



EL MÉDICO GENERAL COMO PRIMER CONTACTO EN USUARIOS CON DEPRESIÓN E IDEACIÓN SUICIDA *

Constanza Miralrio Medina¹, Norma Coffin Cabrera², Mónica Álvarez Zúñiga³,
María de Lourdes Jiménez Rentería⁴, Francisca Bejar Nava⁵, Clara Bejar Nava⁶
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

RESUMEN

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2003, señala que la prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%. Los autores mencionan en cuanto a la cobertura médica de los eventos depresivos, que de acuerdo con los datos de la encuesta, la cifra de mujeres mayores de 18 años de edad con eventos depresivos en el último año fue superior a 2 500 000. De estas mujeres, sólo 27.2% había sido alguna vez diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. En el caso de los hombres, poco más de 800 000 mayores de 18 años de edad en el país, habían padecido depresión en el último año. En este caso, el porcentaje de afectados que contaban con diagnóstico médico fue de 19 y el de individuos con tratamiento de 6.1. El antecedente de diagnóstico es más frecuente entre los sujetos que

* Se agradece a la UNAM por el financiamiento del PAPCA No. 52 2008-2009 para esta investigación.

¹Profesor Asociado B TC, Carrera de Médico Cirujano. FESI, UNAM. Correo electrónico: cmiralrio@hotmail.com Corresponsable del proyecto.

²Profesora Asociada C TC, Carrera de Psicología. FESI, UNAM. Correo electrónico: coffin@unam.mx Responsable del proyecto.

³Alumna de Psicología, FESI, UNAM. Correo electrónico: malvarez854@gmail.com Colaboradora

⁴Profesora de asignatura A interina. Carrera de Psicología. FESI, UNAM. Correo electrónico: eticaprofesionalfesimail.com Colaboradora

⁵Profesora de asignatura B definitiva. Carrera de Psicología. FESI, UNAM Correo electrónico:

psibejar@gmail.com Colaboradora.⁶ Profesora de asignatura B definitiva, Carrera de Psicología. FESI, UNAM. Correo electrónico: psibejar@yahoo.com.mx Colaboradora.

gozan de algún tipo de aseguramiento médico. El 37.4% de las mujeres aseguradas con sintomatología de depresión han sido diagnosticadas, contra sólo 21% en las no aseguradas. En el caso de los hombres con depresión, 28.9% de quienes tienen seguro médico han sido diagnosticados, contra sólo 14% en los no asegurados. Asimismo, los autores mencionan que es común que las personas con trastornos afectivos consulten con médicos generales de manera temprana y que esta demanda no sea atendida de forma eficaz por carencia de capacitación de estos médicos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales. En el presente estudio, se aplicaron a la muestra (N=151), el Inventario de Depresión de Beck (Jurado, *et al.* (1998) y el Inventario de Orientación Suicida (Casullo, 2003). Los participantes fueron usuarios de la Clínica Universitaria de Salud Integral (FESI, UNAM), quienes acudían a solicitar servicio a las áreas de Medicina y Psicología. Los resultados muestran que el nivel predominante de depresión fue el Moderado (42.7%). Esta población está en riesgo de desarrollar una depresión severa, lo cual ratifica que esperar el turno en una lista, para recibir tratamiento médico y/o psicológico, no es lo idóneo. Con respecto a la ideación suicida, la prevalencia en la muestra es que la mayoría se encuentra en los niveles alto (36%) y grave (39.2%). Otro hallazgo es que en el nivel Mínimo de depresión, el 5.34% acuden al servicio de Medicina como primer intento. Aunque el 7.63% acude a solicitar servicio al área de Psicología Clínica, de inicio, esto sugiere que al presentar los primeros síntomas, no hay gran diferencia en la preferencia entre ambos servicios. Es por esto que resulta importante que los médicos implementen mecanismos que les permitan diagnosticar de manera eficaz la sintomatología de la depresión e ideación suicida, con el fin de proporcionar un tratamiento oportuno, así como abordar los trastornos mentales desde una visión multidisciplinaria.

Palabras clave: prevalencia, depresión, ideación suicida, medicina, psicología.

Abstract

The National Psychiatric Epidemiology Survey conducted in Mexico (2003), showed that prevalence of depression in adults in the last year, was of 4.5%. By gender, the authors state that Medical coverage for depressive events according with the obtained data, more than 2 500 000 women (older than 18), reported depressive episodes in the last year, of which only 27.2% were ever diagnosed as depressive by a physician, and 7.9% were prescribed for antidepressant drugs in the last two weeks. Among men, more than 800 000 (older than 18) had suffered depression. In this case, percentage of participants with a medical diagnose was of 19, and 6.1 prescribed. Preliminary diagnosis is more frequent

among subjects who belong to a social security service. Thus, 37.4% of insured women with depression symptoms had been diagnosed, versus 21% of not insured. Also, 28.9% of insured men had been diagnosed against 14% of not insured. The authors mention that it is quite common that people with affective disorders attend early to physicians, although their condition is not efficiently attended due their lack of domain for accurate diagnosis and appropriate treatment. In the present research, the Beck Depression Inventory in its Mexican version (Jurado, *et al.*, 1998), and the Suicide Orientation Inventory (Casullo 2003), were applied to a sample (N=151) of people demanding Medical or Psychological service at the school clinic of the FESI, UNAM. Results showed that the major level of depression was the Mild one, which determines its population as the one in risk to develop a severe condition. This finding ratified the fact that waiting for an adequate professional care based on a waiting list, is not the suitable manner to provide it. About suicidal ideation, prevalence demonstrated that most of the sample reported high (36%) or serious (39.2%) levels. Another important finding concerning the Low level of depression, 5.34% of the sample asked for Medical care as the first option, when the initial symptoms emerge. Although 7.63% went to Psychology service for the first attempt, preference of initial professional care is not quite different between Medical or Psychological services; hence, it is quite important that physicians improve other mechanisms in order to provide an effective and appropriate diagnosis and treatment to approach mental disorders in a multidisciplinary practice.
Keywords: prevalence, depression, suicidal ideation, medicine, psychology

De acuerdo a Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005), los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida.¹ El *Informe Mundial sobre la Salud* de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2003 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, al analizar los trastornos individualmente, reporta que el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y

la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar.

Con respecto al ámbito nacional, los autores señalan que la prevalencia de depresión en adultos en México en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5% (IC 95%=4.1, 4.9), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).

Asimismo, estos autores reportan que la prevalencia de la depresión con respecto a la entidad federativa, varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5, 4.6 y 4.5%, respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León, con cifras menores a 1. En las mujeres la prevalencia más alta corresponde a Hidalgo, con 9.9%, Jalisco, con 8.2% y el Estado de México, con 8.1%, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche, con 2.9%.

Los autores mencionan en cuanto a la cobertura médica de los eventos depresivos, que de acuerdo con los datos de la encuesta, la cifra de mujeres mayores de 18 años de edad con eventos depresivos en el último año fue superior a 2 500 000. De estas mujeres, sólo 27.2% había sido alguna vez diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepressivos en las últimas dos semanas. En el caso de los hombres, poco más de 800 000 mayores de 18 años de edad en el país habían padecido depresión en el último año. En este caso, el porcentaje de afectados que contaban con diagnóstico médico fue de 19 y el de individuos con tratamiento de 6.1.

El antecedente de diagnóstico es más frecuente entre los sujetos que gozan de algún tipo de aseguramiento médico. El 37.4% de las mujeres aseguradas con sintomatología de depresión han sido diagnosticadas, contra sólo 21% en las no aseguradas. En el caso de los hombres con depresión, 28.9% de quienes tienen seguro médico han sido diagnosticados, contra sólo 14% en los no asegurados. El

porcentaje de sujetos con sintomatología de depresión que tienen antecedente de diagnóstico médico también varía dependiendo del tamaño de la localidad donde se habita. En las áreas rurales, el porcentaje correspondiente es de 17%, sin notables diferencias entre mujeres y hombres (17.4% y 16.1%, respectivamente). En las zonas metropolitanas, por su parte, la proporción de individuos con antecedente de diagnóstico es de 31.7% con diferencias mayores –aunque no estadísticamente significativas– entre mujeres (32.7%) y hombres (27.4%).

Otro de los hallazgos de este estudio es el hecho de que los autores refieren como un elemento adicional a tomarse en cuenta, que es común que las personas con trastornos afectivos consulten con médicos generales de manera temprana y que esta demanda no sea atendida de forma eficaz por carencia de capacitación de estos médicos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales.

Dados los hallazgos de esta Encuesta, en la cual se menciona como primer diagnóstico depresivo el médico, y condiciones asociadas-como toma de medicamentos-, aunado a que el perfil de los usuarios de la CUSI carece de seguridad social, así como que el Estado de México es una de las regiones que más prevalencia presenta en mujeres, el presente estudio es un reporte basado en los hallazgos obtenidos sobre depresión e ideación suicida en los usuarios que solicitan servicio en la Clínica Universitaria de Salud Integral de la FES Iztacala, de la UNAM. El objetivo fue determinar si hay diferencias significativas entre la prevalencia de depresión e ideación suicida en usuarios de la carrera de Medicina y Psicología, y entre sexos de ambas poblaciones.

Coffin, Bejar, Bejar, Jiménez y Álvarez (2009), reportan un estudio diagnóstico, descriptivo y de campo en esta clínica, mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck (BDI) en su versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998), y que consta de 21 reactivos que evalúan la intensidad sintomática de la depresión en muestras clínicas y no clínicas. La muestra de este estudio estuvo conformada por 131 participantes, de los cuales 46 eran hombres y 85 mujeres, usuarios que solicitaban servicio en las carreras de Psicología y Medicina de la CUSI. El nivel predominante de depresión en la muestra de este estudio, fue el de

moderada. Si se considera que casi la mitad de la población la reporta, se debe señalar que ésta es la población en riesgo de desarrollar una depresión severa.

Con respecto a la ideación suicida, la cual es definida como toda idea de cometer suicidio o el deseo de quitarse la propia vida, se define el intento suicida como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo (Amezcuca, 2003), así mismo Casullo (2003), la define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte autoinfringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir.

Asimismo, Gonzáles Forteza y Jiménez (2003), encontraron que el suicidio puede entenderse como un proceso que comienza con la idea de suicidarse y pasa por la tentativa o los intentos de suicidio, hasta concluir con la muerte autoinfringida, es decir con el suicidio consumado. Con respecto al suicidio, en Europa se encuentra entre las primeras causas de muerte: 100,000 muertes y casi un millón de intentos de suicidio al año. La Organización Mundial de la Salud reporta tasas anuales de mortalidad por suicidio desde las bajas, en la isla de Malta con 2.3, hasta las más altas con 43.5 por cada 100,000 habitantes, en Hungría y Dinamarca. Desde el punto de vista de la salud pública, se considera que en la población occidental el suicidio es un problema endémico que mantiene una frecuencia persistente año con año en cada país, con tendencia a la alza en casi todos los países. Además, se calcula que la proporción entre actos suicidas no mortales (ideación e intento suicida) y mortales puede llegar a ser de 100 – 200:1 (OPS, 2003). Por lo que se refiere a las tentativas, hay un acuerdo general en que puede hablarse de una situación epidémica, que se ha venido incrementando en la población juvenil.

Barrero, Guerra, Pablos y Calás (1997) mencionan diversos factores de riesgo en los individuos y en las familias, tales como; enfermedad mental, las tentativas de suicidio, los antecedentes familiares de conducta suicida, el estado de ánimo depresivo, los conflictos de cualquier índole y la disfunción familiar. Para estos autores, el médico familiar debe implementar programas a nivel de la atención primaria con la finalidad de detectar dichos factores y ejercer las

acciones de salud pertinentes con el objetivo de evitar el primer intento, su repetición y el suicidio consumado.

Overholser (2003), menciona que los predictores para la conducta suicida son los altos grados de estrés y las percepciones negativas constantes de sucesos de vida. Con respecto a las características de las personas que se suicidan y que tienen ideas reiteradas de muerte, Ceballos, Arroyave, Díaz y Vergara (2005), nos hablan de las características de las personas que se suicidaron en Bogotá durante el periodo 2002 a 2003, encontrando que el 44.7% de suicidios correspondieron a menores de 25 años. La mayoría de suicidios los realizaron mujeres de edades comprendidas entre 15 y 22 años, ocupando un 66.60%. Asimismo, las mujeres menores de 18 años presentaron un porcentaje de 46.2% menor que el presentado por los hombres con 53.8%. El porcentaje global en los hombres fue de 60% con un rango de edad entre los 14 y 35 años. Encontraron además que el nivel socioeconómico influía, ya que 76% era de estrato bajo; concerniente al estado de ánimo previo el 45% reportó estar deprimido, el 38% un estado normal y el 14% ansioso. El 45% manifestó haber presentado ideas suicidas y el 17% había intentado suicidarse anteriormente.

De igual forma el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), nos arroja datos particularmente de la población mexicana y donde nos refiere que en el registro permanente de suicidios que ocurren en el país se identificó a 3160 personas durante el año 2002. Al observar algunas de sus características sociodemográficas resaltó el hecho de que 82.8% eran hombres y 17.2% mujeres, con lo que se advirtió una proporción de cinco hombres suicidas por cada mujer.

Según su edad y sexo sobresalió una proporción de cinco casos por cada diez personas suicidas, integrada por mujeres jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 29 años. En cuanto se refiere a la población masculina suicida, destacó la proporción de quienes tenían entre 20 y 24 años de edad y que representó 16.1% de los casos. Con edades de 15 a 34 años fueron registrados cinco de cada diez hombres suicidas.

En la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), Iztacala se da atención a usuarios de la comunidad aledaña en las áreas de Medicina y Psicología (Clínica y Educación Especial) principalmente. En los últimos semestres de servicio-docencia, se han detectado casos de usuarios que presentan signos de depresión. Es por esto que en el presente estudio, el objetivo principal fue detectar la prevalencia de la depresión y la ideación suicida reportados por los usuarios de las carreras de Medicina y Psicología, como motivo principal de atención. Al mismo tiempo, permitió hacer una detección sistematizada de los patrones de depresión e ideación suicida en usuarios de la CUSI, determinando la distribución en su medio natural, los cuales pueden presentarse como reguladores de otras problemáticas referidas por los usuarios.

MÉTODO

El presente es un estudio diagnóstico, descriptivo y de campo, de tipo ex post facto (Kellinger, 1981).

Participantes

La muestra no fue aleatoria simple, ya que el cuestionario se aplicó a los usuarios que solicitaban servicio en la Jefatura de Psicología de la CUSI, al momento del registro para los servicios de Psicología Clínica y a algunos de los usuarios que ya recibían servicio en Educación Especial; con respecto a los usuarios del área de Medicina, sólo se incluyeron a aquellos que acudían a Urgencias médicas y a un consultorio. El instrumento se aplicó a 151 participantes, de los cuales 98 (66%) eran mujeres y 53 (35%) hombres.

Instrumentos

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), en su versión estandarizada para la población mexicana (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) y que permite obtener cuatro categorías o niveles de depresión: baja, leve, moderada y severa. La confiabilidad de este instrumento, obtenida por consistencia interna, es de $\alpha = 0.87$, $p < .000$, con una validez concurrente de $r = 0.70$, $p < .000$. Por otra parte, para conocer el nivel de ideación suicida de los

usuarios, se utilizó el Inventario de Orientación Suicida de Casullo (IOS), elaborado en el 2003 cuya consistencia interna es de $\alpha = 0.92$; el cual consta de 30 preguntas en escala de Likert, con cuatro posibles respuestas, permitiendo obtener hasta cinco categorías o niveles de ideación suicida. Ambos instrumentos se aplicaron a algunos usuarios de la CUSI, en las áreas de Medicina, de Psicología Clínica y de Educación Especial y Rehabilitación (N=151).

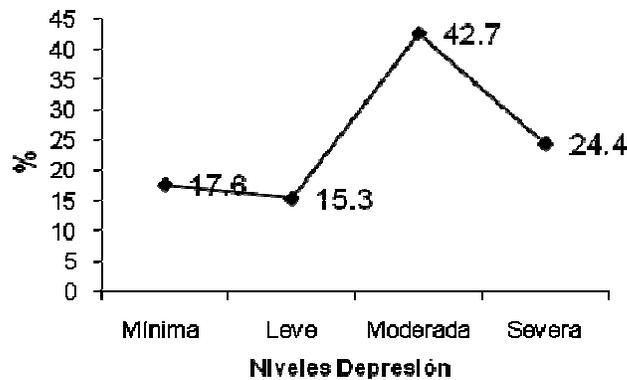
Procedimiento

Una vez que los participantes se registraban en la Jefatura de Psicología en la CUSI, o en el servicio de Medicina de la CUSI, así como los que ya recibían servicio en Educación Especial, se les invitaba a colaborar en esta investigación, respondiendo a un cuestionario sobre depresión. Se les entregaba el cuestionario con una hoja de respuestas, el cual debían llenar con la respuesta más cercana a su estado de ánimo en los últimos 6 meses. Se les explicó la importancia del estudio, así como la importancia de su veracidad, cuidando los lineamientos éticos de participación voluntaria y asegurando la confidencialidad de los datos. Asimismo, se les explicó que cualquier duda con respecto a este estudio se les explicaría en ese momento. Con respecto a los usuarios de Educación Especial, o a los usuarios de otras áreas que fueran menores de edad, el cuestionario se aplicó al adulto que los registraba, siendo en todos los casos un padre del usuario.

Resultados

Con respecto a la prevalencia de la depresión, si se observa la Figura 1, el nivel predominante en la muestra de estudio, fue el de Moderado. Si se considera que esta población es la que se encuentra en riesgo de desarrollar una depresión severa, y que casi la mitad de la población la reporta, esto permite enfatizar la importancia de atender a los usuarios por criterios de salud más que por una lista de espera, con el fin de favorecer la prevención del desarrollo de trastornos más severos.

Figura 1.- Distribución de la población en los niveles del BDI



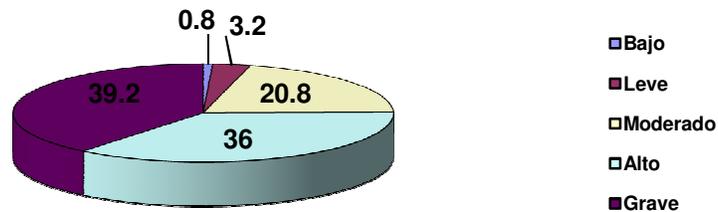
La prevalencia de depresión en sus cuatro niveles, se muestra en la tabla 1, y permite identificar en el nivel Mínimo al servicio de Medicina en segundo lugar, lo cual permite observar que el diagnóstico de primer contacto de los usuarios con síntomas depresivos es, en gran medida, en el servicio médico. Es hasta la presencia del nivel Leve que se diferencia con los usuarios de Psicología Clínica.

Tabla 1. Prevalencia de Depresión por Servicio solicitado en la CUSI

Niveles de Depresión	Mínimo	Leve	Moderado	Alto
Servicio				
Psicología Clínica	7.63	12.21	41.22	23.66
Educación Especial	4.58	1.52	0	.76
Medicina	5.34	1.52	1.52	0

En cuanto a la ideación suicida, el nivel reportado en los últimos seis meses por los usuarios, se muestra en la figura 2, la cual indica que la mayor parte de los participantes se encuentran entre el nivel Alto y el Grave. Esto es un dato a tomar en consideración, ya que nos indica que cerca del 60% de los usuarios, tienen ideación suicida frecuentemente.

Figura 2: Ideación Suicida en Usuarios de la CUSI
%



Asimismo, en cuanto al nivel Bajo de ideación suicida, la mayor parte del universo de estudio que reporta nivel Bajo, acude a Medicina como primer contacto (véase tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de Ideación Suicida por Servicio solicitado en la CUSI

Niveles de ideación	Bajo	Leve	Moderado	Alto	Grave
Servicio					
Psicología Clínica	0	2.4	15.2	30.4	39.2
Educación Especial	0	.8	4	1.6	0
Medicina	.8	0	1.6	4	0

Para determinar si las diferencias en cuanto a la prevalencia de depresión e ideación suicida en los servicios de psicología y medicina son significativas, se aplicó la prueba t de Student, la cual muestra que dichas diferencias son significativa en depresión ($t_{129} = 3.887, p < .05$) e ideación suicida ($t_{123} = 2.449, p < .05$), siendo en ambos casos los usuarios de psicología quienes presentan mayor prevalencia.

En cuanto a la relación entre depresión e ideación suicida, al aplicar la prueba r de Pearson encontramos una correlación positiva de fuerza moderada ($r = .582, p < 0.01$), lo cual nos indica que a mayor depresión, mayor la ideación suicida que presentan los usuarios de la CUSI.

Discusión

Con respecto a la depresión y la ideación suicida se puede concluir que al menos en el área de Psicología Clínica, proporcionar el servicio adecuado mediante una lista de espera no es lo idóneo; una vez establecido que el nivel predominante de la depresión es Moderada y el de ideación suicida es Alto o Grave, habría que implementar mecanismos alternos que fomenten la prevención, antes que preferir respetar el turno, sin considerar que el tiempo de espera puede en sí agravar la condición inicial del usuario.

Se debe señalar que la mayoría de la población femenina solicitaba servicio en el área de Psicología Clínica, lo cual coincide con lo mencionado por Ceballos, Arroyave, Díaz y Vergara (2005); al mismo tiempo, puede corroborarse con datos reales que la mayoría de los participantes de Psicología Clínica en este estudio, se encuentran en riesgo de desarrollar una depresión severa, aunado al hecho de que quienes la reportan, también reportan ideación suicida Alta o Grave, y si este tipo de clínicas dedicadas a estas problemáticas no ofrecen la atención oportunamente, se comenzarán a reportar casos más extremos, donde la ideación suicida pueda pasar al acto.

Un hallazgo importante del presente estudio, es que en los primeros síntomas asociados a la depresión y a la ideación suicida, el Médico General o de Urgencias son casi tan importantes en su detección y diagnóstico, como los Psicólogos. Esto implica que los médicos deben contar con los conocimientos adecuados para llevar a cabo un diagnóstico oportuno de estos desórdenes, tal como lo mencionan Barrero, Guerra, Pablos y Calás (1997), y Medina Mora *et al.* (2003).

Otro hallazgo es que el trastorno afectivo requiere de un posible tratamiento médico, lo que confirma que los médicos o estudiantes de Medicina deben estar más preparados para ello, coincidiendo con lo establecido por Belló, Puentes-Rosas, Mdina-Mora y Lozano (2005).

Así, una de las conclusiones es que se deben realizar acciones de salud en colaboración con el equipo de salud mental, para mejorar el funcionamiento de los individuos y de las familias con depresión y/o riesgo suicida. No debe desestimarse el hecho de que según la Encuesta Nacional de Epidemiología

Psiquiátrica (2003), el Estado de México es una de las regiones que más prevalencia presenta en mujeres, sede de la CUSI, y que los usuarios de Clínicas alternativas a la seguridad social son las que preferentemente atraen a un número considerable de usuarios, ya que como señala esta Encuesta, las personas con trastornos afectivos optan por acudir a las sedes correspondientes a su seguridad social, cuando cuentan con ella.

Referencias Bibliográficas

- Amezcuca, F (2003). *Diseño y Validación de un instrumento a evaluar la Potencialidad Suicida en el Adolescente Escolarizado de la Zona Metropolitana de Guadalajara Jalisco*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Barrero, S., Guerra, L., Pablos, T. y Galás, R., (1997) Factores de riesgo suicida en Adultos. *Revista Cubana de Medicina General Integral* .13 (1):7-11
- Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora y Lozano (2005), Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México / vol.47, suplemento 1*.
- Casullo, M. (2003). *Adolescentes en Riesgo*. Cuaderno de Evaluación Psicológica. México: Paidós
- Ceballos, Arroyave, Díaz y Vergara (2005), *Características Sociodemográficas de Personas Suicidas*. <http://abacolombia.org.com>, recuperado el 25 de octubre de 2009.
- Coffin, Bejar, Bejar, Jiménez y Álvarez (2009) Comorbidad de la Depresión en Usuarios de una Clínica – Escuela de México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 12, No. 1:117-129.
- González, F. y Jiménez, T. (2003) “Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. *Salud mental* 26 (6) ,35-51
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) México, 2002
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). “La estandarización del inventario de Depresión de Beck Para los residentes de la ciudad de México”. *Salud mental* 21 (3), pp.26-31.

Kellinger, F. (1981) *Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología*. México, Interamericana.

Medina-Mora ME., Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova I y Aguilar-Gaxiola (2003): La Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4):1-16,

Overholser J., Stressors. A. (2003). *Predisposing Factors in Suicide Attempts Life. Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempts*. Academic Press. U.S.A.