducted. In this study the prevalence of specific mental disorders among persons with arthritis was estimated and their association with arthritis across diverse countries assessed. **METHOD:** The study was a series of cross-sectional population sample surveys. Eighteen population surveys of household-residing adults were carried out in 17 countries in different regions of the world. Most were carried out between 2001 and 2002, but others were completed as late as 2007. Mental disorders were assessed with the World Health Organization (WHO) World Mental Health-Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). Arthritis was ascertained by self-report. The association of anxiety disorders, mood disorders and alcohol use disorders with arthritis was assessed, controlling for age and sex. Prevalence rates for specific mental disorders among persons with and without arthritis were calculated and odds ratios (ORs) with 95% confidence intervals were used to estimate the association. **RESULTS:** After adjusting for age and sex, specific mood and anxiety disorders occurred among persons with arthritis at higher rates than among persons without arthritis. Alcohol abuse/dependence showed a weaker and less consistent association with arthritis. The pooled estimates of the age- and sex-adjusted ORs were about 1.9 for mood disorders and for anxiety disorders and about 1.5 for alcohol abuse/dependence among persons with versus without arthritis. The pattern of association between specific mood and anxiety disorders and arthritis was similar across countries. **CONCLUSIONS:** Mood and anxiety disorders occur with greater frequency among persons with arthritis than those without arthritis across diverse countries. The strength of association of specific mood and anxiety disorders with arthritis was generally consistent across disorders and across countries.

39) Kessler, R.C., Borges G, Sampson, N., Miller, M., Nock, M.K. (2008). The association between smoking and subsequent suicide-related outcomes in the National Comorbidity Survey panel sample. *Molecular Psychiatry*. 14(12): 1132–1142. .

ABSTRACT: Controversy exists about whether the repeatedly documented associations between smoking and subsequent suicide-related outcomes (SROs; ideation, plans, gestures and attempts) are due to unmeasured common causes or to causal effects of smoking on SROs. We address this issue by examining associations of smoking with subsequent SROs with and without controls for potential explanatory variables in the National Comorbidity Survey (NCS) panel. The latter consists of 5001 people who participated in both the 1990-2002 NCS and the 2001-2003 NCS follow-up survey. Explanatory variables include sociodemographics, potential common causes (parental history of mental-substance disorders; other respondent childhood adversities) and potential mediators (respondent history of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edn, revised mental-substance disorders). Small gross (that is, without controls) prospective associations are found between history of



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

early-onset nicotine dependence and both subsequent suicide ideation and, among ideators, subsequent suicide plans. None of the baseline smoking measures, though, predicts subsequent suicide gestures or attempts among ideators. The smoking-ideation association largely disappears, but the association of early-onset nicotine dependence with subsequent suicide plans persists (odds ratio=3.0), after adjustment for control variables. However, the latter association is as strong with remitted as active nicotine dependence, arguing against a direct causal effect of nicotine dependence on suicide plans. Decomposition of the control variable effects, furthermore, suggests that these effects are due to common causes more than to mediators. These results refine our understanding of the ways in which smoking is associated with later SROs and for the most part argue against the view that these associations are due to causal effects of smoking

40) Lee, S., Tsang, A., Ruscio, A.M., Haro, J.M., Stein, D., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Iwata, N., Karam, E.G., Lepine, J-P., Levinson, D., Medina-Mora, ME, Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Kessler, R.C. (2008). Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. *Psychological Medicine*. 39(7): 1163–1176. .

BACKGROUND—A number of western studies have suggested that the 6-month duration requirement of generalized anxiety disorder (GAD) does not represent a critical threshold in terms of onset, course, or risk factors of the disorder. No study has examined the consequences of modifying the duration requirement across a wide range of correlates in both developed and developing countries. **METHODS** Population surveys were carried out in 7 developing and 10 developed countries using the WHO Composite International Diagnostic Interview (total sample size = 85,052). Prevalence of GAD was estimated using different minimum duration criteria. Age of onset, symptom persistence, subsequent mental disorders, impairment, and recovery were compared across GAD subgroups defined by different duration criteria. **RESULTS**—Lifetime prevalence estimates for GAD lasting 1 month, 3 months, 6 months, and 12 months were 7.5%, 5.24%, 4.11%, and 2.95% for developed countries and 2.65%, 1.78%, 1.47%, and 1.17% for developing countries, respectively. There was little difference between GAD of 6 months duration and GAD of shorter durations (1–2 months, 3–5 months) in symptom severity, age of onset, persistence, impairment, or comorbidity. Those with GAD lasting 12 months or more were the most severe, chronic, and impaired of the four duration subgroups.

CONCLUSION—In both developed and developing countries, the clinical profile of GAD is similar regardless of duration. The DSM-IV 6-month duration criterion is not an optimal marker of severity, impairment, or need for early treatment. Future iterations of the DSM and ICD should consider shortening the duration requirement of GAD.

41) Nock, M.K., Borges G, Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, ME, Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192: 98-105. .

BACKGROUND: Suicide is a leading cause of death worldwide; however, the prevalence and risk factors for the immediate precursors to suicide - suicidal ideation, plans and attempts - are not wellknown, especially in low- and middle-income countries. **AIMS:** To report on the prevalence and risk factors for suicidal behaviours across 17 countries. **METHOD:** A total of 84 850 adults were interviewed regarding suicidal behaviours and socio-demographic and psychiatric risk factors. **RESULTS:** The cross-national lifetime prevalence of suicidal ideation, plans, and attempts is 9.2% (s.e.=0.1), 3.1% (s.e.=0.1), and 2.7% (s.e.=0.1). Across all countries, 60% of transitions from ideation to plan and attempt occur within the first year after ideation onset. Consistent cross-national risk factors included being female, younger, less educated, unmarried and having a mental disorder. Interestingly, the strongest diagnostic risk factors were mood disorders in high-income countries but impulse control disorders in low- and middle-income countries. **CONCLUSION:** There is cross-national variability in the



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

prevalence of suicidal behaviours, but strong consistency in the characteristics and risk factors for these behaviours. These findings have significant implications for the prediction and prevention of suicidal behaviours.

42) Nock, MK, **Borges, G**, Bromet, EJ, Cha, CB, Kessler, RC, Lee, S (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154. .

ABSTRACT: Suicidal behavior is a leading cause of injury and death worldwide. Information about the epidemiology of such behavior is important for policy-making and prevention. The authors reviewed government data on suicide and suicidal behavior and conducted a systematic review of studies on the epidemiology of suicide published from 1997 to 2007. The authors' aims were to examine the prevalence of, trends in, and risk and protective factors for suicidal behavior in the United States and cross-nationally. The data revealed significant cross-national variability in the prevalence of suicidal behavior but consistency in age of onset, transition probabilities, and key risk factors. Suicide is more prevalent among men, whereas nonfatal suicidal behaviors are more prevalent among women and persons who are young, are unmarried, or have a psychiatric disorder. Despite an increase in the treatment of suicidal persons over the past decade, incidence rates of suicidal behavior have remained largely unchanged. Most epidemiologic research on suicidal behavior has focused on patterns and correlates of prevalence. The next generation of studies must examine synergistic effects among modifiable risk and protective factors. New studies must incorporate recent advances in survey methods and clinical assessment. Results should be used in ongoing efforts to decrease the significant loss of life caused by suicidal behavior.

43) Ormel, J, Petukhova, M, Chatterji, S, Aguilar-Gaxiola, S, Alonso, J, Angermeyer, MC, Bromet, EJ, Burger, H, Demyttenaere, K, de Girolamo, G, Haro, JM, Hwang, I, Karam, EG, Kawakami, N, Lepine, JP, **Medina-Mora, ME**, Posada-Villa, J, Sampson, N, Scott, K, Ustun, TB, Von Korff, M, Williams, D, Zhang, M, Kessler, RC (2008). Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry*, 192, 368-375. .

BACKGROUND: Advocates of expanded mental health treatment assert that mental disorders are as disabling as physical disorders, but little evidence supports this assertion. **AIMS:** To establish the disability and treatment of specific mental and physical disorders in high-income and low- and middle-income countries. **METHOD:** Community epidemiological surveys were administered in 15 countries through the World Health Organization World Mental Health (WMH) Survey Initiative. **RESULTS:** Respondents in both high-income and low- and middle-income countries attributed higher disability to mental disorders than to the commonly occurring physical disorders included in the surveys. This pattern held for all disorders and also for treated disorders. Disaggregation showed that the higher disability of mental than physical disorders was limited to disability in social and personal role functioning, whereas disability in productive role functioning was generally comparable for mental and physical disorders. **CONCLUSIONS:** Despite often higher disability, mental disorders are under-treated compared with physical disorders in both high-income and in low- and middle-income countries

44) Scott KM; Von Korff M; Alonso J; Angermeyer MC; Bromet E; Bruffaerts R; de Girolamo G; de Graaf R; Fernandez A; Gureje O; He Y; Kessler RC; Kovess V; Levinson D; **Medina-Mora ME**, Mneimneh Z; Oakley Browne MA; Posada-Villa J; Tachimori H; Williams D. (2008). Age patterns in the prevalence of depressive/anxiety disorders with and without physical comorbidity. *Psychological Medicine*, 38(11), 1659-1669. .

BACKGROUND: Physical morbidity is a potent risk factor for depression onset and clearly increases with age, yet prior research has often found depressive disorders to decrease with age. This study tests the possibility that the relationship between age and mental disorders differs as a function of physical co-morbidity. **METHOD:** Eighteen general population surveys were carried out among household-residing adults as part of the World Mental Health (WMH) surveys initiative (n=42 697). DSM-IV disorders were assessed using face-to-face interviews with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0). The effect of age was estimated for 12-month depressive and/or anxiety disorders with and without physical or pain co-morbidity, and for physical and/or pain conditions



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

without mental co-morbidity. **RESULTS:** Depressive and anxiety disorders decreased with age, a result that cannot be explained by organic exclusion criteria. No significant difference was found in the relationship between mental disorders and age as a function of physical/pain co-morbidity. The majority of older persons have chronic physical or pain conditions without co-morbid mental disorders; by contrast, the majority of those with mental disorders have physical/pain co-morbidity, particularly among the older age groups. **CONCLUSIONS:** CIDI-diagnosed depressive and anxiety disorders in the general population decrease with age, despite greatly increasing physical morbidity with age. Physical morbidity among persons with mental disorder is the norm, particularly in older populations. Health professionals, including mental health professionals, need to address barriers to the management of physical co-morbidity among those with mental disorders.

45) Scott, KM, Von Korff, M, Alonso, J, Angermeyer, MC, Benjet, C, Bruffaerts, R, de Girolamo, G, Haro, JM, Kessler, RC, Kovess, V, Ono, Y, Ormel, J, Posada-Villa, J (2008). Childhood adversity, early-onset depressive/anxiety disorders and adult-onset asthma. *Psychosomatic Medicine*, 70, 1035-1043. .

OBJECTIVES: To investigate a) whether childhood adversity predicts adult-onset asthma; b) whether early-onset depressive/anxiety disorders predict adult-onset asthma; and c) whether childhood adversity and early-onset depressive/anxiety disorders predict adult-onset asthma independently of each other. Previous research has suggested, but not established, that childhood adversity may predict adult-onset asthma and, moreover, that the association between mental disorders and asthma may be a function of shared risk factors, such as childhood adversity. **METHODS:** Ten cross-sectional population surveys of household-residing adults (>18 years, n = 18,303) assessed mental disorders with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0) as part of the World Mental Health surveys. Assessment of a range of childhood family adversities was included. Asthma was ascertained by self-report of lifetime diagnosis and age of diagnosis. Survival analyses calculated hazard ratios (HRs) for risk of adult-onset (>age 20 years) asthma as a function of number and type of childhood adversities and early-onset (<age 21 years) depressive and anxiety disorders, adjusting for current age, sex, country, education, and current smoking. **RESULTS:** Childhood adversities predicted adult-onset asthma with risk increasing with the number of adversities experienced (HRs = 1.49-1.71). Early-onset depressive and anxiety disorders also predicted adult-onset asthma (HRs = 1.67-2.11). Childhood adversities and early-onset depressive and anxiety disorders both predicted adult-onset asthma after mutual adjustment (HRs = 1.43-1.91). **CONCLUSIONS:** Childhood adversities and early-onset depressive/anxiety disorders independently predict adult-onset asthma, suggesting that the mental disorder-asthma relationship is not a function of a shared background of childhood adversity.

46) Scott, K.M., Bruffaerts, R., Simon, G.E., Alonso, J., Angermeyer, M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Levinson, D., Medina-Mora, ME, Oakley Browne, M.A., Ormel, J., Villa, J.P., Uda, H., Von Korff, M. (2008). Obesity and mental disorders in the general population: Results from the World Mental Health Surveys. *International Journal of Obesity*, 32(1), 192-200. .

OBJECTIVES: (1) To investigate whether there is an association between obesity and mental disorders in the general populations of diverse countries, and (2) to establish whether demographic variables (sex, age, education) moderate any associations observed. **DESIGN:** Thirteen cross-sectional, general population surveys conducted as part of the World Mental Health Surveys initiative. **SUBJECTS:** Household residing adults, 18 years and over (n=62 277). **MEASUREMENTS:** DSM-IV mental disorders (anxiety disorders, depressive disorders, alcohol use disorders) were assessed with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0), a fully structured diagnostic interview. Obesity was defined as a body mass index (BMI) of 30 kg/m² or greater; severe obesity as BMI 35+. Persons with BMI less than 18.5 were excluded from analysis. Height and weight were self-reported. **RESULTS:** Statistically significant, albeit modest associations (odds ratios generally in the range of 1.2-1.5) were observed between obesity and depressive disorders, and between obesity and anxiety disorders, in pooled data across countries. These associations were concentrated among those with severe obesity, and among females.



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

Age and education had variable effects across depressive and anxiety disorders. **CONCLUSIONS:** The findings are suggestive of a modest relationship between obesity (particularly severe obesity) and emotional disorders among women in the general population. The study is limited by the self-report of BMI and cannot clarify the direction or nature of the relationship observed, but it may indicate a need for a research and clinical focus on the psychological heterogeneity of the obese population.

47) Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M.C., **Borges GL.G.**, Bromet, E.J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Lepine, J-P., Haro, J.M., Levinson, D., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Seedat, S., Watanabe, M. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: Gender and age differences, and comorbidity with depression-anxiety disorders. *Journal of Pain*, 9(10), 883-891.

ABSTRACT: Although there is a growing body of research concerning the prevalence and correlates of chronic pain conditions and their association with mental disorders, cross-national research on age and gender differences is limited. The present study reports the prevalence by age and gender of common chronic pain conditions (headache, back or neck pain, arthritis or joint pain, and other chronic pain) in 10 developed and 7 developing countries and their association with the spectrum of both depressive and anxiety disorders. It draws on data from 18 general adult population surveys using a common survey questionnaire (N = 42,249). Results show that age-standardized prevalence of chronic pain conditions in the previous 12 months was 37.3% in developed countries and 41.1% in developing countries, with back pain and headache being somewhat more common in developing than developed countries. After controlling for comorbid chronic physical diseases, several findings were consistent across developing and developed countries. There was a higher prevalence of chronic pain conditions among females and older persons; and chronic pain was similarly associated with depression-anxiety spectrum disorders in developed and developing countries. However, the large majority of persons reporting chronic pain did not meet criteria for depression or anxiety disorder. We conclude that common pain conditions affect a large percentage of persons in both developed and developing countries. **PERSPECTIVE:** Chronic pain conditions are common in both developed and developing countries. Overall, the prevalence of pain is greater among females and among older persons. Although most persons reporting pain do not meet criteria for a depressive or anxiety disorder, depression/anxiety spectrum disorders are associated with pain in both developed and developing countries.

25

48) Von Korff, M., Crane, P.K., Alonso, J., Vilagut, G., Angermeyer, M.A., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Gureje, O., de Graaf, R., Huang, Y., Iwata, N., Karam, E.G., Kovess, V., **Lara, C.**, Levinson, D., Posada-Villa, J., Scott, K.M., Ormel, J. (2008 epub ahead of print). Modified WHODAS-II provides valid measure of global disability but filter items increased skewness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(11), 1132-1143. .

OBJECTIVE: The WHODAS-II was substantially modified for use in the World Mental Health Surveys. This article considers psychometric properties and implications of filter items used to reduce respondent burden of the modified WHODAS-II. **STUDY DESIGN AND SETTING:** Seventeen surveys in 16 countries administered a modified WHODAS-II to population samples (N=38,934 adults). Modifications included introducing filter questions for four subscales and substituting questions on the number of days activity was limited for the Life Activities domain. We evaluated distributional properties, reliability, and validity of the modified WHODAS-II.

RESULTS: Most respondents (77%-99%) had zero scores on filtered subscales. Lower bound estimates of internal consistency (alpha) for the filtered subscales were typically in the 0.70s, but were higher for the Global scale. Loadings of subscale scores on a Global Disability factor were moderate to high. Correlations with the Sheehan Disability Scale were modest but consistently positive, while correlations with SF-12 Physical Component Summary were considerably higher. Cross-national variability in disability scores was observed, but



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

was not readily explainable. **CONCLUSIONS:** Internal consistency and validity of the modified WHODAS-II was generally supported, but use of filter questions impaired measurement properties. Group differences in modified WHODAS-II disability scores may be compared within, but not necessarily across, countries.

2009

49) Lara, C, Fayyad, J, de Graaf, R., Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J.M., Jin, R., Karam, E.G., Lepine, J.P., Medina-Mora, ME, Ormel, J., Posada-Villa, J., Sampson, N. (2009). Childhood predictors of adult ADHD: results from the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, 65, 46-54.

BACKGROUND: Although it is known that childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) often persists into adulthood, childhood predictors of this persistence have not been widely studied. **METHODS:** Childhood history of ADHD and adult ADHD were assessed in 10 countries in the World Health Organization World Mental Health Surveys. Logistic regression analysis was used to study associations of retrospectively reported childhood risk factors with adult persistence among the 629 adult respondents with childhood ADHD. Risk factors included age; sex; childhood ADHD symptom profiles, severity, and treatment; comorbid child/adolescent DSM-IV disorders; childhood family adversities; and child/adolescent exposure to traumatic events. **RESULTS:** An average of 50% of children with ADHD (range: 32.8%-84.1% across countries) continued to meet DSM-IV criteria for ADHD as adults. Persistence was strongly related to childhood ADHD symptom profile (highest persistence associated with the attentional plus impulsive-hyperactive type, odds ratio [OR]=12.4, compared with the lowest associated with the impulsive-hyperactive type), symptom severity (OR=2.0), comorbid major depressive disorder (MDD; OR=2.2), high comorbidity (≥ 3 child/adolescent disorders in addition to ADHD; OR=1.7), paternal (but not maternal) anxiety mood disorder (OR=2.4), and parental antisocial personality disorder (OR=2.2). A multivariate risk profile of these variables significantly predicts persistence of ADHD into adulthood (area under the receiving operator characteristic curve=.76). **CONCLUSIONS:** A substantial proportion of children with ADHD continue to meet full criteria for ADHD as adults. A multivariate risk index comprising variables that can be assessed in adolescence predicts persistence with good accuracy.

50) Lee, S., Tsang, A., Ruscio, A.M., Haro, J.M., Stein, D., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Iwata, N., Karam, E.G., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, ME, Browne, M.O., Posada-Villa, J., and Kessler, R.C. (2009). Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorder in developed and developing countries. *Psychological Medicine* 39(7), 1163-1176.

BACKGROUND: A number of western studies have suggested that the 6-month duration requirement of generalized anxiety disorder (GAD) does not represent a critical threshold in terms of onset, course, or risk factors of the disorder. No study has examined the consequences of modifying the duration requirement across a wide range of correlates in both developed and developing countries. **METHOD:** Population surveys were carried out in seven developing and 10 developed countries using the WHO Composite International Diagnostic Interview (total sample=85,052). Prevalence and correlates of GAD were compared across mutually exclusive GAD subgroups defined by different minimum duration criteria.

RESULTS: Lifetime prevalence estimates for GAD lasting 1 month, 3 months, 6 months and 12 months were 7.5%, 5.2%, 4.1% and 3.0% for developed countries and 2.7%, 1.8%, 1.5% and 1.2% for developing countries, respectively. There was little difference between GAD of 6 months' duration and GAD of shorter durations (1-2 months, 3-5 months) in age of onset, symptom severity or persistence, co-morbidity or impairment. GAD lasting ≥ 12 months was the most severe, persistently symptomatic and impaired subgroup. **CONCLUSIONS:** In both



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

developed and developing countries, the clinical profile of GAD is similar regardless of duration. The DSM-IV 6-month duration criterion excludes a large number of individuals who present with shorter generalized anxiety episodes which may be recurrent, impairing and contributory to treatment-seeking. Future iterations of the DSM and ICD should consider modifying the 6-month duration criterion so as to better capture the diversity of clinically salient anxiety presentations.

51) Lee, S., Tsang, A., Breslau, J., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M., **Borges G**, Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J.M., Kawakami, N., Levinson, D., Oakley Browne, M.A., Ormel, J., Posada-Villa, J., Williams, D.R., Kessler, R.C. (2009). Mental disorders and termination of education in high-income and middle-income countries: epidemiological study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 411-417. .

BACKGROUND: Studies of the impact of mental disorders on educational attainment are rare in both high-income and low- and middle-income (LAMI) countries. **AIMS:** To examine the association between early-onset mental disorder and subsequent termination of education. **METHOD:** Sixteen countries taking part in the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative were surveyed with the Composite International Diagnostic Interview (n=41 688). Survival models were used to estimate associations between DSM-IV mental disorders and subsequent non-attainment of educational milestones. **RESULTS:** In high-income countries, prior substance use disorders were associated with non-completion at all stages of education (OR 1.4-15.2). Anxiety disorders (OR=1.3), mood disorders (OR=1.4) and impulse control disorders (OR=2.2) were associated with early termination of secondary education. In LAMI countries, impulse control disorders (OR=1.3) and substance use disorders (OR=1.5) were associated with early termination of secondary education. **CONCLUSIONS:** Onset of mental disorder and subsequent non-completion of education are consistently associated in both high-income and LAMI countries.

52) Lee, S., Tsang, A., Von Korff, M., de Graaf, R., **Benjet, C.**, Haro, J.M., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Gasquet, I., Merikangas, K., Posada-Villa, J., Takeshima, T. & Kessler, R.C. (2009) Association of headache with childhood adversity and mental disorder: cross-national study. *British Journal of Psychiatry*, 194, 111-116. .

BACKGROUND: Community studies about the association of headache with both childhood family adversities and depression/anxiety disorders are limited. **AIMS:** To assess the independent and joint associations of childhood family adversities and early-onset depression and anxiety disorders with risks of adult-onset headache. **METHOD:** Data were pooled from cross-sectional community surveys conducted in ten Latin and North American, European and Asian countries (n=18 303) by using standardised instruments. Headache and a range of childhood family adversities were assessed by self-report. **RESULTS:** The number of childhood family adversities was associated with adult-onset headache after adjusting for gender, age, country and early-onset depression/anxiety disorder status (for one adversity, hazard ratio (HR)=1.22-1.6; for two adversities, HR=1.19-1.67; for three or more adversities, HR=1.37-1.95). Early and current onset of depression/anxiety disorders were independently associated (HR=1.42-1.89) with adult-onset headache after controlling for number of childhood family adversities. **CONCLUSIONS:** The findings call for a broad developmental perspective concerning risk factors for development of headache.

53) Nock, M.K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R.C., Angermeyer, M., Beautrais, A., **Borges G**, Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E.G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Tomov, T., Viana, M.C., Williams, D.R. (2009). Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6 (8):e1000123.

BACKGROUND: Suicide is a leading cause of death worldwide. Mental disorders are among the strongest predictors of suicide; however, little is known about which disorders are uniquely predictive of suicidal behavior,



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

the extent to which disorders predict suicide attempts beyond their association with suicidal thoughts, and whether these associations are similar across developed and developing countries. This study was designed to test each of these questions with a focus on nonfatal suicide attempts. **METHODS AND FINDINGS** Data on the lifetime presence and age-of-onset of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV) mental disorders and nonfatal suicidal behaviors were collected via structured face-to-face interviews with 108,664 respondents from 21 countries participating in the WHO World Mental Health Surveys. The results show that each lifetime disorder examined significantly predicts the subsequent first onset of suicide attempt (odds ratios [ORs] = 2.9–8.9). After controlling for comorbidity, these associations decreased substantially (ORs = 1.5–5.6) but remained significant in most cases. Overall, mental disorders were equally predictive in developed and developing countries, with a key difference being that the strongest predictors of suicide attempts in developed countries were mood disorders, whereas in developing countries impulse-control, substance use, and post-traumatic stress disorders were most predictive. Disaggregation of the associations between mental disorders and nonfatal suicide attempts showed that these associations are largely due to disorders predicting the onset of suicidal thoughts rather than predicting progression from thoughts to attempts. In the few instances where mental disorders predicted the transition from suicidal thoughts to attempts, the significant disorders are characterized by anxiety and poor impulse-control. The limitations of this study include the use of retrospective self-reports of lifetime occurrence and age-of-onset of mental disorders and suicidal behaviors, as well as the narrow focus on mental disorders as predictors of nonfatal suicidal behaviors, each of which must be addressed in future studies. **CONCLUSIONS:** This study found that a wide range of mental disorders increased the odds of experiencing suicide ideation. However, after controlling for psychiatric comorbidity, only disorders characterized by anxiety and poor impulse-control predict which people with suicide ideation act on such thoughts. These findings provide a more fine-grained understanding of the associations between mental disorders and subsequent suicidal behavior than previously available and indicate that mental disorders predict suicidal behaviors similarly in both developed and developing countries. Future research is needed to delineate the mechanisms through which people come to think about suicide and subsequently progress from ideation to attempts.

54) Scott, K.M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bromet, E., Fayyad, J., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J.M., He, Y., Kessler, R.C., Levinson, D., **Medina-Mora, ME**, Oakley, Browne, M. Ormel, J., Posada-Villa, J., Watanabe, M., Williams, D. (2009). Mental-physical comorbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39(1), 33-43. .

BACKGROUND: The relationship between mental and physical disorders is well established, but there is less consensus as to the nature of their joint association with disability, in part because additive and interactive models of co-morbidity have not always been clearly differentiated in prior research. **METHOD:** Eighteen general population surveys were carried out among adults as part of the World Mental Health (WMH) Survey Initiative (n=42 697). DSM-IV disorders were assessed using face-to-face interviews with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0). Chronic physical conditions (arthritis, heart disease, respiratory disease, chronic back/neck pain, chronic headache, and diabetes) were ascertained using a standard checklist. Severe disability was defined as on or above the 90th percentile of the WMH version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS-II). **RESULTS:** The odds of severe disability among those with both mental disorder and each of the physical conditions (with the exception of heart disease) were significantly greater than the sum of the odds of the single conditions. The evidence for synergy was model dependent: it was observed in the additive interaction models but not in models assessing multiplicative interactions. Mental disorders were more likely to be associated with severe disability than were the chronic physical conditions. **CONCLUSIONS:** This first cross-national study of the joint effect of mental and physical conditions on the probability of severe disability finds



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

that co-morbidity exerts modest synergistic effects. Clinicians need to accord both mental and physical conditions equal priority, in order for co-morbidity to be adequately managed and disability reduced.

55) Seedat, S., Scott, K.M., Angermeyer, M.C., Berglund, P., Bromet, E.J., Brugha, T.S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J.M., Jin, R., Karam, E.G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina-Mora, ME, Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B.E., Posada-Villa, J., Sampson, N.A., Williams, D., Kessler, R.C. (2009). Cross-National Associations Between Gender and Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785-95.

CONTEXT: Gender differences in mental disorders, including more anxiety and mood disorders among women and more externalizing disorders among men, are found consistently in epidemiological surveys. The gender roles hypothesis suggests that these differences narrow as the roles of women and men become more equal.

OBJECTIVES: To study time-space (cohort-country) variation in gender differences in lifetime DSM-IV mental disorders across cohorts in 15 countries in the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative and to determine if this variation is significantly related to time-space variation in female gender role traditionality as measured by aggregate patterns of female education, employment, marital timing, and use of birth control.

DESIGN: Face-to-face household surveys. **SETTING:** Africa, the Americas, Asia, Europe, the Middle East, and the Pacific. **PARTICIPANTS:** Community-dwelling adults (N = 72,933). **MAIN OUTCOME MEASURES:** The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview assessed lifetime prevalence and age at onset of 18 DSM-IV anxiety, mood, externalizing, and substance disorders. Survival analyses estimated time-space variation in female to male odds ratios of these disorders across cohorts defined by the following age ranges: 18 to 34, 35 to 49, 50 to 64, and 65 years and older. Structural equation analysis examined predictive effects of variation in gender role traditionality on these odds ratios. **RESULTS:** In all cohorts and countries, women had more anxiety and mood disorders than men, and men had more externalizing and substance disorders than women. Although gender differences were generally consistent across cohorts, significant narrowing was found in recent cohorts for major depressive disorder and substance disorders. This narrowing was significantly related to temporal (major depressive disorder) and spatial (substance disorders) variation in gender role traditionality. **CONCLUSIONS:** While gender differences in most lifetime mental disorders were fairly stable over the time-space units studied, substantial intercohort narrowing of differences in major depression was found to be related to changes in the traditionality of female gender roles. Additional research is needed to understand why this temporal narrowing was confined to major depression

56) Von Korff, M., Alonso, J., Ormel, J., Angermeyer, M., Bruffaerts, R., Fleiz, C., de Girolamo, G., Kessler, R.C., Kovess-Masfety, V., Posada-Villa, J., Scott, K.M., Uda, H. (2009). Childhood Psychosocial Stressors and Adult Onset Arthritis: Broad Spectrum Risk Factors and Allostatic Load. *Pain*, 143(1-2), 76-83. .

ABSTRACT: Neural, endocrine, and immune stress mediators are hypothesized to increase risks of diverse chronic diseases, including arthritis. Retrospective data from the World Mental Health Surveys (N=18,309) were employed to assess whether adult onset of arthritis was associated with childhood adversities and early onset psychological disorder. Cox proportional hazard models assessed the association of number of childhood adversities and the presence of early onset psychological disorder with arthritis age of onset. Controlling for age, sex, and early onset mental disorder, relative to persons with no childhood adversities, persons with two adversities had an increased risk of adult onset arthritis (hazard ratio=1.27, 95% CI=1.08, 1.50), while persons with three or more adversities had a higher risk (HR=1.44, CI=1.24, 1.67). Early onset depressive and/or anxiety disorder was associated with an increased risk of adult onset arthritis after controlling for childhood adversities (HR=1.43, CI=1.28, 1.61). Since psychosocial stressors may be broad spectrum risk factors that increase risks of diverse chronic conditions in later life (e.g. arthritis, heart disease, diabetes, asthma, and chronic pain), prospective studies of childhood psychosocial stressors may be most productive if multiple disease outcomes are



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

assessed in the same study. Results from this study provide methodological guidance for future prospective studies of the relationship between childhood psychosocial stressors and subsequent risk of adult onset arthritis

2010

57) Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Üstün, T.B., Alhamzawi, A.O., Viana, M.C., Angermeyer, M., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Hinkov, H., Hu, C.-Y., Karam, E.G., Kovess, V., Levinson, D., **Medina Mora, M.E.**, Nakamura, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K.M., Tsang, A., Williams, D.R., Kessler, R.C. (2010). Days out of role due to common physical and mental conditions: Results

ABSTRACT: Days out of role because of health problems are a major source of lost human capital. We examined the relative importance of commonly occurring physical and mental disorders in accounting for days out of role in 24 countries that participated in the World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) surveys. Face-to-face interviews were carried out with 62 971 respondents (72.0% pooled response rate). Presence of ten chronic physical disorders and nine mental disorders was assessed for each respondent along with information about the number of days in the past month each respondent reported being totally unable to work or carry out their other normal daily activities because of problems with either physical or mental health. Multiple regression analysis was used to estimate associations of specific conditions and comorbidities with days out of role, controlling by basic socio-demographics (age, gender, employment status and country). Overall, 12.8% of respondents had some day totally out of role, with a median of 51.1 a year. The strongest individual-level effects (days out of role per year) were associated with neurological disorders (17.4), bipolar disorder (17.3) and post-traumatic stress disorder (15.2). The strongest population-level effect was associated with pain conditions, which accounted for 21.5% of all days out of role (population attributable risk proportion). The 19 conditions accounted for 62.2% of all days out of role. Common health conditions, including mental disorders, make up a large proportion of the number of days out of role across a wide range of countries and should be addressed to substantially increase overall productivity. *Molecular Psychiatry* advance online publication, 12 October 2010; doi:10.1038/mp.2010.101.

58) Benjet, C., Borges, G., **Medina-Mora, M.E.** (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 732-740.

BACKGROUND: The aim is to report the individual and joint effects of a range of chronic childhood adversities on the first onset of a broad range of psychiatric disorders, and to evaluate their impact at different stages of the life course in a representative sample of the Mexican population. **METHOD:** The data is from the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS), a stratified, multistage area probability sample of persons aged 18–65. The WHO World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) measured 12 childhood adversities, 20 psychiatric disorders and ages of onset. Discrete-time survival models were performed to estimate the odds of disorder onset. **RESULTS:** In bivariate models, all adversities (except economic adversity and parental death) were significant predictors of psychopathology; however in multivariate models which correct for the clustering of adversities, family dysfunction and abuse adversities were the strongest and most consistent predictors of all four classes of psychopathologies examined (mood, anxiety, substance use and externalizing), and for the most part, over all three life course stages (childhood, adolescence and adulthood). The effect of the number of adversities was nonlinear such that although the odds of disorder onset increased with increasing numbers of adversities, the odds increased at a decreasing rate. **CONCLUSIONS:** Childhood family dysfunction and abuse is a strong predictor of the onset of psychopathology throughout the life course, consistent with



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

evidence for the enduring effects of chronic stress on brain structures involved in many psychiatric disorders and with stress-sensitization models of psychopathology.

59) **Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME.** (2010) Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública de México*, 52 (4), 292-304.

OBJECTIVE. To summarize the epidemiology of completed suicide and suicidal behavior in Mexico. **MATERIAL AND METHODS.** National data registries on mortality from the year 1970 to 2007 and cross-sectional surveys were used to analyze suicide mortality and suicidal behavior. **RESULTS.** The suicide rate grew 275% from 1970 to 2007. Suicide has been increasing among Mexicans 15-29 years old since 1970. In adults aged 18-29 years the lifetime prevalence of ideation was 9.7%, and attempt 3.8%. About 6,601,210 Mexicans had suicidal thoughts, 593,600 attempted suicide and 99,731 used some sort of medical service as a direct consequence of the latter in the year prior to the survey. **CONCLUSIONS.** Suicide and suicide-related behaviors are significant public health problems and, as such, actions are urgently required to identify and treat persons with suicidal thoughts, assess suicidal risk in patients with psychiatric disorders and implement population interventions

60) **Borges, G., Nock, M.K., Medina-Mora, M.E., Hwang, I., Kessler, R.C.** (2010). Psychiatric disorders, comorbidity, and suicidality in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 38-44.

BACKGROUND: Prior studies have reported that psychiatric disorders are among the strongest predictors of suicidal behavior (i.e., suicide ideation, plans, and attempts). However, surprisingly little is known about the independent associations between each disorder and each suicidal behavior due to a failure to account for comorbidity. **METHODS:** This study used data from a representative sample of 5782 respondents participating in the Mexican National Comorbidity Survey (2001-2002) to examine the unique associations between psychiatric disorders and suicidality. **RESULTS:** A prior psychiatric disorder was present in 48.8% of those with a suicide ideation and in 65.2% of those with an attempt. Discrete-time survival models adjusting for comorbidity revealed that conduct disorder and alcohol abuse/dependence were the strongest predictors of a subsequent suicide attempt. Most disorders predicted suicidal ideation but few predicted the transition from ideation to a suicide plan or attempt. **LIMITATIONS:** M-NCS is a household survey that excluded homeless and institutionalized people, and the diagnostic instrument used did not include an assessment of all DSM-IV disorders which would increase the comorbidity discussed here. **CONCLUSIONS:** These results reveal a complex pattern of associations in which diverse psychiatric disorders impact different parts of the pathway to suicide attempts. These findings will help inform clinical and public health efforts aimed at suicide prevention in Mexico and other developing countries

61) **Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J.M., Chiu, W.T., Hwang, I., Karam, E.G., Kessler, R.C., Sampson, N.A., Alonso, J., Andrade, L.H., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., Hu, C., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Sagar, R., Scott, K.M., Tsang, A., Vassilev, S.M., Williams, D.R., Nock, M.K.** (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 197 (1), 20-27.

BACKGROUND; Suicide is a leading cause of death worldwide, but the precise effect of childhood adversities as risk factors for the onset and persistence of suicidal behaviour (suicide ideation, plans and attempts) are not well understood. **AIMS:** To examine the associations between childhood adversities as risk factors for the onset and persistence of suicidal behaviour across 21 countries worldwide. **METHOD:** Respondents from nationally representative samples ($n = 55\ 299$) were interviewed regarding childhood adversities that occurred before the age of 18 years and lifetime suicidal behaviour. **RESULTS:** Childhood adversities were associated with an increased risk of suicide attempt and ideation in both bivariate and multivariate models (odds ratio range 1.2–5.7). The risk increased with the number of adversities experienced, but at a decreasing rate. Sexual and physical abuse were consistently the strongest risk factors for both the onset and persistence of suicidal behaviour, especially during adolescence. Associations remained similar after additional adjustment for respondents' lifetime mental disorder



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

status. **CONCLUSIONS:** Childhood adversities (especially intrusive or aggressive adversities) are powerful predictors of the onset and persistence of suicidal behaviours.

62) De Graaf, R., Radovanovic, M., van Laar, M., Fairman, B., Degenhardt, L., Aguilar-Gaxiola, S., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Fayyad, J., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Kostychenko, S., Lépine, J.P., Matschinger, H., Medina Mora, M.E., Neumark, Y., Ormel, J., Posada-Villa, J., Stein, D.J., Tachimori, H., Wells, J.E., Anthony, J.C. (2010). Early cannabis use and estimated risk of later onset of depression spells: epidemiological evidence from the population-based World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *American Journal of Epidemiology*, 172 (2), 149-159. .

ABSTRACT: Early-onset cannabis use is widespread in many countries and might cause later onset of depression. Sound epidemiologic data across countries are missing. The authors estimated the suspected causal association that links early-onset (age <17 years) cannabis use with later-onset (age ≥17 years) risk of a depression spell, using data on 85,088 subjects from 17 countries participating in the population-based World Health Organization World Mental Health Survey Initiative (2001–2005). In all surveys, multistage household probability samples were evaluated with a fully structured diagnostic interview for assessment of psychiatric conditions. The association between early-onset cannabis use and later risk of a depression spell was studied using conditional logistic regression with local area matching of cases and controls, controlling for sex, age, tobacco use, and other mental health problems. The overall association was modest (controlled for sex and age, risk ratio = 1.5, 95% confidence interval: 1.4, 1.7), was statistically robust in 5 countries, and showed no sex difference. The association did not change appreciably with statistical adjustment for mental health problems, except for childhood conduct problems, which reduced the association to nonsignificance. This study did not allow differentiation of levels of cannabis use; this issue deserves consideration in future research

63) Degenhardt, L., Dierker, L., Chiu, W.T., Medina-Mora, ME, Neumark, Y., Sampson, N., Alonso, J., Angermeyer, M., Anthony, J.C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Karam, A.N., Kostyuchenko, S., Lee, S., Lépine, J.-P., Levinson, D., Nakamura, Y., Posada-Villa, J., Stein, D., Wells, J.E., Kessler, R.C. (2010). Evaluating the drug use "gateway" theory using cross-national data: Consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 108, 84-97.

BACKGROUND: It is unclear whether the normative sequence of drug use initiation, beginning with tobacco and alcohol, progressing to cannabis and then other illicit drugs, is due to causal effects of specific earlier drug use promoting progression, or to influences of other variables such as drug availability and attitudes. One way to investigate this is to see whether risk of later drug use in the sequence, conditional on use of drugs earlier in the sequence, changes according to time-space variation in use prevalence. We compared patterns and order of initiation of alcohol, tobacco, cannabis, and other illicit drug use across 17 countries with a wide range of drug use prevalence. **METHOD:** Analyses used data from World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Surveys, a series of parallel community epidemiological surveys using the same instruments and field procedures carried out in 17 countries throughout the world. **RESULTS:** Initiation of "gateway" substances (i.e. alcohol, tobacco and cannabis) was differentially associated with subsequent onset of other illicit drug use based on background prevalence of gateway substance use. Cross-country differences in substance use prevalence also corresponded to differences in the likelihood of individuals reporting a non-normative sequence of substance initiation. **CONCLUSION:** These results suggest the "gateway" pattern at least partially reflects unmeasured common causes rather than causal effects of specific drugs on subsequent use of others. This implies that successful efforts to prevent use of specific "gateway" drugs may not in themselves lead to major reductions in the use of later drugs



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

64) Kessler, R.C., Birnbaum, H., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N., Andrade, L.H., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Haro, J.M., Karam, A.N., Kostyuchenko, S., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Matschinger, H., Nakane, Y., Oakley Browne, M., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., Stein, D.J. (2010). Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: Results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression & Anxiety*, 27(4), 351-364. .

BACKGROUND: Although depression appears to decrease in late life, this could be due to misattribution of depressive symptoms to physical disorders that increase in late life. **METHODS:** We investigated this issue by studying age differences in co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes (MDE) with chronic physical conditions in the WHO World Mental Health (WMH) surveys, a series of community epidemiological surveys of respondents in 10 developed countries (n=52,485) and 8 developing countries (n=37,265). MDE and other mental disorders were assessed with the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Organic exclusion rules were not used to avoid inappropriate exclusion of cases with physical co-morbidity. Physical conditions were assessed with a standard chronic conditions checklist. **RESULTS:** Twelve-month DSM-IV/CIDI MDE was significantly less prevalent among respondents ages 65+ than younger respondents in developed but not developing countries. Prevalence of co-morbid mental disorders generally either decreased or remained stable with age, while co-morbidity of MDE with mental disorders generally increased with age. Prevalence of physical conditions, in comparison, generally increased with age, while co-morbidity of MDE with physical conditions generally decreased with age. Depression treatment was lowest among the elderly in developed and developing countries. **CONCLUSIONS:** The weakening associations between MDE and physical conditions with increasing age argue against the suggestion that the low estimated prevalence of MDE among the elderly is due to increased confounding with physical disorders. Future study is needed to investigate processes that might lead to a decreasing impact of physical illness on depression among the elderly.

33

65) Kessler, R.C., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Bromet, E., Cuitan, M., Furukawa, T.A., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C., Lara, C., Lee, S., Mneimneh, Z., Myer, L., Oakley Browne, M.A., Posada-Villa, J., Sagar, R., Viana, M.C., Zaslavsky, A.M. (2010). Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19(S1), 4-22. .

ABSTRACT: Data are reported on the background and performance of the K6 screening scale for serious mental illness (SMI) in the World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) surveys. The K6 is a six-item scale developed to provide a brief valid screen for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV) SMI based on the criteria in the US ADAMHA Reorganization Act. Although methodological studies have documented good K6 validity in a number of countries, optimal scoring rules have never been proposed. Such rules are presented here based on analysis of K6 data in nationally or regionally representative WMH surveys in 14 countries (combined N = 41,770 respondents). Twelve-month prevalence of DSM-IV SMI was assessed with the fully-structured WHO Composite International Diagnostic Interview. Nested logistic regression analysis was used to generate estimates of the predicted probability of SMI for each respondent from K6 scores, taking into consideration the possibility of variable concordance as a function of respondent age, gender, education, and country. Concordance, assessed by calculating the area under the receiver operating characteristic curve, was generally substantial (median 0.83; range 0.76–0.89; inter-quartile range 0.81–0.85). Based on this result, optimal scaling rules are presented for use by investigators working with the K6 scale in the countries studied.

66) Lee, S., Tsang, A., Kessler, R.C., Jin, R., Sampson, N., Andrade, L., Karam, E.G., Medina-Mora, ME, Merikangas, K., Nakane, Y., Popovici, D.G., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J.E., Zarkov, Z. (2010). A cross national community study of rapid cycling bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 196(3), 217-225. .



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

BACKGROUND: The epidemiology of rapid-cycling bipolar disorder in the community is largely unknown. **AIMS:** To investigate the epidemiological characteristics of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder in a large cross-national community sample. **METHOD:** The Composite International Diagnostic Interview (CIDI version 3.0) was used to examine the prevalence, severity, comorbidity, impairment, suicidality, sociodemographics, childhood adversity and treatment of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder in ten countries (n = 54 257). **RESULTS:** The 12-month prevalence of rapid-cycling bipolar disorder was 0.3%. Roughly a third and two-fifths of participants with lifetime and 12-month bipolar disorder respectively met criteria for rapid cycling. Compared with the non-rapid-cycling, rapid-cycling bipolar disorder was associated with younger age at onset, higher persistence, more severe depressive symptoms, greater impairment from depressive symptoms, more out-of-role days from mania/hypomania, more anxiety disorders and an increased likelihood of using health services. Associations regarding childhood, family and other sociodemographic correlates were less clear cut. **CONCLUSIONS:** The community epidemiological profile of rapid-cycling bipolar disorder confirms most but not all current clinically based knowledge about the illness.

67) Miller M, Borges G, Orozco R, Mukamal K, Rimme E.B, Benjet C, Medina-Mora ME. (2010) Exposure to alcohol, drugs and tobacco and the risk of subsequent suicidality: Findings from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Drug and Alcohol Dependence*. On line: DAD-3873; No. of Pages 8.

AIMS: To examine whether the association between prevalence measures of suicidality and substance abuse/dependence among adolescents (1) is attenuated when temporal priority of exposure and outcome are taken into account, (2) extends to substance use (i.e. without disorder), (3) applies to tobacco use and dependence independent of illicit drugs and alcohol use/disorder, and (4) is confounded by comorbid mental illness. **DESIGN:** Discrete-time survival models were applied to retrospectively reported age of onset of first suicidal ideation, plan and attempt and age of onset of first substance use and disorder. **PARTICIPANTS:** 3005 adolescents aged 12–17 residing in the Mexico City Metropolitan Area in 2005. **Measurements:** The World Mental Health computer-assisted adolescent version of the Composite International Diagnostic Interview was used to assess suicidal outcomes and psychiatric disorders including substance dependence/abuse. **FINDINGS:** Use of and dependence on tobacco is as strong a predictor of subsequent suicidality as is use of and dependence with abuse of alcohol and drugs. The association between substance use and subsequent suicidality is not fully accounted for by comorbid mental illness. **CONCLUSION:** Efforts to reduce the use as well as the abuse of alcohol, drugs and tobacco may help reduce the risk of subsequent suicidal behaviors among adolescents in Mexico.

68) Scott, K.M., Wells, J.E., Angermeyer, M., Brugha, T.S., Bromet, E., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J.M., Jin, R., Karam, A.N., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Ormel, J., Posada-Villa, F., Sampson, N., Takeshima, T., Zhang, M., Kessler, R.C. (epub 2009). Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychological Medicine*, 40 (9), 1495-1505. .

BACKGROUND. Prior research on whether marriage is equally beneficial to the mental health of men and women is inconsistent due to methodological variation. This study addresses some prior methodological limitations and investigates gender differences in the association of first marriage and being previously married, with subsequent first onset of a range of mental disorders. **METHOD.** Cross-sectional household surveys in 15 countries from the WHO World Mental Health survey initiative (n=34493), with structured diagnostic assessment of mental disorders using the Composite International Diagnostic Interview 3.0. Discrete-time survival analyses assessed the interaction of gender and marital status in the association with first onset of mood, anxiety and substance use disorders. **Results.** Marriage (versus never married) was associated with reduced risk of first onset of most mental disorders in both genders ; but for substance use disorders this reduced risk was stronger among women, and for depression and panic disorder it was confined to men. Being previously married (versus stably married) was associated with increased risk of all disorders in both genders ; but for substance use disorders, this increased risk



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

was stronger among women and for depression it was stronger among men. **CONCLUSIONS.** Marriage was associated with reduced risk of the first onset of most mental disorders in both men and women but there were gender differences in the associations between marital status and onset of depressive and substance use disorders. These differences may be related to gender differences in the experience of multiple role demands within marriage, especially those concerning parenting

69) Stein, D.J., Scott, K., Haro Abad, J.M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Iwata, N., Posada-Villa, J., Kovess, V., **Lara, C.**, Ormel, J., Kessler, R.C., Von Korff, M. (2010). Early childhood adversity and later hypertension: Data from the World Mental Health Survey. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(1), 19-28. .

BACKGROUND: Although many studies have indicated that psychosocial factors contribute to hypertension, and that early childhood adversity is associated with long-term adverse mental and physical health sequelae, the association between early adversity and later hypertension is not well studied. **METHOD:** Data from 10 countries participating in the World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Surveys (N = 18,630) were analyzed to assess the relationship between childhood adversity and adult-onset hypertension, as ascertained by self-report. The potentially mediating effect of early-onset depression-anxiety disorders, as assessed by the WMH Survey version of the International Diagnostic Interview (WMH-CIDI), on the relationship between early adversity and hypertension was also examined. **RESULTS:** Two or more early childhood adversities, as well as early-onset depression-anxiety, were significantly associated with hypertension. A range of specific childhood adversities, as well as early-onset social phobia and panic/agoraphobia, were significantly associated with hypertension. In multivariate analyses, the presence of 3 or more childhood adversities was associated with hypertension, even when early-onset depression-anxiety or current depression-anxiety was included in the model. **CONCLUSIONS:** Although caution is required in the interpretation of self-report data on adult-onset hypertension, the results of this study further strengthen the evidence base regarding the role of psychosocial factors in the pathogenesis of hypertension.

70) Stein, D.J., Ruscio, A.M., Lee, S., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L.H., **Benjet, C.**, Bromet, E., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., He, Y., Hinkov, H., Hu, C-Y., Iwata, N., Karam, E.G., Lepine, J.P., Matschinger, H., Oakley Browne, M., Posada-Villa, J., Sagar, R., Williams, D.R., Kessler, R.C. (2010). Subtyping social anxiety disorder in developed and developing countries. *Depression & Anxiety*, 27(4), 390-403. .

BACKGROUND: Although social anxiety disorder (SAD) is classified in the fourth edition of The Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV) into generalized and non-generalized subtypes, community surveys in Western countries find no evidence of disjunctions in the dose-response relationship between number of social fears and outcomes to support this distinction. We aimed to determine whether this holds across a broader set of developed and developing countries, and whether subtyping according to number of performance versus interactional fears would be more useful. **METHODS:** The World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative undertook population epidemiological surveys in 11 developing and 9 developed countries, using the Composite International Diagnostic Interview to assess DSM-IV disorders. Fourteen performance and interactional fears were assessed. Associations between number of social fears in SAD and numerous outcomes (age-of-onset, persistence, severity, comorbidity, treatment) were examined. Additional analyses examined associations with number of performance fears versus number of interactional fears. **RESULTS:** Lifetime social fears are quite common in both developed (15.9%) and developing (14.3%) countries, but lifetime SAD is much more common in the former (6.1%) than latter (2.1%) countries. Among those with SAD, persistence, severity, comorbidity, and treatment have dose-response relationships with number of social fears, with no clear nonlinearity in relationships that would support a distinction between generalized and non-generalized SAD. The distinction between



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

performance fears and interactional fears is generally not important in predicting these same outcomes.
CONCLUSION: No evidence is found to support subtyping SAD on the basis of either number of social fears or number of performance fears versus number of interactional fears.

MANUALES, CAPÍTULOS DE LIBRO

2005

71) **Medina-Mora, ME, Borges G, Lara, C., Benjet, C.** (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Asociación Psiquiátrica Mexicana: Manual de los Trastornos Mentales Edición 2005. México, 2005, pp. 13-24.

RESUMEN: El índice de personas con trastornos mentales en México es inferior al que se reporta en Estados Unidos, pero el índice de personas que recibe tratamiento es también más bajo (WHO 2004), sin tratamiento los padecimientos se agravan y los efectos en la calidad de vida se exacerban. Este capítulo pretende dar cuenta de la magnitud de las necesidades de atención psiquiátrica en el país que puede servir de guía al quehacer del especialista. Utiliza como fuente la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que se llevó a cabo en México en el marco de la iniciativa Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. Los desórdenes mentales y del comportamiento afectan a un amplio espectro de la población, causan un nivel importante de discapacidad, afectan la sobrevivencia de las personas que padecen otros trastornos crónicos incrementando la mortalidad. A pesar de esto no han logrado ocupar su lugar en las prioridades de salud de muchos países y México no es la excepción.

36

2006

72) **Borges G, Medina-Mora, ME, Zambrano, J., Garrido, G.** (2006). Epidemiología de la conducta suicida en México (Epidemiology of suicidal behavior in Mexico), en: Informe Nacional sobre la Violencia y la Salud en México, DF: SSA; noviembre 2006, pp. 205-236 [Epidemiology of suicidal behavior in Mexico, Chap. VII, Nacional Report on Violence and Health]. . 827

Abstract: El Informe Mundial sobre Violencia y la Salud, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), identificó a la violencia autoinflingida como uno de los padecimientos sustanciales que deben de enfrentar las sociedades modernas. Dicho informe muestra en forma sucinta cómo las tasas de suicidio consumado en México son de las más bajas en el mundo. Sin embargo, la misma OMS había presentado en su informe previo, de 2001, que México mostraba un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años. En una comparación internacional, México fue el sexto país con tasas de crecimiento más altas para el suicidio para el periodo 1980-1999, con un crecimiento de 90.3% en los hombres y de 25.0% en las mujeres. Este capítulo busca ahondar sobre la conducta autoinflingida en nuestro país. Siguiendo la diferencia que hace el Informe Mundial, se ha dividido el capítulo en dos grandes apartados: el suicidio consumado y el intento de suicidio. El suicidio, desde la perspectiva epidemiológica, es la muerte resultante de un acto autoinflingido con la intención deliberada de matarse. Los intentos de suicidio se entienden como una conducta que llevó a un resultado no fatal, para la cual hay evidencias (explícitas o implícitas) de que la persona intentó quitarse la vida. Se utilizaron las estadísticas vitales de México para presentar el panorama epidemiológico actual del suicidio consumado y de la Encuesta Nacional de Salud Mental para presentar la epidemiología de los intentos de suicidio en el país.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

2008

73) Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Anthony, J.C., Brugha, T.S., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gluzman, S.F., Gureje, O., Haro, J.M., Heeringa, S.G., Hwang, I., Karam, E.G., Kikkawa, T., Lee, S., Lépine, J.P., **Medina-Mora, ME**, Merikangas, K.R., Ormel, J., Pennell, B.E., Posada-Villa, J., Üstün, T.B., von Korff, M.R., Wang, P.S., Zaslavsky, A.M., Zhang, M. Prevalences and Severity of Mental Disorders in the World Mental Health Survey Initiative. Chapter 26. Part III. Cross-National Comparisons. In: Ronald C. Kessler & T. Bedirhan Üstün, eds. The WHO World Mental Health Surveys: global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York: Cambridge University Press, 2008. pp. 534-540.

74) Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Anthony JC, Berglund PA, Chatterji S, de Girolamo G, de Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Gluzman SF, Gruber MJ, Gureje O, Haro JM, Heeringa SG, Karam AN, Kawakami N, Lee S, Levinson D, **Medina-Mora ME**, Oakley-Browne MA, Pennell BE, Petukhova M, Posada-Villa J, Ruscio A, Stein DJ, Tsang CHA, Üstün TB. Lifetime Prevalence and Age of Onset Distributions of Mental Disorders in the World Mental Health Survey Initiative. Chapter 24. Part III. Cross-National Comparisons. In: Ronald C. Kessler & T. Bedirhan Üstün, eds. The WHO World Mental Health Surveys: global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York: Cambridge University Press, 2008. pp. 511-521.

75) Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, **Borges G**, Bruffaerts R, Chatterji S, Chiu WT, de Girolamo G, Fayyad JA, Gureje O, Haro JM, Heeringa SG, Huang Y, Kessler RC, Kovess-Masfety V, Lee S, Levinson D, Nakane Y, Oakley-Browne MA, Ormel J, Pennell BE, Posada-Villa J, Üstün TB. Delay and Failure in Treatment Seeking after First Onset of Mental Disorders in the World Mental Health Survey Initiative. Chapter 25. Part III. Cross-National Comparisons. In: Ronald C. Kessler & T. Bedirhan Üstün, eds. The WHO World Mental Health Surveys: global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York: Cambridge University Press, 2008. pp. 522-533.

76) Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, **Borges G**, Bromet EJ, Bruffaerts R, Chatterji S, de Girolamo G, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Heeringa SG, Karam EG, Kessler RC, Kovess-Masfety V, Lane MC, Lee S, Levinson D, Ono Y, Pennell BE, Petukhova M, Posada-Villa J, Saunders K, Seedat S, Shen Y, Üstün TB, Wells JE. Recent Treatment of Mental Disorders in the World Mental Health Survey Initiative. Chapter 27. Part III. Cross-National Comparisons. In: Ronald C. Kessler & T. Bedirhan Üstün, eds. The WHO World Mental Health Surveys: global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. New York: Cambridge University Press, 2008. pp. 541-552.

2009

77) **Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, ME**, Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C., Méndez, E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S.A., (2009). La Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México. In J. Rodríguez, R. Kohn, S.A. Aguilar-Gaxiola (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 90-100.

78) **Medina-Mora, ME, Borges G, Benjet, C., Lara, C.,** Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., & Aguilar-Gaxiola, S.A., (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. In J. Rodríguez, R. Kohn, S.A. Aguilar-Gaxiola (eds.). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 79 - 89. .



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en Adolescentes

México

Los hallazgos de las Encuestas Mundiales de Salud Mental de 17 diferentes países muestran que los trastornos psiquiátricos consistentemente inician en las primeras décadas de la vida (WHO-World Mental Health Consortium, 2007). Sin embargo hay una escasez de datos epidemiológicos en población adolescente especialmente en países en vías de desarrollo como el nuestro para guiar a las políticas de salud pública. En los sectores de salud y educación el TDA y la depresión se han destacado como prioridades en México (Programa de acción Salud Mental 2001-2006). Un trastorno mental en un menor tiene un costo no sólo por el sufrimiento que se representa para los jóvenes sino también por las secuelas que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta como el menor alcance educacional, ocupacional y económico, una peor productividad laboral, el embarazo no deseado, accidentes automovilísticos, y relaciones interpersonales disfuncionales. La detección e intervención oportuna contrarresta estas secuelas. El objetivo general es estimar las necesidades de atención para la patología mental entre adolescentes del Distrito Federal, específicamente, para estimar (a) la prevalencia de 23 trastornos mentales, incluyendo la depresión y el déficit de atención (b) el impacto de estos trastornos mentales en el rendimiento y deserción escolar, (c) los factores de riesgo y protección para poder identificar a alumnos en riesgo y dirigir con más eficacia los esfuerzos de prevención e intervención, y (d) los patrones y barreras para la búsqueda de ayuda y uso de servicios entre los jóvenes y sus familias. El objetivo específico de la fase actual de este estudio es estimar la exposición a la adversidad social, la posible asociación entre la adversidad y los trastornos psiquiátricos, y el papel que juega diversos factores en magnificar o disminuir el riesgo de desencadenar trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias y conducta suicida como secuela de la adversidad. La encuesta tiene un diseño probabilístico, multietápico y estratificado representativo de los 1'834,661 adolescentes entre 12 y 17 años de edad de la Ciudad de México y área metropolitana. Se entrevistaron a 3005 adolescentes y 2845 padres utilizando la versión computarizada de la Entrevista Internacional Psiquiátrica Compuesta (WMH-CIDI-A). Es una entrevista estructurada instalada en una computadora portátil y aplicada cara a cara por



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

entrevistadores en los hogares de los participantes. Además se realizó un tamizaje de 1,000 alumnos de secundaria para ajustar las tasas para esta población ya que uno de los principales usuarios de esta investigación es la Subsecretaría de Servicios Educativos para el D.F. A 5% de la muestra de hogares, se realizaron re-entrevistas por parte de un psiquiatra o psicólogo (en su institución) con el K-SADS para evaluar la concordancia diagnóstica.

*Dra. Corina Benjet.
Responsable del Proyecto Adolescentes
Otros Integrantes: Dra. María Elena Medina-Mora,
Dr. Guilherme Borges*



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

2007

79) Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, ME, Blanco, J., Zambrano, J., Orozco, R., Fleiz, C., Rojas, E. (2007). Drug use opportunities and the transition to drug use among adolescents from the Mexico Metropolitan Area. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 128-34. .

ABSTRACT

The earliest stage of drug involvement is being presented with the opportunity to use drugs. During adolescence these opportunities increase. Because of the scarcity of data for the Mexican population, the aim is to estimate the prevalence of drug use opportunities among Mexican adolescents, the prevalence of drug use among those who were presented with the opportunity, and the socio-demographic correlates of both. A multistage probability survey was carried out among 12-17 year olds from Mexico City. Adolescents were administered the adolescent version of the World Mental Health Composite International Diagnostic Interview. The response rate was 71% (n=3005). Descriptive and logistic regression analyses were performed considering the multistage and weighted sample design. Twenty-nine percent has had the opportunity to try illicit drugs; of those presented with an opportunity, 18% has done so. Males, older adolescents, school drop-outs, and those whose parent has had drug problems are more likely to have been exposed to drug use opportunities while more religious adolescents are less likely. Given the chance to try drugs, older adolescents and school drop-outs are more likely to do so and those with high parental monitoring and religiosity are less likely. These results suggest that less substance use among females in Mexico may be due in part to fewer opportunities to use since females were equally likely to use drugs given the opportunity. Given the increase in opportunity among older adolescents, preventive efforts should start by age 12 and with special attention to adolescents who have dropped out of school.

80) Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, ME, Fleiz, C., Blanco, J., Zambrano, J., Rojas, E., Ramirez, M. (2007). Prevalence and socio-demographic correlates of drug use among adolescents: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Addiction*, 102, 1261-1268. .

AIMS: To estimate the life-time and 12-month prevalence of illicit drug use among Mexican adolescents, the age of onset of first drug use and the socio-demographic correlates. **METHOD:** A multi-stage probability survey of adolescents aged 12-17 years residing in the Mexico City Metropolitan Area was carried out in 2005. Adolescents were administered the computer-assisted adolescent version of the World Mental Health Composite International Diagnostic Interview by trained lay interviewers in their homes. The response rate was 71% (n = 3005). Descriptive and logistic regression analyses were performed considering the multi-stage and weighted sample design of the survey. **FINDINGS:** Of the adolescents, 5.2% have ever tried illicit drugs, 2.9% in the last 12 months. The most frequently used drugs are marijuana, followed by tranquilizers/stimulants. The median age of first use is 14 years. Correlates of life-time drug use are older age, having dropped out of school, parental drug problems, low religiosity and low parental monitoring. **CONCLUSIONS:** While drug use among Mexican adolescents is lower than among adolescents from other developed countries, its increasing prevalence with age and the narrowing male/female ratio calls for firm public health actions, particularly prevention strategies.

2008

81) Borges G, Benjet, C., Medina-Mora, ME, Orozco, R., Nock, M.K. (2008). Suicide ideation, plan and attempt in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(1), 41-52. .

OBJECTIVE: No representative data among adolescents in Mexico exist on the prevalence and risk factors for suicide ideation, plan, and attempt despite a recent increase in suicide deaths. **METHOD:** Data are presented from the Mexican Adolescent Mental Health Survey, a representative household survey of 3,005 adolescents ages



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

12 to 17 in metropolitan Mexico City who were gathered in 2005, regarding lifetime prevalence and age-of-onset distributions of suicide ideation, plan, and attempt and demographic and psychiatric disorders risk factors. **RESULTS:** Lifetime ideation was reported by 11.5% of respondents, whereas 3.9% reported a lifetime plan and 3.1% a lifetime suicide attempt. Onset of suicidality started around age 10 and at age 15 showed the highest hazards. Suicide ideators were more likely to report a plan and attempt within the first year of onset of ideation. Suicidality was more likely to occur among females. The presence of one or more mental disorders was strongly related to suicide ideation, plan, and attempt. Among ideators only dysthymia was consistently related to a plan and attempt. **CONCLUSIONS:** Intervention efforts should focus on assessment and target adolescents with mental disorders, particularly mood disorders, to be effective in prevention.

82) [Borges G, Benjet, C., Medina-Mora, ME, Orozco-Zavala, R., Molnar, B.E., Nock, M.K. \(2008\). Traumatic life events and suicide related outcomes among Mexico City Adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49\(6\), 654-666. .](#)

BACKGROUND: We report the prevalence and associations between traumatic events and suicidal ideation, suicide plans and suicide attempts among Mexican adolescents. **METHODS:** The data are from a representative multistage probability household survey of 3,005 adolescents aged 12 to 17 years residing in the Mexico City Metropolitan Area that was carried out in 2005. We used discrete time survival analyses to model the net impact of retrospectively reported prior occurrence of traumatic events on ideation, plans and attempts, taking into account the onset of psychiatric disorders. **RESULTS:** Prevalence of suicidality was high among respondents with traumatic events, ranging from a 43% prevalence of suicidal ideation among those with a history of 'Being raped' to a 25% prevalence of suicide attempts among those that reported 'Purposely injured, tortured or killed someone.' In cross-sectional estimates, any traumatic event was associated with an increase of 3.2 times the odds of suicide ideation, 5.1 times the odds of a plan and 6.6 times the odds of an attempt. Number of events was also associated with increasing suicidality such that those with three or more events were 13.7 times more likely to report a suicide attempt than those with none. Multivariate discrete time survival models that took into account a large number of demographic, suicide-related and psychiatric disorder variables reduced in strength but did not alter these basic relationships. **CONCLUSIONS:** We conclude that traumatic events such as rape and sexual assault have a profound impact upon suicidality and that this relationship is not entirely explained by the onset of psychiatric disorders. Comprehensive interventions for adolescent victims of traumatic events, especially those with a history of cumulative events, should include, but not be restricted to, treatment of any associated psychiatric disorder.

83) [Borges G, Benjet, C., Medina-Mora, ME, Orozco, R., Wang, P.S. \(2008\). Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization*, 86\(10\), 757- 764. .](#)

OBJECTIVE: This study describes the prevalence, adequacy and correlates of 12-month mental health service use among participants in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. **METHODS:** The authors conducted face-to-face household surveys of a probability sample of 3005 adolescents aged 12-17 years residing in the Mexico City metropolitan area during 2005. The prevalence of mental health disorders and the use of services were assessed with the computer-assisted adolescent version of the World Mental Health Composite International Diagnostic Interview. Correlates of service use and adequate treatment were identified in logistic regression analyses that took into account the complex sample design and weighting process. **FINDINGS:** Less than one in seven respondents with psychiatric disorders used any mental health services during the previous year. Respondents with substance-use disorders reported the highest prevalence of service use and those with anxiety disorders the lowest. Approximately one in every two respondents receiving any services obtained treatment that could be considered minimally adequate. **CONCLUSION:** We found large unmet needs for mental health services among adolescents with psychiatric disorders in Mexico City. Improvements in the mental health care of Mexican youth are urgently needed.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

84) Orozco R, Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, López-Carrillo L. (2008). Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Salud Pública de México*, 50 (S1): 29-37. .

OBJETIVO. Estimar la prevalencia y la asociación entre los Eventos Traumáticos (ET) y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en la población adolescente del Área Metropolitana de la Ciudad de México (AMCM). **MATERIAL Y MÉTODOS.** 3 005 adolescentes del AMCM entre 12 y 17 años fueron entrevistados empleando la versión para adolescentes de la Entrevista Diagnóstica Internacional de Salud Mental, en una muestra probabilística, estratificada y multietápica. **RESULTADOS.** 68.9% de los adolescentes en el AMCM reportaron por lo menos un ET alguna vez en su vida, con diferencias por sexo. La prevalencia de TEPT fue 1.8% (2.4% mujeres y 1.2% hombres), y el abuso sexual se asoció al desarrollo de TEPT [OR=3.9 (CI95%=1.8-8.2)], independientemente del sexo, educación o edad. **CONCLUSIONES.** La exposición a ET es común en los adolescentes. Se debe poner énfasis en los esfuerzos que buscan reducir el abuso sexual en la infancia y la adolescencia, ya que se asocia fuertemente al TEPT

2009

85) Benjet, C., Medina-Mora, ME, Borges G, Zambrano, J., Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4), 386-395. .

BACKGROUND: Because the epidemiologic data available for adolescents from the developing world is scarce, the objective is to estimate the prevalence and severity of psychiatric disorders among Mexico City adolescents, the socio-demographic correlates associated with these disorders and service utilization patterns. **METHODS:** This is a multistage probability survey of adolescents aged 12 to 17 residing in Mexico City. Participants were administered the computer-assisted adolescent version of the World Mental Health Composite International Diagnostic Interview by trained lay interviewers in their homes. The response rate was 71% (n = 3005). Descriptive and logistic regression analyses were performed considering the multistage and weighted sample design of the survey. **RESULTS:** One in every eleven adolescents has suffered a serious mental disorder, one in five a disorder of moderate severity and one in ten a mild disorder. The majority did not receive treatment. The anxiety disorders were the most prevalent but least severe disorders. The most severe disorders were more likely to receive treatment. The most consistent socio-demographic correlates of mental illness were sex, dropping out of school, and burden unusual at the adolescent stage, such as having had a child, being married or being employed. Parental education was associated with treatment utilization. **CONCLUSIONS:** These high prevalence estimates coupled with low service utilization rates suggest that a greater priority should be given to adolescent mental health in Mexico and to public health policy that both expands the availability of mental health services directed at the adolescent population and reduces barriers to the utilization of existing services.

86) Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, ME, Zambrano, J., Cruz, C., Méndez, E. (2009). Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), 483-489. . 933

PURPOSE: To estimate the prevalence of adversity (neglect and abuse, parental loss, parental psychopathology, economic adversity, and serious physical illness), the interrelatedness of adversities, and their socio-demographic correlates. **METHODS:** This is a multistage probability survey of 3005 adolescents aged 12-17 years residing in Mexico City. Youth were administered the computer-assisted adolescent version of the World Mental Health Composite International Diagnostic Interview in their homes. The childhood and posttraumatic stress disorder sections provided information regarding adversity. Descriptive and logistic regression analyses were performed



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS**

considering the multistage and weighted sample design. **RESULTS:** A total of 68% of adolescents have experienced at least one type of chronic childhood adversity, whereas almost 7% have experienced four or more. The most frequent adversity is economic adversity followed by witnessing domestic violence. Boys experience more neglect than girls, and girls experience more sexual abuse than boys. Family dysfunction adversities tend to clump together such that youth exposed to abuse of any form also report witnessing domestic violence and parental mental pathology. Youth whose parents have divorced are likely to experience economic adversity. Parental death is independent of experiencing other childhood adversities. Older adolescents, school drop-outs, those with young mothers, those with more siblings, and those whose parents have less education are more likely to experience adversity. **CONCLUSIONS:** Although most adolescents have experienced some adversity, a small group is exposed to many adversities. Understanding the distribution of adversities may help us to identify at-risk youth and to better interpret the findings from studies on the role of adversity in diverse health outcomes.

87) Benjet, C., Borges G, Medina-Mora, ME, Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México [Sex differences in the prevalence and severity of psychiatric disorders in Mexico City adolescents]. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.

INTRODUCCIÓN: El presente trabajo proporciona datos de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente y tiene el objetivo de estimar las diferencias por sexo de la prevalencia y la severidad en los últimos 12 meses para 17 trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México y área metropolitana así como las edades de inicio de dichos trastornos. **MATERIAL Y MÉTODOS:** El diseño de la muestra fue probabilístico y multietápico, ésta estuvo compuesta por adolescentes entre los 12 y 17 años, residentes del Distrito Federal y área metropolitana. Para ello, se entrevistó a 3005 adolescentes en sus hogares, con una tasa de respuesta de 71% y se utilizó como instrumento diagnóstico la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH-CIDI-A 3.0) aplicada cara a cara, por medio de una computadora portátil, por encuestadores capacitados en los hogares de los participantes. **RESULTADOS:** Los trastornos individuales más frecuentes en ambos sexos fueron las fobias específicas y la fobia social. Para las mujeres, los trastornos más prevalentes en orden decreciente fueron las fobias, la depresión mayor, el trastorno negativista desafiante, la agorafobia sin pánico y la ansiedad por separación. Mientras que en los varones, los trastornos más prevalentes después de las fobias fueron: el trastorno negativista desafiante, el abuso de alcohol y el trastorno disocial. Las mujeres presentaron un mayor número de trastornos y una mayor prevalencia de cualquier trastorno. Los padecimientos con mayor proporción de gravedad fueron los trastornos de ánimo y en menor proporción los trastornos ansiosos. Este patrón fue similar para hombres y mujeres, sin embargo existen diferencias en la proporción de casos graves entre ambos ya que las mujeres tuvieron una mayor proporción de casos de este tipo. Los trastornos que se presentaron en edades de inicio más tempranas fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de impulsividad y los trastornos de ánimo. Además los trastornos que se presentaron en edades más tardías fueron los trastornos por uso de sustancias. Las edades de inicio para los trastornos de ansiedad, ánimo y por uso de sustancias son similares entre los sexos, a diferencia de los trastornos de impulsividad en los cuales los hombres tienen edades de inicio más tempranas que las mujeres. **DISCUSIÓN:** La mayor prevalencia general y severidad de trastornos psiquiátricos en las mujeres comparadas con los varones sugiere que la adolescencia podría ser un periodo de mayor vulnerabilidad para aquellas. Hay teorías biológicas y psicosociales que pretenden explicar la mayor vulnerabilidad de las niñas en la etapa adolescente, entre ellas la teoría de la intensificación del rol de género, la exposición a mayor adversidad y la mayor reactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal ante el estrés. Los hallazgos de este estudio son relevantes para la práctica clínica así como para la vigilancia epidemiológica en nuestra población ya que sirven para la planificación de servicios y políticas públicas de salud y educación.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

2010

88) **Borges G, Benjet, C., Medina-Mora, ME, Miller, M.** (2010). Body mass index and its relationship to mental disorders in the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Salud Pública de México*, 52(2), 103-110. .980
OBJETIVO. Evaluar la asociación entre el índice de masa corporal (IMC) y la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. **MATERIAL Y MÉTODOS.** 3005 adolescentes entre 12 y 17 años fueron entrevistados en 2005 (tasa de respuesta =71%). Las entrevistas cara a cara se hicieron en los hogares de los participantes seleccionados después del consentimiento de los padres o tutores. Se utilizó regresión logística. **RESULTADOS.** Sólo se encontró asociación entre IMC extremadamente bajo y trastornos de control de impulsos. El IMC elevado estuvo asociado con trastornos de control de impulsos sólo en las mujeres. Los trastornos de control de impulsos específicamente relacionados con bajo IMC incluyen el trastorno explosivo intermitente y el trastorno de conducta. El alto IMC estuvo relacionado únicamente con el trastorno explosivo intermitente. **CONCLUSIÓN.** Entre los adolescentes mexicanos, es más probable que aquellos con IMC extremadamente alto o bajo presenten trastornos de control de impulsos que aquellos con IMC normal.

89) **Borges G, Benjet, C., Medina-Mora, ME, Orozco, R., Itziar Familiar, Nock, M.K., Wang, P.S.** (2010). Service use among Mexico City adolescents with suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 32-39
BACKGROUND: We report the lifetime and 12-month prevalence and associations of mental health treatment among Mexican adolescents with suicide-related outcomes (SROs; including ideation, plans, gestures and attempts). **METHODS:** A representative multistage probability household survey of 3005 adolescents aged 12 to 17 years residing in the Mexico City Metropolitan Area was carried out in 2005. Discrete-time survival analyses were used to assess the relationships between SROs and receiving treatment for emotional, alcohol, or drug problems. **RESULTS:** The prevalence of lifetime service use among respondents with SROs was 35% for those with ideation only, 44% for those with ideation and plan, 49% for those with gesture and 50% for those with attempt; the prevalence of 12-month service use was 10%, 24%, 6% and 21%, respectively. Timing between onset of SRO and receiving treatment for emotional, alcohol, or drug problems showed that about 50% of adolescents will have contact with a service provider before developing any SRO. Healthcare professionals were the most likely to be consulted, followed by school-based programs. **LIMITATIONS:** This survey was limited to adolescents living in one of the largest metropolitan areas in the world and the analyses used data on retrospectively reported ages of onset that are subject to recall errors. **CONCLUSIONS:** Most suicidal adolescents do not receive treatment, and many adolescents develop their suicidality in spite of prior contacts with service providers. Interventions to increase treatment, prevention, and monitoring are sorely needed for this vulnerable population



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE
WMHS-OMS

Directorio

Dra. María Elena Medina Mora Icaza
Directora General

Lic. Ana María De la Parra Coria
Directora de Administración

Dr. Armando Vázquez López-Guerra
Director de Servicios Clínicos

Dr. Francisco Pellicer Graham
Director de Investigaciones en Neurociencias

Dr. Héctor Senties Castella
Director de Enseñanza

Mtra. Guillermina Natera Rey
Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Dr. Carlos Berlanga Cisneros
Subdirector de Investigaciones Clínicas