

Diferencias psicopatológicas entre pacientes adolescentes del sexo femenino con y sin intento de suicidio

Psychopathological differences between female adolescent
patients with and without suicide attempt

María Patricia Martínez-Medina^{1a}, Catalina González-Forteza^{2b}, Ferran Padrós-Blázquez^{3c}

Resumen

Introducción: tradicionalmente se ha relacionado la psicopatología con el riesgo suicida, más si se toma en consideración que los recientes metaanálisis sobre la relación entre algunos trastornos mentales y el riesgo de tentativa suicida no son concluyentes, y se han realizado con muestras no clínicas.

Objetivo: establecer las diferencias psicopatológicas entre pacientes adolescentes del sexo femenino con y sin intento suicida.

Material y métodos: estudio comparativo, prospectivo, correlacional y transversal. Se utilizó una muestra de 50 participantes de sexo femenino, distribuidas en dos grupos: el de casos, ($n = 25$), compuesto por pacientes entre 15 y 19 años con intento suicida y un grupo control ($n = 25$) de pares sin historia de tentativa. Se aplicaron los siguientes instrumentos: la Escala de Impulsividad de Plutchik, la Escala de Desesperanza de Beck, el K-Sads-PL, la Escala de Ideación Suicida de Beck y la Hamilton de Depresión.

Resultados: se encontró mayor presencia de los trastornos evaluados: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en el grupo con intento suicida. Además, el grupo caso obtuvo mayor puntuación media en las escalas de Desesperanza de Beck, de Ideación Suicida de Beck, la Hamilton de Depresión y la de Impulsividad de Plutchik.

Conclusiones: los resultados coinciden con la mayoría de estudios previos. Se sugiere hacer intervenciones preventivas en casos donde se detecte un riesgo considerablemente aumentado.

Abstract

Background: Traditionally, psychopathology has been related to suicide risk, furthermore if we bear in mind that the recent meta-analysis on the relationship between some mental disorders and the risk of suicide attempt are inconclusive, and have been performed with non-clinical samples.

Objective: To establish the psychopathological differences between female adolescent patients with and without suicide attempt.

Material and methods: Comparative, prospective, correlational and cross-sectional study. A sample of 50 female participants was used, divided into 2 groups: one of cases, ($n = 25$), made up of female patients between 15 and 19 years of age with suicide attempt, and a control group of pairs ($n = 25$) with no history of suicide attempt. The following instruments were applied: the Plutchik Impulsivity Scale, the Beck Hopelessness Scale, the K-Sads-PL, the Beck Suicidal Ideation Scale, and the Hamilton Depression Scale.

Results: A greater presence of the disorders evaluated was found: major depressive disorder, dysthymic disorder, generalized anxiety disorder and panic disorder in the group with suicide attempt. Furthermore, the case group obtained higher mean scores on the Beck Hopelessness Scale, the Beck Suicidal Ideation Scale, the Hamilton Depression Scale and the Plutchik Impulsivity Scale.

Conclusions: The results agree with most of previous studies. It is suggested to carry out preventive interventions in cases where a considerably increased risk is detected.

¹Secretaría de Salud, Hospital Civil "Dr. Miguel Silva", Servicio de Medicina Interna. Morelia, Michoacán, México

²Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Investigación en Ciencias Médicas. Ciudad de México, México

³Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología de la Salud. Morelia, Michoacán, México

ORCID: 0000-0002-0825-5943^a, 0000-0001-9684-466X^b, 0000-0001-8911-8096^c

Palabras clave
Ideación Suicida
Trastornos de Ansiedad
Trastornos Afectivos
Adolescente


Keywords
Suicidal Ideation
Anxiety Disorders
Affective Disorders
Adolescent

Fecha de recibido: 16/12/2022

Fecha de aceptado: 21/03/2023

Comunicación con:

María Patricia Martínez Medina

 dra_pmartinez@yahoo.com.mx99

 443 155 0202

Cómo citar este artículo: Martínez-Medina MP, González-Forteza C, Padrós-Blázquez F. Diferencias psicopatológicas entre pacientes adolescentes del sexo femenino con y sin intento de suicidio. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(5):597-602. doi: 10.5281/zenodo.8316441

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio y la conducta suicida son un problema mundial de salud pública,¹ además de que se ha observado un incremento notable en los últimos 50 años.² Es importante señalar que ambos fenómenos son prevenibles si se realizan intervenciones adecuadas.³ La OMS ha señalado al suicidio como la segunda causa de muerte en jóvenes y representa 1.4% de todos los decesos en todas las edades en el mundo, y en este caso se ubica como la decimoctava causa de muerte.⁴ Se ha estimado que cerca de un millón de personas mueren cada año por suicidio y que aproximadamente 10 millones lo intentan.⁴ Por otro lado, diferentes estudios señalan que las mujeres muestran mayores índices en cuanto a la ideación⁵ y el intento⁶ respecto de los varones, motivo por el cual se hace especialmente relevante estudiar los factores de riesgo en las mujeres. Tanto la ideación como la tentativa suicida se presentan con mayor frecuencia en jóvenes y ancianos.^{5,6}

En adultos se ha estimado que los trastornos psicóticos incrementan el riesgo suicida hasta 13 veces, los trastornos del estado de ánimo 12, los trastornos de personalidad 8, los trastornos por uso de sustancias y los trastornos de ansiedad 4 veces respecto de la población sin trastornos mentales.^{7,8} Por otro lado, se ha estimado en pacientes jóvenes que padecer cualquier trastorno mental multiplica casi por 4 el riesgo de intento de suicidio, y se multiplica por 6 en el caso de padecer un trastorno afectivo.⁹ El elevado riesgo suicida en trastornos afectivos en población adulta ha sido ampliamente reportado,^{8,10} aunque en el estudio de Chioqueta *et al.*¹¹ realizado con población adulta, hallaron mayor riesgo en el trastorno depresivo mayor y bipolar, pero no en la distimia. También se ha reportado mayor riesgo de suicidio en trastornos de la personalidad,⁸ trastornos de control de los impulsos,¹⁰ trastornos de ansiedad^{8,10} en población adulta, aunque no se halló riesgo significativo en otros estudios con población adolescente⁹ y población adulta.¹¹ También se ha reportado relación con el abuso de sustancias¹⁰ en población adulta, pero no se halló relación significativa en el estudio de Gili *et al.*⁹ realizado en población juvenil.

Por otro lado, existen una serie de variables transdiagnósticas que se han relacionado con el riesgo de suicido, entre ellas la desesperanza.^{12,13} Esta se ha asociado con riesgo suicida elevado y con un riesgo casi dos veces mayor de intento de suicidio.^{12,13} Otra variable transdiagnóstica importante relacionada con el suicidio es la impulsividad. El bajo control inhibitorio y la toma de decisiones impulsivas se han asociado con la conducta suicida.¹⁴

Tomando en consideración que los recientes metaanálisis sobre la relación entre algunos trastornos mentales y el

riesgo de tentativa suicida no son concluyentes, además de que se han realizado con muestras no clínicas, se propone estudiar las posibles diferencias psicopatológicas entre una muestra de pacientes adolescentes suicidas y sus pares sin tentativa respecto a la prevalencia de trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, así como el grado de desesperanza, impulsividad e ideación suicida.

Material y métodos

Se hizo un estudio comparativo, prospectivo, correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes de sexo femenino entre 15 y 19 años que solicitaron atención en el Centro Michoacano de Salud Mental (CEMISAM) o en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Se consideraron 2 grupos: la muestra de casos estuvo conformada por pacientes con historia de cuando menos una tentativa suicida ($n = 25$). Por otro lado, la muestra de controles estuvo constituida por pacientes sin intento suicida ($n = 25$).

Se excluyeron en ambos grupos aquellas pacientes que cumplían con los criterios de algún tipo de trastorno psicótico, trastorno disocial, trastorno desafiante oposicionista, trastorno mental orgánico, trastorno grave del desarrollo o que manifestaran una evidente imposibilidad para la comunicación. Se tomaron como referencia los criterios del DSM-5.¹⁵

Para la recolección de los datos se utilizaron en el orden en que fueron administrados: la Escala de Impulsividad de Plutchik, la Escala de Desesperanza de Beck, el K-Sads-PL, la Escala de Ideación Suicida de Beck y la Hamilton de Depresión.

La ficha de datos demográficos

Esta ficha se generó específicamente para la presente investigación. En ella se le solicitaba a la paciente que complementara los siguientes datos personales: edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación laboral, personas con las que la paciente convive, número de hermanos (y el orden que ocupa entre estos), religión y percepción de disponibilidad de dinero para diferentes necesidades.

Escala de Desesperanza de Beck

Este instrumento es autoaplicable y fue desarrollado por Beck *et al.*¹⁶ en 1974. Consiste en 20 reactivos dicotómicos (verdadero o falso) que valoran las actitudes negativas

hacia el futuro. Está considerado dentro de la triada cognitiva descrita por Beck en su modelo de depresión.

El puntaje total es la suma de todas las calificaciones de los reactivos individuales. La calificación puede ir de 0 a 20. La escala ha sido adaptada para población mexicana¹⁷ y ha mostrado propiedades psicométricas aceptables ($\omega = 0.89$).

Escala de Impulsividad de Plutchik

Publicada por Plutchik y van Praag¹⁸ en 1989, consiste en 15 reactivos para conocer la tendencia del entrevistado a involucrarse en conductas impulsivas que reflejan posibles pérdidas de control. Los reactivos se califican en una escala ordinal del 0 al 3, en la que cada número corresponde a 0 = nunca, 1 = algunas veces, 2 = frecuentemente y 3 = muy frecuentemente; los reactivos 4, 6, 11 y 15 son inversos. Los reactivos se refieren a la planeación, a los gastos impulsivos, a la sobrealimentación, al control emocional y al control conductual. En 1996 Páez *et al.*¹⁹ hicieron el estudio de adaptación mexicana de la escala y encontraron una consistencia interna de 0.66, la cual es considerada aceptable y comparable con la reportada por Plutchik y Van Praag de 0.73.¹⁸

Escala para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia (K-SADS-PL)

Es una entrevista semiestructurada creada en Israel por Shanee *et al.*²⁰ que interroga aspectos actuales y a lo largo de la vida de 19 patologías mentales de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV.²¹ Se hace entrevista directa al paciente y a uno de los padres o tutores. El instrumento ha sido adaptado a población pediátrica y adolescente mexicana.²²

Escala de Ideación Suicida de Beck

Fue diseñada por Beck *et al.*²³ para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas. La escala está integrada por 21 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones con un rango del 0 al 2. El punto de corte propuesto por Beck *et al.*²³ es que un puntaje mayor o igual que 10 indica riesgo suicida. En México hallaron un coeficiente alfa de Cronbach = 0.84.²⁴

Escala de Depresión de Hamilton

También conocida como HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*), fue publicada por Hamilton.²⁵ La escala original está constituida por 21 ítems pero habitualmente se utiliza la reducida de 17 reactivos. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, y se elige la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. Ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en mujeres mexicanas, con un alfa de Cronbach de 0.806.²⁶

Consideraciones éticas de nuestro estudio

El protocolo fue evaluado y aprobado por un comité de bioética (del CEMISAM). A las participantes se les invitó a formar parte de la investigación en las primeras sesiones que acudían a consulta y si cumplían con los criterios de inclusión. Se les informó que los datos serían difundidos de forma genérica y que por ello se preservaría el anonimato de todas las participantes. También se les aclaró que su participación era voluntaria y no habría consecuencia alguna, tanto si aceptaban como si no; en caso de aceptar, firmaban un consentimiento informado. En los casos en los que la participante era menor de edad, el padre, la madre o tutor mayor de edad firmó el consentimiento informado. Se administró la ficha de datos sociodemográficos y se realizó la entrevista semiestructurada K-Sads-PL, además de que se administraron los siguientes instrumentos: la Escala de Impulsividad de Plutchik, la Escala de Desesperanza de Beck, la Escala de Ideación Suicida de Beck y la HDRS en una sola sesión con una duración aproximada de 90 minutos.

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS, versión 21 y se usó estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar). Asimismo, se aplicaron pruebas *t* de Student, *d* de Cohen, chi cuadrada y razones de momios (RM) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Se consideraron valores estadísticamente significativos cuando hubo una $p < 0.05$.

Resultados

La media de edad de la muestra total fue de 17.44 (desviación estándar [DE] 1.06); en la muestra casos la media fue de 17.16 (DE 1.14) y no fue diferente ($t_{(48)} 1.86$; $p 0.069$) a la observada en los controles: media 17.72 (DE 0.98).

Los datos relativos al nivel de escolaridad manifestaron que en el grupo caso se reportó un 8% ($n = 2$) con secundaria incompleta, un 24% ($n = 6$) con secundaria completa, 44% ($n = 11$) con preparatoria incompleta y un 24% ($n = 6$)

con preparatoria completa. A diferencia del grupo control, en donde todos los sujetos reportaron niveles de escolaridad superiores al nivel de secundaria, 40% ($n = 10$) tenían preparatoria incompleta y el 60% ($n = 15$) preparatoria completa; se empleó prueba exacta de Fisher, en la que se encontró una diferencia significativa ($p 0.004$) entre los grupos caso y control, lo cual nos indica que el grupo control se encuentra mejor “preparado” académicamente. En el grupo de casos solo una paciente refirió estar casada y del grupo control todas las participantes eran solteras.

En relación con las puntuaciones de las escalas, se observó que la media de las 4 escalas (HDRS, Ideación suicida, Desesperanza e Impulsividad) del grupo caso resultaron significativamente mayores que las observadas en el grupo control. En todos los casos el tamaño del efecto fue muy alto (cuadro I).

En cuanto a los trastornos afectivos contemplados, se observó que en la muestra caso, 23 pacientes (92%) cumplían con los criterios de trastorno depresivo mayor (TDM), lo cual fue significativamente más frecuente (chi cuadrada 32.051, $p < 0.001$) que las solo 3 participantes (12%) con TDM de la muestra control. En cambio, no se observaron diferencias significativas (prueba exacta de Fisher, $p 0.098$) respecto al porcentaje de personas que cumplían con el diagnóstico de trastorno distímico, pues se observaron 6 casos (24%) y una (4%) de la muestra caso y control, respectivamente. Asimismo, se usaron RM y se encontró que las pacientes que presentaron TDM tenían un

84.33 mayor riesgo de presentar un intento de suicidio que aquellas que no lo tenían, lo cual resultó significativo. En el caso del trastorno distímico no se observó significativa la razón de momios (cuadro II).

En los dos tipos de trastorno de ansiedad contemplados en la presente investigación se hallaron diferencias significativas, ya que 14 pacientes (56%) de la muestra caso recibieron el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, significativamente mayor (chi cuadrada 16.09, $p < 0.001$) que el 4% (un solo caso) hallado en la muestra control. Por otro lado, 8 de las pacientes (32%) de la muestra caso cumplieron con los criterios de trastorno de pánico, lo cual también resultó significativamente mayor (prueba exacta de Fisher, $p 0.004$) que lo reportado en la muestra control, ya que en esta ninguna paciente cumplió los criterios de trastorno de pánico. La RM se usó solo en el trastorno de ansiedad generalizada y mostró un factor de riesgo de 30.54; sin embargo, no se pudo hacer el cálculo de RM en el trastorno de pánico, ya que no hubo ningún sujeto de la muestra control que presentara dicho trastorno (cuadro II). Asimismo, se utilizaron los puntos de corte de las escalas de Desesperanza (9) e Ideación suicida (10) y se observó que en ambos casos la RM resultó significativa (cuadro II).

Discusión

La población adolescente y joven es una de las más vulnerables a la problemática suicida y a la muerte por esta

Cuadro I Comparación de los puntajes de las escalas HDRS, de Ideación suicida, de Desesperanza y de Impulsividad entre los grupos con y sin tentativa suicida

Variables	Con tentativa suicida	Sin tentativa suicida	t (gl)	p (d)
Índices	Media \pm (DE)	Media \pm (DE)		
HDRS	23.52 (6.22)	11.16 (7.84)	-6.175 (48)	< 0.001 (1.75)
Ideación suicida	13.72 (8.67)	4.88 (4.59)	-4.506 (48)	< 0.001 (1.27)
Desesperanza	11.64 (5.38)	4.28 (3.43)	-5.768 (48)	< 0.001 (1.63)
Impulsividad	26.20 (7.12)	18.24 (7.26)	-3.912 (48)	< 0.001 (1.11)

DE: desviación estándar; t : t de Student Fisher; gl: grados de libertad; p : significación; d: D de Cohen; HDRS: *Hamilton Depression Rating Scale*

Cuadro II Análisis del riesgo de padecer psicopatologías entre los sujetos de estudio con intento suicida

Beta	RM	IC 95%	p
Trastorno depresivo mayor	84.33	12.84-553.92	< 0.001
Trastorno distímico	7.57	0.83-68.46	NS
Trastorno de ansiedad generalizada	30.54	3.55-262.38	< 0.001
Trastorno de pánico	NA	NA	NA
Desesperanza	9.33	2.43-35.83	< 0.001
Ideación suicida	13.50	3.39-53.68	< 0.001

RM: razón de momios; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; NS: no significativa; NA: no se pudo aplicar

causa.¹ En este estudio se analizó información de mujeres jóvenes usuarias de servicios clínicos psiquiátricos para comparar la presencia de psicopatología en quienes han tenido intentos suicidas y quienes no. Se encontró que el grupo con intento suicida mostraba mayores medias en las puntuaciones de la escala de Depresión, Impulsividad, Desesperanza e Ideación suicida con tamaños grandes del efecto. Asimismo, se observó un mayor porcentaje de psicopatología: trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, desesperanza e ideación suicida, excepto el trastorno distímico. Estos resultados van más allá de lo que se ha reportado en otros estudios, en los cuales se señala que la presencia de trastornos del estado de ánimo aumenta hasta 6 veces el riesgo de tentativa suicida y los trastornos de ansiedad lo incrementan hasta 4 veces.^{7,8,9} En el presente estudio el riesgo de suicidio asociado a la presencia de trastornos es notablemente superior.

La muestra de este estudio fue pequeña y no se contempló la temporalidad del intento para el análisis, lo que representa una importante limitación; sin embargo, los grupos utilizados fueron muy homogéneos y las proporciones de trastornos comórbidos son más elevadas en el grupo de casos y esto se ha reportado anteriormente. Por ejemplo, se ha visto que la impulsividad se relaciona con la toma de decisiones y con el bajo control inhibitorio, los cuales, a su vez, están asociados con la conducta suicida.¹⁴ Lo mismo sucedió con la ideación suicida que junto con la sintomatología depresiva se consideran claros antecedentes de los intentos.^{27,28}

Asimismo se observó una mayor desesperanza en el grupo con intento suicida, lo cual coincide con lo señalado en otros estudios,^{12,13} ya que se ha reportado que la desesperanza aumenta el riesgo de conducta suicida, y se relaciona con los intentos de baja y alta letalidad.²⁹ Es necesario continuar explorando las características de este fenómeno en población clínica y con muestras más grandes, a fin de generar más evidencia en este sentido y conocer si hay factores que tienen un efecto diferencial en ellas y si la comorbilidad es un elemento mediador, o si el efecto del género influye en esta variación.

Una de las limitaciones de la presente investigación se refiere al reducido número de pacientes, sobre todo teniendo en cuenta la gran cantidad de variables consideradas. También debe mencionarse que no se controló la variable tiempo transcurrido del último intento y de inicio del trastorno. Sin embargo, los grupos fueron homogéneos respecto al sexo, la edad, el estado civil y el hecho de que todas las participantes eran pacientes atendidas en un servicio de salud mental, aunque se hallaron diferencias en cuanto a la escolaridad. Se recomienda aumentar el número de participantes en futuras investigaciones y también se sugiere estudiar por separado aquellas pacientes que han tenido varios intentos (por

ejemplo: más de 3 en un año) y aquellas que han tenido 1 o pocos intentos en su vida; es posible que las características psicopatológicas de ambas muestras sean diferentes. También se sugiere controlar los tiempos respecto a los intentos suicidas y la duración de los trastornos. Asimismo, sería conveniente en futuros estudios incluir muestras de hombres usuarios de servicios de salud mental y comparar las posibles diferencias respecto al impacto de la psicopatología en el riesgo suicida en cuanto al mostrado por las mujeres.

Debe tenerse presente que el comportamiento suicida es un fenómeno que ha sido relacionado con un elevado número de variables, que van desde trastornos y rasgos patológicos a variables de tipo social, rasgos de personalidad, etcétera. Esto es indicador de la complejidad del objeto de estudio de la presente investigación. La aportación al conocimiento que proporcionan los resultados obtenidos es limitada, pero sirve para subrayar y ratificar la relevancia de variables que puedan actuar como factores predisponentes y precipitantes de la conducta suicida. Por ello se desprende la conveniencia de activar mecanismos de detección de aquellos indicadores (como el TDM, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, la desesperanza, la ideación suicida y la impulsividad). En casos en los que se detecte un riesgo considerablemente aumentado, también se sugiere llevar a cabo intervenciones preventivas con la finalidad de reducir el número de tentativas y suicidios consumados.

Conclusiones

Los resultados de este trabajo corroboran que la sintomatología depresiva, la impulsividad, la desesperanza y la ideación suicida son variables que incrementan en gran medida el riesgo de tentativa suicida en pacientes adolescentes de sexo femenino que acuden a servicios de salud mental. Asimismo, la presencia de TDM, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico también son factores de riesgo del intento suicida en este tipo de población. Estos resultados ponen de manifiesto que cuando se atiende a mujeres adolescentes, la presencia de más psicopatología de ansiedad y de estados de ánimo (excepto la distimia) se asocia a mayor riesgo suicida. Asimismo, señala la relevancia para el clínico de evaluar la impulsividad, la desesperanza y la ideación suicida en este tipo de pacientes. De modo que los hallazgos del presente estudio pueden ser de gran utilidad para la prevención del suicidio en aquellas adolescentes usuarias de los servicios de salud mental.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

- World Health Organization. SDG Target 3.4, Indicator 3.4.2 Suicide Mortality Rate. 2021. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata?Text=&Goal=3&Target=3.4>
- Campuzano JC, Hernández AH, Sánchez M, et al. Tendencia de la mortalidad por suicidios en México: panorama epidemiológico 1980-2015. *Psicología y Salud*. 2023;33(1):97-107.
- Franklin J, Ribeiro J, Fox K, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017;143(2):187-232. doi: 10.1037/bul0000084
- World Health Organization. Mental and substance use: Suicide data. Geneva, Switzerland: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/suicide-data>
- Borges G, Orozco R, Villatoro J, et al. Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodart 2016. *Salud Publica Mex*. 2019; 61(1):6-15. doi: 10.21149/9351
- Miranda-Mendizabal A, Castellví P, Parés-Badell O, et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Int J Public Health*. 2019;64:265-83. doi: 10.1007/s00038-018-1196-1
- Fu X, Qian Y, Jin X, et al. Suicide rates among people with serious mental illness : a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021;6:1-11. doi: 10.1017/s0033291721001549
- San Too L, Spittal MJ, Bugeja L, et al. The association between mental disorders and suicide: a systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *J Affect Disord*. 2019; 259:302-13. doi: 10.2139/ssrn.3212359
- Gili M, Castellví P, Vives M, et al. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2019; 245:152-62. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.115
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*. 2008;192(2):98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113
- Chioqueta AP, Stiles TC. Suicide risk in outpatients with specific mood and anxiety disorders. *Crisis*. 2003;24(3):105-12. doi: 10.1027-5910.24.3.105
- Liu Y, Zhang N, Bao G, et al. Predictors of depressive symptoms in college students: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Affect Disord*. 2019;244:196-208. doi: 10.1016/j.jad.2018.10.084
- Ribeiro JD, Huang X, Fox KR, et al. Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *Br J Psychiatry*. 2018; 212(5):279-86. doi: 10.1192/bjp.2018.27
- McHugh CM, Chun Lee RS, Hermens DF, et al. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2019;116:51-60. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.05.012
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.x00diagnosticclassification
- Beck AT, Weissman A, Lester D, et al. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861-5. doi: 10.1037/t00966-000
- Quiñonez-Tapia F, Méndez Luévano TE, Castañeda-Camey N. Análisis factorial confirmatorio y propiedades psicométricas de la Escala de Desesperanza de Beck en estudiantes en contextos de pobreza en México. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2019;24(2):59-70. doi: 10.5944/rppc.24104
- Plutchik R, van Praag HM. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1989;13:523-34. doi: 10.1016/0278-5846(89)90107-3
- Páez F, Jiménez A, López A, et al. Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Ment (Mex)*. 1996;19(Supl3):10-12. Disponible en: www.revistasaludmental.com.mx/index.php/salud_mental/article/download/628/628
- Shanee N, Apter A, Weizman A. Psychometric Properties of the K- SADS-PL in an Israeli Adolescent Clinical Population. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 1997;34(3):179-86.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington DC: APA; 1994. doi: 10.1007/springerreference_179660
- Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, et al. Interrater reliability of the Spanish version of schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;35(1):36-40.
- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47:343-52. doi: 10.1037/0022-006x.47.2.343
- González-Macip S, Díaz-Martínez A, Ortiz S, et al. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Ment (Mex)*. 2000;23(2):21-30.
- Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;(6):278-96. doi: 10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x
- Torres-Lagunas MA, Vega-Morales EG, Vinalay-Carrillo I, et al. Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puerperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería Universitaria*. 2015;12(3):122-33. doi: 10.1016/j.reu.2015.08.001
- Dold M, Bartova L, Fugger G, et al. Major depression and the degree of suicidality: Results of the European group for the study of resistant depression (GSRD). *Int J Neuropsychopharmacol*. 2018;21(6):539-49. doi: 10.1093/ijnp/pyy009
- González-Forteza C, Ramos-Lira L, Vignau-Brambila LE, et al. El abuso sexual y el intento suicida asociados con el malestar depresivo y la ideación suicida de los adolescentes. *Salud Ment (Mex)*. 2001;24(6):16-25. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2001/sam016c.pdf>
- Hermosillo-de la Torre AE, Méndez-Sánchez C, González-Betanzos F. Evidencias de validez factorial de la Escala de Desesperanza de Beck en español con muestras clínicas y no clínicas. *Acta Colombiana de Psicología*. 2020;23(2):148-58. doi: 10.14718/ACP.2020.23.2.7