

Variables predictoras de la ideación suicida y sintomatología depresiva en adolescentes de Chiapas, México

Predictors of suicidal ideation and depressive symptoms among adolescents in Chiapas, Mexico

Germán Alejandro García Lara ¹
Jesús Ocaña Zúñiga ¹
Oscar Cruz Pérez ¹
Soledad Hernández Solís ¹
Carlos Eduardo Pérez Jiménez ¹
Martín Cabrera Méndez ¹

Abstract *The aim of this study was to assess the presence of suicidal ideation and depressive symptoms among adolescents in Chiapas, Mexico based on predictor variables. A cross-sectional study adopting an ex post facto design was conducted with a non-probability sample of 4,759 students of both sexes with an average age of 18.4 years and using the following tools: the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, Roberts' Suicidal Ideation Scale, the Impulsiveness Scale (IS), and the Rosenberg Self-Esteem Scale. The mean score obtained by the suicidal ideation scale was 0.2, which is lower than that reported by other studies, while the mean score for depressive symptoms was similar to those in the literature. The prevalence of suicidal ideation was 7.8%, which is lower than reported in national and international studies. Multivariable logistic regression showed that impulsiveness (OR = 1.907) and depressive symptoms (OR = 9.006) lead to a twofold and ninefold increase in the likelihood of suicidal ideation, respectively. The findings also showed a strong association between suicidal ideation and depressive symptoms, showing that the latter is a predictor of suicidal ideation among adolescents.*

Key words Suicidal ideation, Depressive symptoms, Adolescents

Resumen *El objetivo del trabajo es evaluar la presencia de ideación suicida y sintomatología depresiva a partir de variables predictoras en adolescentes de Chiapas, México. El estudio es de tipo transversal, ex post-facto. Se aplicaron las escalas de Ideación Suicida, de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, Impulsividad y Autoestima, a una muestra no probabilística de 4,759 estudiantes de ambos sexos, con una edad promedio de 18.4 años. Los resultados indican que el puntaje de media para la ideación suicida (0.2), es inferior a lo reportado en otros estudios, mientras que para sintomatología depresiva, es similar. La prevalencia de ideación suicida es del 7.8%, por debajo de los índices señalados en el ámbito nacional e internacional. Los modelos de regresión logística multivariable para ideación suicida, confirman que la impulsividad y sintomatología depresiva, la hacen aumentar a casi el doble (OR= 1.907) y nueve veces (OR= 9.006) respectivamente. Es evidente la estrecha relación entre la ideación suicida y la sintomatología depresiva, señalándose la relevancia que esta tiene como predictor de su presencia en población adolescente.*

Palabras clave Ideación suicida, Sintomatología depresiva, Adolescentes

¹ Facultad de Ciencias
Humanas y Sociales,
Universidad de Ciencias y
Artes de Chiapas.
german.garcia@unicach.mx

Introducción

En México, 11.4 millones son jóvenes entre los 18 y los 24 años¹, mientras que en Chiapas, este grupo etario, es de aproximadamente un millón de personas, de los cuales, el 29% reside en cinco municipios, entre ellos Tuxtla Gutiérrez².

Se reconoce en esta población alta vulnerabilidad y la presencia de problemáticas de salud mental, relacionadas con conductas sexuales de riesgo, el consumo de drogas³, sintomatología depresiva y lesiones autoinfligidas intencionalmente, siendo estas últimas una de las tres principales causas de muerte⁴.

El estudio de la problemática suicida se reconoce como un proceso complejo y dinámico⁵, es la segunda causa de mortalidad en población femenina y la tercera para la masculina en edades desde los 10 hasta los 24 años, con una tasa del 6% de muertes ocurridas en este grupo poblacional, constituyendo así una de las problemáticas más relevantes para la salud pública⁶⁻⁸, siendo la ideación suicida una de las etapas de dicho proceso, la cual da cuenta de pensamientos sobre no querer vivir, fantasías autodestructivas, hasta los planes para matarse⁹; en este tránsito, los trastornos del estado de ánimo, la impulsividad y la desesperanza, son variables influyentes para que la persona planee, intente o ejecute el suicidio^{10,11}.

En el estudio llevado a cabo por Nock *et al.*¹², con adultos de 17 países de los cinco continentes, se obtuvo una prevalencia del 9.2% para la ideación suicida. Por su parte, en el trabajo de Page *et al.*¹³, con información de 266,694 estudiantes de 13 a 15 años de 49 países, se estimó una prevalencia del 15.3%, mientras que en el estudio de McKinnon *et al.*⁶, con 164,770 adolescentes de 32 países, se indica una prevalencia del 16.2% y del 12.2% para mujeres y hombres respectivamente, siendo dicha diferencia más acentuada en los países del continente americano (20.1% y 11.4%); otras regiones como el sureste asiático (16.2, 12.2) y el este mediterráneo (16.0, 12.9), alcanzan resultados inferiores en la prevalencia de este rubro, siendo la región de países africanos, la única en que se obtiene una proporción mayor sobre ideación suicida (22.5, 20.1). Otros trabajos, realizados con adolescentes presentan resultados similares a los arriba citados sobre la prevalencia de este fenómeno¹⁴⁻²⁰.

En nuestro país, en el estudio realizado por Pérez Amezcua *et al.*²¹ con datos de una muestra nacional recuperada en 2007, se reporta que de 12,424 adolescentes, un 47% presenta al menos un síntoma de ideación suicida; uno de los úl-

timos trabajos sobre el tema, llevado a cabo con 2,386 estudiantes de secundaria del estado de Campeche, señala su presencia en el 13.1% de los casos²²; finalmente, en el estudio desarrollado por Hidalgo-Rasmussen & Hidalgo-San Martín²³, con 899 estudiantes de 14 a 18 años de localidades urbanas y rurales del estado de Jalisco, México, se obtuvo una prevalencia del 8.0% para mujeres y de 4.5% en hombres. Las diferencias obtenidas en los diversos reportes presentados, pueden deberse al uso de diferentes instrumentos de medición, la manera de medir el evento, así como a las características de la muestra (población urbana o rural o edades que les ubican en adolescencia media o final).

Por otra parte, la sintomatología depresiva aumenta la vulnerabilidad de los adolescentes a situaciones como la conducta disocial, el aislamiento, el consumo de sustancias o la propia ideación suicida^{8,24-26}, incluye alteraciones como la disminución del ánimo, inapetencia, irritabilidad e inquietud motora, con prevalencia de entre el 10% y el 16% de la población adolescente, siendo mayor en mujeres respecto a los hombres²⁷.

La impulsividad se considera también una variable de riesgo para la ideación suicida, incluye conductas que ponen en peligro el bienestar tanto del sujeto como el de los demás, ya que se realizan acciones sin tomar en cuenta sus consecuencias; esta condición, asociada a otras variables, incrementa en más de cuatro veces la probabilidad de ideación suicida^{22,28}.

Como factor protector de las problemáticas psicosociales – lo que incluye a la ideación suicida-, predictor significativo del bienestar general y la estabilidad emocional de los adolescentes, se tiene a la autoestima, actitud positiva de la persona hacia sí misma, por la que siente que es una persona de valor que se respeta por lo que es^{22,29,30}, asociándose una mayor autoestima con bajo riesgo de ideación suicida³¹.

Si bien en Chiapas algunas investigaciones exploran aspectos como las conductas sexuales de riesgo y el consumo de drogas, la escasa literatura sobre otras problemáticas psicosociales y de salud mental, de particular relevancia por su incremento y severidad, así como por su estrecha relación con dichas patologías, hace necesaria la generación de conocimiento para el desarrollo de labores preventivas y de promoción a la salud.

En este trabajo, se valora la presencia de ideación suicida a partir de variables predictoras como la sintomatología depresiva, impulsividad y autoestima en adolescentes de Chiapas, México.

Método y sujetos

El estudio tiene un diseño no experimental, de tipo transversal *ex-post facto*, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia de 4,759 adolescentes de tercer año de bachillerato, de Chiapas, México, aspirantes a ingresar a programas educativos de nivel licenciatura ofertados por la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales y la Facultad de Ciencias de la Nutrición y Alimentos, ambas de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, México, durante el periodo comprendido desde 2011 hasta 2015.

La distribución por sexo de los participantes fue de 3,275 mujeres (68.8%) y 1,484 hombres (31.2%), con un promedio de edad de 18.4 años y una desviación estándar de 1.67 años.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron instrumentos estandarizados en población mexicana, de los que previo a su aplicación se llevó a cabo el estudio piloto para revisar su pertinencia, probándose su adecuación semántica y fácil comprensión.

En el estudio se utilizan los siguientes instrumentos:

- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos: CES-D (por sus siglas en inglés)³². La CES-D consta de 20 reactivos que evalúan la sintomatología depresiva durante la semana previa a su aplicación, con opciones de respuesta: 0 = 0 días, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 3 = 5-7 días, por lo que el rango teórico fluctúa de 0 a 60. La consistencia interna (≥ 0.83) y diversos tipos de validez han resultado consistentemente satisfactorios en diferentes estudios con población escolar adolescente mexicana rural³³ y urbana^{26,28}.

- Escala de Ideación Suicida de Roberts (EIS)³⁴. Consta de cuatro reactivos (tres de la escala de Roberts y uno de la CES-D: "No podía seguir adelante") referentes a pensamientos sobre la propia muerte y quitarse la vida, ocurridos durante los últimos 7 días, con el formato de respuestas: 0 = 0 días, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 3 = 5-7 días, así que el rango teórico fluctúa de 0 a 12. Ha sido evaluada satisfactoriamente en su consistencia interna con índices alpha de Cronbach ($\geq .80$) y validez estructural de un factor^{28,35}.

- La Escala de Impulsividad (EI)²⁸, consta de cinco reactivos y cuatro opciones de respuestas tipo Likert, que son: 1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = con frecuencia y 4 = con mucha frecuencia,

para evaluar la frecuencia con que las personas refieren haber realizado acciones que se relacionan con el reflejo impulsivo y la escasa reflexión acerca de las consecuencias que puede implicar el llevarlas a cabo. Ha sido validada para población mexicana por González et al.³⁶.

- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)³⁷. Consta de 10 reactivos: 5 enunciados positivos y 5 enunciados negativos con opciones de respuesta: 1 = Totalmente de acuerdo, 2 = De acuerdo, 3 = En desacuerdo, y 4 = Totalmente en desacuerdo. Al recodificar los reactivos negativos, el rango teórico fluctúa de 10 a 40, de modo que a mayor puntaje más alta autoestima. En adolescentes mexicanos esta escala ha obtenido índices de consistencia interna aceptables ($> .74$)²⁹.

Procedimiento

El proyecto fue avalado científica y éticamente por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas.

Para la aplicación de los instrumentos se obtuvo el consentimiento informado de los estudiantes, a quienes se les indicó que la información se trataría de forma confidencial y anónima, aceptando participar de forma voluntaria, autorizando el uso de la información con fines de investigación. La información ha sido protegida a partir de los procedimientos considerados en la Declaración de Helsinki.

Las escalas se aplicaron por psicólogos capacitados, fueron administradas mediante procedimiento estandarizado de instrucciones el cual fue supervisado por un equipo de apoyo habilitado para tal propósito.

Con los datos recolectados se procedió a calcular los puntajes obtenidos por cada sujeto en cada una de las cuatro escalas. Los puntajes se obtuvieron mediante suma aritmética simple de todos los ítems que conforman los instrumentos. A partir de estos puntajes se procedió a categorizar a los sujetos de acuerdo a los puntos de corte, para los cuales se consideró en su cálculo el valor de la media más una desviación estándar, estableciéndose para la EIS en 1.0 ($M = 0.2$, $DE = 0.8$), para la CES-D en 16 ($M = 10.3$, $DE = 5.9$), para la EI en 11 ($M = 8.2$, $DE = 2.4$), y para la EAR en 23 ($M = 28.5$, $DE = 6.4$), considerándose para esta última escala una referencia del valor de la media menos una desviación estándar para indicar un nivel de autoestima normal y alta.

A partir de estos puntos de corte, las variables predictoras se categorizaron en formato binario de la siguiente manera:

- Ideación suicida (0. Sin ideación / 1. Con presencia de ideación).
- Sintomatología depresiva (0. Sin sintomatología depresiva / 1. Con Sintomatología depresiva).
- Impulsividad (0. Baja / 1. Normal).
- Autoestima (0. Baja / 1. Normal o Alta).

Para valorar el efecto de variables de interés en la probabilidad de presentar ideación suicida se obtuvo un modelo de regresión logística multivariable en función de las variables categorizadas de impulsividad, autoestima y sintomatología depresiva. Adicionalmente se exploró la inclusión en dicho modelo de las variables de ajuste: edad y sexo. Con el modelo obtenido se calcularon probabilidades para casos extremos.

Resultados

Del total de participantes, el 93.3% proviene de instituciones públicas de educación media y el resto de instituciones privadas. El promedio en el último periodo cursado fue de 8.26, con una desviación estándar de .72. Casi la mitad de ellos (50.5%) son originarios de la capital del estado de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, mientras que el resto provienen de otras ciudades y localidades de la entidad o bien de estados vecinos del sur de México como Oaxaca, Veracruz, Tabasco y Puebla.

El recuento de casos con presencia o no de ideación suicida, sintomatología depresiva, nivel de impulsividad y autoestima, indica que poco más de la mitad de los aspirantes, 2,437 (51.2%), presentaron al menos una de las cuatro problemáticas evaluadas. En particular, 369 casos (7.3%) mostraron evidencia de presencia de ideación suicida, 633 (13.3%) sintomatología depresiva elevada, 2,020 (42.4%) baja autoestima y 262 (5.5%) alta impulsividad. Es evidente que la problemática con mayor prevalencia es la baja autoestima.

El recuento de casos con presencia de ideación suicida y la presencia o no de otras variables como la sintomatología depresiva, impulsividad y autoestima, muestra que los sujetos que presentan ideación suicida, sintomatología depresiva, autoestima baja y alta impulsividad incluyen un total de 21, los que muestran un muy alto nivel de riesgo psicosocial; los casos con las mismas características, excepto que presentan baja impulsividad, son 107. El recuento de estos casos, si se suman aquellos que presentan todas las manifestaciones de alerta, con o sin impulsividad, es de 128, lo que representa el 2.68% del total de la muestra.

Con el propósito de identificar las asociaciones entre las variables exploradas junto con variables de ajuste (edad y sexo) y cuantificar la probabilidad de que un adolescente manifieste una condición de alerta en cuanto a ideación suicida respecto a éstas, se obtuvieron diferentes modelos de regresión preliminares. En tales modelos las variables de ajuste resultaron no significativas y presentaron una Odd Ratio (OR) cercana a 1, lo cual resulta consistente con los resultados obtenidos en otro trabajo³⁸. La no asociación entre las variables edad y sexo con la ideación suicida se confirmó mediante pruebas T-Student y Chi² respectivamente. En cuanto a la variable sexo, ello puede deberse al desarrollo y mejora socioeconómica y laboral de las mujeres en los últimos años³⁹, sobre todo en el sector poblacional en que se aplican los instrumentos, esto es, adolescentes preuniversitarios, mientras que la cercanía de edad entre los participantes, puede ser la razón de su no significancia. Por tanto, se desarrolló el modelo para predecir la probabilidad de presentar Ideación Suicida (IS) únicamente a partir de aquellas variables significativas que son Autoestima (AU), Impulsividad (IM) y Sintomatología depresiva (SD).

Los coeficientes del modelo para ideación suicida y los cocientes de probabilidades (OR, Odds Ratio) para cada uno de ellos se muestran a continuación (Tabla 1).

Esto implica que el modelo, en su transformación LOGIT, puede expresarse como:

$$IS = -2.970 - (.353) AU + (.646) IM + (2.198) SD$$

La prueba de significancia realizada al modelo en general entregó un valor para $p \leq .000$, que indica que el modelo es significativo. Para cada una de las variables predictoras el valor de significancia es inferior a .05 para AU, IM y SD, por tanto son relevantes en el modelo. De los coeficientes obtenidos, destaca el hecho de que los niveles normales-altos de AU inhiben la probabilidad de presentar IS. En cambio, la presencia de altos niveles de IM y de SD incrementa la probabilidad de que un joven presente esta problemática. En este sentido, las OR obtenidas sugieren que la presencia de niveles altos de IM hace aumentar en casi el doble (OR = 1.907) la probabilidad estimada de presentar IS. Pero sin duda, lo más destacado es el hecho de que la presencia de SD hace aumentar la probabilidad estimada de IS nueve veces (OR = 9.006); con lo cual, se comprueba la referencia teórica que sustenta que niveles altos de depresión configuran un escenario propicio

para la ideación suicida y, eventualmente, el intento suicida.

Al resolver el modelo para las situaciones extremas se obtienen los siguientes resultados (Tabla 2).

En la situación crítica, la probabilidad de que se presente IS cuando no hay niveles normales o altos de AU y sí altos niveles de IM y presencia de SD es cercana a .500. En contraparte, en la situación opuesta, la probabilidad de presentar ideación suicida es prácticamente nula. En el contexto de estudio, la importancia del modelo radica en que posibilita una ágil valoración de señales de alerta de ideación suicida en la población objetivo cuando se presume, inclusive desde procedimientos de diagnóstico diversos, niveles altos de impulsividad, baja autoestima y depresión; todo ello con fines de intervención.

Discusión y conclusiones

Los datos obtenidos dan cuenta de los estadísticos descriptivos y punto de corte para cada instrumento, los cuales ofrecen una referencia de comparación con trabajos realizados en poblaciones semejantes; los casos con sintomatología asociada a las variables de estudio y los resultados obtenidos a través del modelo de regresión logística aplicado.

En cuanto a las medidas de tendencia central, en la aplicación del CES-D, se obtiene una $M = 10.3$, similar a lo reportado por González et al.⁴⁰, en estudiantes de bachillerato de la ciudad

de México ($M = 9.5$); e inferior al referido por Veytia et al.⁴¹, realizado con adolescentes de 15 a 19 años de edad del estado de México ($M = 16.2$ en mujeres y una $M = 16.02$ en hombres).

En la escala de Ideación Suicida, se obtiene un puntaje de $M = .2$, mucho menor a lo reportado en otros trabajos realizados en otras entidades del país⁴²⁻⁴⁴, lo cual puede deberse a la significación de prohibición religiosa que se atribuye al suicidio y a la ideación suicida⁴⁵, a la diversidad cultural y económica⁴⁶, o a la situación de admitir los síntomas⁴⁷.

En cuanto a la Escala de Impulsividad, se obtiene una $M = 8.2$, mientras que en la Escala de Autoestima, la $M = 28.5$, similar a lo referido en otros estudios⁴², aunque menor a lo referido por González & Landero⁴⁸ ($M = 35.02$).

En cuanto a la contabilidad de casos con sintomatología de las variables en análisis, 7.8% presenten al menos un síntoma de ideación suicida, por debajo de lo reportado en estudios internacionales¹³ y nacionales²², en que se obtiene prevalencias del 15.3% y del 13.1% de los casos respectivamente; mientras que para sintomatología depresiva, el 13.3% de los casos presentan esta condición, similar al rango estimado en otros trabajos²⁷.

Los modelos de regresión logística multivariable para ideación suicida, respecto a las variables predictoras en análisis, confirman la premisa de que la impulsividad y sintomatología depresiva, hacen aumentar a casi el doble y nueve veces la posibilidad de que un adolescente presente ideación suicida. Asimismo, la autoestima, mues-

Tabla 1. Coeficientes del modelo de regresión logística para Ideación Suicida (IS) respecto a AU, IM y SD.

| Variable | Coeficiente | Sig. | OR | IC 95% para OR | |
|-------------------------------|-------------|------|-------|----------------|----------|
| | | | | Inferior | Superior |
| Autoestima (AU) | -0.353 | .005 | 0.703 | .55 | .89 |
| Impulsividad (IM) | 0.646 | .000 | 1.907 | 1.47 | 2.47 |
| Sintomatología depresiva (SD) | 2.198 | .000 | 9.006 | 7.14 | 11.34 |
| Constante | -2.970 | .000 | 0.051 | - | - |

Sig = Valor $-p$, OR = Odds Ratio, IC = Intervalo de Confianza.

Tabla 2. Probabilidad de ocurrencia de (IS) a partir de la presencia o ausencia de AU, IM y SD.

| AU | IM | SD | Probabilidad de ocurrencia de IS |
|---------------|------|-----|----------------------------------|
| Baja | Alta | Con | .468 |
| Normal o Alta | Baja | Sin | .034 |

IS = Ideación Suicida, AU = Autoestima, IM = Impulsividad, SD = Sintomatología Depresiva.

tra ser una variable protectora para ideación suicida y sintomatología depresiva.

Ello coincide con algunos trabajos que muestran la proporción entre la ideación suicida y la sintomatología depresiva, como el realizado con escolares de 12 a 16 años del Reino Unido⁴⁹, quienes destacan una asociación muy fuerte entre ambas variables, con una OR = 10.23 [8.41 a 12.44, IC, 95%]; lo mismo que el de Souza et al.¹⁴, llevado a cabo con 1,039 adolescentes del área urbana de Pelotas, al sur de Brasil, con una OR = 11.25 [4.82 a 26.22, IC, 95%].

Sin embargo, otros trabajos también llevados a cabo con adolescentes, reportan proporciones menores entre ambas variables, como el de Kaess et al.¹⁶, en Alemania con una OR = 1.298 [1.259 a 1.338, IC, 95%]; el de Glashouwer et al.¹⁵, en Holanda, quien reporta una OR = 1.95 [1.72 a 2.22, IC, 95%]. En Sudáfrica, el trabajo de Shilubane et al.²⁰, indica una OR = 1.755. En Asia, dos estudios dan cuenta de esta proporción, el trabajo de Medina et al.¹⁷, en Camboya, con una OR de 1.328 y 1.164, para mujeres y hombres respectivamente; y, en el de Nguyen et al.¹⁹, en Vietnam, con una OR = 3.45 [2.63 a 4.54, IC, 95%]. En América, Medina et al.¹⁷, con estudiantes de 15 a 18 años de Nicaragua obtuvieron una OR = 1.275 y 1.650 para mujeres y hombres respectivamente.

En México, dicha relación ha sido reportada en dos estudios recientes, el primero de ellos²¹, indica una OR = 5.36 [4.51 a 6.38, IC, 95%] respecto de la sintomatología depresiva; y en el segundo²³, se alcanza una OR de 1.9 [1.0 a 3.3, IC, 95%], ambos llevados a cabo con escolares del centro y occidente del país, cuyas condiciones de desarrollo, cultura y religiosidad es sumamente distinta a la de Chiapas, contexto en que esta última variable puede operar como potencial factor protector ante desórdenes mentales y problemas de conducta entre los adolescentes⁵⁰, aunque por supuesto, dicha hipótesis deberá ser corroborada en estudios futuros.

En cuanto a la proporción entre ideación suicida e impulsividad, el estudio de Nock et al.¹², refiere una OR = 3.3 [2.8 a 3.8, IC, 95%), superior a lo referido en este trabajo. Dichas variables, al presentarse conjuntamente con la depresión constituyen un factor de alto riesgo y moduladores en la evolución del desarrollo de la ideación suicida a su planeación o ejecución⁵¹.

Entre las limitantes del trabajo se señala el que al ser un estudio transeccional, no es posible establecer relaciones de causa efecto de las varia-

bles analizadas, en segundo lugar, por el tipo de muestra intencional, no es posible generalizar los resultados obtenidos al resto de la población del grupo etario analizado, en tercer lugar, será necesario utilizar otros instrumentos a través de los cuales se exploran las variables en análisis, considerando los criterios seguidos en los estudios previos en que se aplican, finalmente, existen variables como la espiritualidad, la cultura o el desarrollo socioeconómico de las mujeres, que deberán ser considerados en futuros trabajos.

No obstante lo anterior, el estudio provee de algunas contribuciones al estudio de la ideación suicida. Al ser el primero que se realiza sobre el tema en Chiapas, México, confirma algunos variables de riesgo estrechamente relacionadas con esta, como la sintomatología depresiva y la impulsividad, tal como se señala en la literatura sobre el tema, lo que puede permitir el diseño de estrategias para su abordaje.

La presencia de ideación suicida, plantea la necesidad de un constante monitoreo de adolescentes con esta condición, considerándose la atención al sentimiento de desesperanza como un aspecto clave en su intervención⁵². Tal actividad puede ser desarrollada por el departamento de tutorías de la universidad, mediante acciones de orientación a través de grupos de reflexión o atención psicológica individualizada, ante la carencia de servicios de consejería proporcionados por otras instancias de la comunidad.

Colaboradores

GA García Lara trabajó en la concepción, delineación, aplicación de instrumentos, análisis e interpretación de los datos y redacción del informe, JO Zúñiga trabajó en el análisis e interpretación de los datos y revisión del informe, OC Pérez y SH Solís trabajaron en la redacción del artículo, CEP Jiménez y MC Méndez trabajaron en la aplicación de instrumentos y redacción del artículo.

Referencias

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Panorámica de la población joven en México desde la perspectiva de su condición de actividad*. México: INEGI; 2014.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *Información de México. Número de habitantes*. México: INEGI; 2014.
- Ballinas Y, Evangelista A, Nazar A, Salvatierra B. Condiciones sociales y comportamientos sexuales de jóvenes en Chiapas. *Pap. Poblac.* 2015; 21(83):253-286.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Estadísticas de mortalidad, 2011. Consulta interactiva de datos*. México: INEGI; 2013.
- González C, Ramos L, Mariño M, Pérez E. Vidas en riesgo: Conducta suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 2002; 48(1):74-84.
- McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 2016; 94(5):340-350F.
- Córdova M, Rosales P, Caballero R, Rosales J. Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana* 2007; 15(2):17-21.
- Sánchez SJC, Villarreal GME, Musitu G, Martínez FB. Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, España. *Psychosocial Intervention* 2010; 19(3):279-287.
- Goldney R, Winefield A, Tiggemann M, Winefield H, Smith S. Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79(5):481-489.
- Bebbington P, Minot S, Cooper C, Dennis M, Meltzer H, Jenkins R, Brugha T. Suicidal ideation, self harm and attempted suicide. Results from the British Psychiatric Morbidity Survey 2000. *Eur Psychiatry* 2010; 25(7):427-431.
- Gradius JL, Qin P, Lincoln AK, Millar M, Lawler E, Lash TL. The association between adjustment disorder diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clin Epidemiol* 2010; 2:23-28.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Chiu WT, Girolamo G, Gluzman S, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam E, Kessler RC, Lepine JB, Levinson D, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Williams DR. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry* 2008; 192(2):98-105.
- Page RM, Saumweber J, Hall PC, Crookston BT, West JH. Multi-country, cross-national comparison of youth suicide ideation: Findings from global school-based health surveys. *School Psychology International* 2013; 34(5):540-555.
- Souza LDM, Silva RA, Jansen K, Kuhn RP, Horta BL, Pinheiro RT. Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 32(1):37-41.
- Glashouwer KA, De Jong PJ, Penninx BWJH, Kerkhof AJFM, Van Dyck R, Ormel J. Do automatic self-associations relate to suicidal ideation? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2010; 32(3):428-437.
- Kaess M, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Brunner R, Resch F. Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BMC Public Health* 2011; 11:597.
- Medina OC, Jegannathan B, Dahlblom K, Kullgren G. Suicidal expressions among young people in Nicaragua and Cambodia: a cross-cultural study. *BMC Psychiatry* 2012; 12(28):1-7.
- Zhao J, Yang X, Xiao R, Zhang X, Aguilera D, Zhao J. Belief system, meaningfulness, and psychopathology associated with suicidality among Chinese college students a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 2012; 12:668.
- Nguyen DT, Dedding C, Pham TT, Wright P, Bunders J. Depression, anxiety, and suicidal ideation among Vietnamese secondary school students and proposed solutions: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2013; 13(1):1-10.
- Shilubane HN, Ruiters RAC, van den Borne B, Sewpaul R, Reddy J, Reddy P. Suicide and related health risk behaviours among school learners in South Africa: Results from the 2002 and 2008 national Youth Risk Behaviour Surveys. *BMC Public Health* 2013; 13:926.
- Pérez-Amezcuca B, Rivera-Rivera L, Atienzo EE, De Castro F, Leyva-López A, Chávez-Ayala R. Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República mexicana. *Salud Publica Mex* 2010; 52(4):324-333.
- González C, Juárez C E, Montejo L, Oseguera G, Wagner, Jiménez A. Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado de Campeche, México. *Acta Universitaria, Multidisciplinary Scientific Journal* 2015; 25(NE-2):29-34.
- Hidalgo-Rasmussen C, Hidalgo-San Martín A. Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3437-3445.
- Butcher JA, Mineka S, Holley JM. *Psicología clínica*. 12ª ed. Madrid: Pearson, Addison Wesley; 2007.
- Bonanno R, Hymel S. Beyond hurt feelings: investigating why some victims of bullying are at greater risk for suicidal ideation. *Merril Palmer Quarterly* 2010; 56(3):420-440.
- González C, Solís Torres C, Jiménez A, Hernández I, González A, Juárez F, Medina M, Fernández H. Confiabilidad y validez de la escala de depresión CES-D en un censo de estudiantes de nivel medio superior y superior, en la Ciudad de México. *Salud Mental* 2011; 34:53-59.
- González C, Hermosillo A, Vacío M, Peralta R, Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2015; 72(2):149-155.
- González C, Ramos L, Caballero M, Wagner F. Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema* 2003; 15(4):524-532.

29. Jiménez A, Mondragón L, González FC. Self-esteem, depressive symptoms, and suicidal ideation in adolescents: Results of three studies. *Salud Mental* 2007; 30(5):20-26.
30. Miranda T, Cubillas R, Román P, Abril V. Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Revista Salud Mental* 2009; 32(6):495-502.
31. Groot M, Kollen B. Course of bereavement over 8-10 years in first degree relatives and spouses of people who committed suicide: longitudinal community based cohort study. *BMJ* 2013; 347:f5519.
32. Radloff L. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychol Meas* 1977; 1(3):385-401.
33. Aguilera RM, Carreño MS, Juárez F. Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental* 2004; 27(6):57-66.
34. Roberts E, Chen YW. Depressive symptoms and suicidal ideation among Mexican origin and Anglo adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34(1):81-90.
35. González C, Ramos L, Vignau L, Ramírez C. Abuso sexual e intento suicida: Asociación con el malestar depresivo y la ideación suicida actuales en adolescentes. *Salud Mental* 2001; 24(6):16-25.
36. González C, Andrade P, Jiménez J. Estrés familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes mexicanos. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina* 1997; 43(4):319-326.
37. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
38. Swahn MH, Palmier JB, Braunstein SM. Prevalence and Gender Differences in Suicide Ideation of Youth: A Cross-national Comparison of 19 Countries and Cities. *International Household Survey Network* 2012.
39. Xu H, Zhang W, Wang X, Yuan J, Tang X, Yin Y, Zhang S, Zhou H, Qu Z, Tian D. Prevalence and influence factors of suicidal ideation among females and males in Northwestern urban China: a population based epidemiological study. *BMC Public Health* 2015; 15:961.
40. González GA, Juárez GF, Solís TC, González FC, Jiménez TA, Medina MME, Fernández VMH. Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud Mental* 2012; 35(1):51-55.
41. Veytia LM, González ALFNI, Andrade PP, Oudhof H. Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental* 2012; 35(1):37-43.
42. González C, Jiménez A, Mondragón L. Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. Autoestima, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes. *Revista Salud Mental* 2007; 30(5):20-26.
43. Rosales JC, Córdova M, Villafaña A. Presencia de ideación suicida y su asociación con variables de identificación personal en estudiantes mexicanos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 2011; 57(2):91-98.
44. Rosales PJC, Córdova OM, Ramos CR. Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud* 2012; 22(1):63-74.
45. Zarrouq B, Bendaou B, Elkinany S, Rammouz I, Aalouane R, Lyoussi B, Khelafa S, Bout A, Berhili N, Hlal H, Nejjari C, El Rhazi K. Suicidal behaviors among Moroccan school students: prevalence and association with socio-demographic characteristics and psychoactive substances use: a crosssectional study. *BMC Psychiatry* 2015; 15:284.
46. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries *Bulletin of the World Health Organization* 2016; 94(5):340-350.
47. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med* 1999; 29(1):9-17.
48. González RMT, Landero HR. Escala de cansancio emocional (ECE) para estudiantes universitarios: Propiedades psicométricas en una muestra de México. *Anales de Psicología* 2007; 23(2):253-257.
49. Sullivan SA, Lewis G, Gunnell D, Cannon M, Mars B, Zammit S. The longitudinal association between psychotic experiences, depression and suicidal behaviour in a population sample of adolescents. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2015; 50(12):1809-1817.
50. Dew RE, Daniel SS, Armstrong TD, Goldston DB, Triplett MF, Koenig HG. Religion/spirituality and adolescent psychiatric symptoms: a review. *Child Psychiatry Hum Dev* 2008; 39(4):381-398.
51. Ganz D, Braquehais MD, Sher L. Secondary prevention of suicide. *PolS Medicine* 2010; 7(6):e1000271.
52. Czyz EK. Longitudinal trajectories of suicidal ideation and subsequent suicide attempts among adolescent inpatients. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2015; 44(1):181-193.

Artigo apresentado em 27/01/2016

Aprovado em 27/06/2016

Versão final apresentada em 29/06/2016