

Salud Mental y Suicidio del Médico en México: Un Tema Incómodo y Poco Explorado

Introspección

Juan Antonio Lugo-Machado¹, Julio Manuel Medina-Serrano² y Dalia Yocupicio-Hernández³

¹ *Especialista en otorrinolaringología cirugía de cabeza y cuello y sub especialista en Otorrinolaringología Pediátrica, Maestría en Ciencias de la Educación, Pasante del Doctorado en Ciencias de la Educación, Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Especialidades no 2 "Luis Donaldo Colosio Murrieta", Instituto Mexicano del Seguro Social, Cd Obregón, Sonora, Profesor de la Universidad de Sonora, Campus Cajeme, Cd Obregón, Sonora*

² *Especialista en Pediatría, Sub especialista en Endocrinología Pediátrica, Maestría en Ciencias Médicas, Instituto Mexicano del Seguro Social, Culiacán, Sinaloa*

³ *Estudiante de la Escuela de Medicina, Universidad de Sonora, Campus Cajeme, Cd Obregón, Sonora*

Fecha de recepción del manuscrito: 20/Marzo/2020

Fecha de aceptación del manuscrito: 11/Marzo/2021

Fecha de publicación: 14/Mayo/2021

DOI: 10.5281/zenodo.4762990

Resumen— Salud Mental y Suicidio del Médico en México: Un Tema Incómodo y Poco Explorado

La tasa de depresión, agotamiento y suicidio en los profesionales médicos se encuentra en cifras superiores a la población general, sin embargo, en nuestro país hay poca difusión, de la misma manera son pocos los hospitales que llevan a cabo estrategias de prevención y manejo. Se sabe que el número de médicos por habitante en México ha aumentado, pero esta cifra aún está por debajo del promedio indicado en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), no obstante, son pocos las instituciones que cuentan con estrategias para disminuir el suicidio en este grupo de profesionales. Esta revisión descriptiva se hace referencia a los problemas mentales y el suicidio en médicos en México y en el mundo, para enfatizar esta situación de salud, poco divulgada, de la misma manera mencionamos ciertas sugerencias hechas por algunos autores en la identificación, prevención y manejo oportuno. **Rev Med Clin 2021;5(2):e14052105015**

Palabras clave—residencias médicas, salud mental, suicidio

Abstract—Mental Health and Suicide of the Doctor in Mexico: An Uncomfortable and Little Explored Topic

The rate of depression, exhaustion and suicide in medical professionals is higher than the general population, however, in our country there is little diffusion, in the same way there are few hospitals that carry out prevention and management strategies. It is known that the number of doctors per capita in Mexico has increased, but this figure is still below the average indicated in the Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), however, there are few institutions that have strategies to reduce suicide in this group of professionals. This descriptive review refers to mental problems and suicide in doctors in Mexico and in the world, to emphasize this health situation, little disclosed, in the same way we mention certain suggestions made by some authors in the identification, prevention and management timely. **Rev Med Clin 2021;5(2):e14052105015**

Keywords—medical residences, mental health , suicid

INTRODUCCIÓN

En México, se sabe, que se ha incrementado el número de médicos por habitante de 1.6 médicos por cada 1,000 habitantes en el 2000 a 2.2 en el 2012, sin embargo, esta cifra sigue siendo inferior al promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de 3.2.¹

Se han reportado altas tasas de suicidio médico desde 1858. No obstante, 160 años después, las causas fundamentales de estos suicidios siguen sin abordarse. El suicidio médico es una crisis mundial de salud pública. Más de un millón de estadounidenses pierden a sus médicos cada año por suicidio. Se sabe desde hace más de 150 años que los médicos tienen una mayor propensión a morir por suicidio.^{2,3} No se conocen los números exactos, y es casi imposible estimar con precisión debido a la falta de notificación. Desde 1987, Neil publicó los hallazgos que confirman que el riesgo de suicidio entre los médicos anesthesiólogos es dos veces mayor a la población general. De todas las ocupaciones y profesiones, el médico constantemente se sitúa cerca de la cima de las profesiones con el mayor riesgo de muerte por suicidio. En los últimos años, ha aumentado el reconocimiento de la mala salud mental de los estudiantes de medicina, residentes y médicos.⁴ La tasa de depresión de estudiantes de medicina se estima en 27% y las tasas de ansiedad y agotamiento superan el 50%,⁵ Según Yagmour, las enfermedades neoplásicas y el suicidio son las principales causas de muerte en los residentes.⁶

EPIDEMIOLOGIA, CAUSAS, RECOMENDACIONES Y TRATAMIENTO

En 2003 la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio, publicó una serie de recomendaciones para hacer frente a los problemas que produce la depresión en los estudiantes medicina, residentes y médicos.⁷ Los residentes sufren tasas similares de depresión y el agotamiento es incluso mayor que en los estudiantes de medicina.⁸ Otros escritos, reportan una tasa de agotamiento del 54%, una de las tasas de suicidio más altas de cualquier profesión.⁹ Las alteraciones más comunes durante esta etapa de formación son: cansancio físico, hostilidad, ansiedad y trastornos depresivos. Algunos autores señalan como periodos críticos el primer semestre de la residencia, mientras que otros aseguran que existe una alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos durante todo el primer año.¹⁹

Dentro de las causas de suicidio, se encuentra la depresión, la cual es una de las enfermedades más comunes a las que está sometida la humanidad. Paradójicamente, es probable que la depresión, sea el síntoma que pase inadvertido con mayor frecuencia, y cuando se reconoce, probablemente sea el síntoma simple peor tratado en la práctica clínica.¹⁰

Una de las principales normas de buena práctica clínica, es no comprometer el juicio clínico por el hecho de que el paciente sea médico. Existe una larga historia de médicos suicidados que no fueron diagnosticados ni tratados oportunamente a causa de sus propias resistencias y lo permisivo de colegas complacientes.

Al igual de que no existe una estrategia infalible para la prevención, de la misma manera no se cuenta con un tratamiento inequívoco para su manejo, sin embargo, se relatan las sugerencias escritas por algunos autores.

Algunos autores¹² nos proponen los siguientes principios básicos a tener en cuenta cuando se tratan médicos:

1. Trata de valorar a los médicos lo más rápidamente posible, en especial cuando son ellos mismos los que piden ayuda, ya que necesitan esta forma de cortesía profesional.
2. Pregunta si dispone de medios y métodos de suicidio como clorato potásico, insulina, digoxina y fentanilo.
3. A menudo los médicos consultan “demasiado tarde y mal”, cuando están muy enfermos, aunque lo nieguen, hasta poder llegar a sentirse irreparablemente dañado y una pesada carga para su familia. Él o ella pueden llegar a ver su -muerte como un alivio para su propia familia.
4. Asume que todos los médicos han contemplado el suicidio a lo largo de un continuum de intensidad y frecuencia, como forma de control último sobre la propia vida.
5. Cuenta con el hecho de que el médico-enfermo no sea sincero con su psiquiatra, para evitar la baja laboral y un ingreso psiquiátrico involuntario.
6. En este caso es esencial garantizar la privacidad y la confidencialidad del médico-enfermo.
7. Cuando sea posible, recuperar la profesión es a menudo un importante factor motivacional para llevar el tratamiento.
8. Trata las alteraciones del sueño con la medicación apropiada, por la estrecha asociación que existe entre estas y la conducta suicida.¹¹
9. Es esencial contar con la colaboración de familiares y/o otros profesionales, como los que le han tratado previamente, para poder realizar una evaluación completa, de forma comprensiva, persistente y exigente.
10. Un contrato terapéutico oral escrito, debe continuar a una cuidadosa valoración clínica.

Otros escritores, proponen los siguientes pasos en el tratamiento psicodinámico del paciente suicida y que igualmente se deben tener en cuenta en el caso de los médicos:

Datos de contacto: Juan Antonio Lugo-Machado, Blvd. Bordo Nuevo s/n, antiguo Ejido Providencia, Cd. Obregón, Sonora, México. CP 85010 Departamento de Ciencias de la Salud, Campus Cajeme | Universidad de Sonora., Tel: 66 2259 2136, otorrinox@gmail.com

- Establecer una buena alianza terapéutica con el paciente en riesgo. El terapeuta debe explicitar que ni él ni nadie pueden impedir a un médico que se suicide, estableciendo una clara diferenciación entre las responsabilidades del paciente y del terapeuta dentro de los límites de la relación médico-paciente.
- Establece el nivel de riesgo presente en el paciente.
- Diferenciar entre fantasía de suicidio y la verdadera intención de llevar a efecto una verdadera conducta suicida.
- Investigar los acontecimientos precipitantes.
- Explora las fantasías del impacto interpersonal del suicidio.
- Monitoriza la transferencia y la contratransferencia del psicoanálisis.

Los terapeutas que tratan pacientes suicidas, y especialmente si son médicos, suelen experimentar ansiedad, enfado, vergüenza y culpa cuando el paciente no mejora o quiere morir, intenta suicidarse o muere por suicidio. En estos casos es muy útil y recomendable supervisar el caso y/o ponerse en tratamiento.¹²

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE GRUPOS DE RIESGO

Se acepta que los profesionales sanitarios juegan un importante papel en la prevención del suicidio, por lo que es necesario identificar los grupos de riesgo, determinar las causas, antecedentes y considerar medidas prácticas de prevención. No obstante, algunos médicos no se sienten competentes para evaluar, diagnosticar y tratar a pacientes con depresión y riesgo suicida, por lo que es necesario que adquieran los conocimientos y las habilidades necesarias para la prevención del suicidio en las facultades de medicina, en los periodos de especialización y a lo largo de su carrera profesional.

Algunos citan propuestas, como emplear un amplio rango de estrategias, que incluyen la mejora de la detección y tratamiento de los trastornos mentales, las medidas para reducir el estrés laboral y la restricción del acceso a medios de suicidio, cuando los médicos están deprimidos. Desde un enfoque personalizado e interactivo, se realiza a través de la entrevista clínica con el paciente y sus familiares, a los que con frecuencia ha comunicado sus ideas de suicidio. El principal objetivo de estas entrevistas clínicas es el de llegar a hacer el diagnóstico del trastorno psiquiátrico existente en la mayoría de los casos con riesgo suicida. Es importante valorar la ocurrencia de eventos que sucedieron recientemente y que representan estrés grave para el individuo, relacionados a problemas interpersonales intrapersonales, familiares o laborales, así como la posible contribución del paciente a sus dificultades actuales. Se estudiará también el estilo habitual del afrontamiento que utiliza el paciente para intentar resolver sus dificultades mayores.^{13,14}

Si bien es cierto, ninguna estrategia por sí misma responde a la totalidad de los problemas. Las combinaciones de estrategias basadas en la evidencia a nivel individual y a nivel de la población deben evaluarse con diseños de investigación sólidos.¹⁵

Los residentes, en general, pueden abandonar la residencia por trastornos emocionales y presentan una alta tasa de riesgo suicida. Oftalmología y anestesiología tienen tasas mayores de suicidio (60/10,000); en cirujanos, pediatras, radiólogos y patólogos se presentan las más bajas tasas (10/10,000).^{2,9,20,23}

El desarrollo de signos y síntomas mentales en los residentes interfieren con su capacidad de concentración, aprendizaje y en las habilidades clínicas, lo que conlleva un riesgo en la calidad de atención de los pacientes.

En México se han reportado una fuente de insatisfacción en médicos residentes relacionados con aspectos ambientales de trabajo, tales como la excesiva demanda asistencial inherente al trabajo en una institución pública de salud o desempeñar actividades consideradas impropias para su calidad de médicos en adiestramiento (mensajero, camillero, secretario, etcétera).²²

A esta insatisfacción se suele hacer referencia de varias maneras: estrés, burn out, depresión, ansiedad, agotamiento psíquico e insatisfacción.²³⁻²⁵

Se estima que la prevalencia mundial de depresión es de 5.8 % en hombres y 9.5 % en mujeres. En México, 2.5 % para hombres y 5.8 % para mujeres. En el caso de la ansiedad, las prevalencias a nivel internacional y nacional son de 16 % y 8.1 %, respectivamente.²⁶

En médicos residentes las prevalencias de depresión y ansiedad reportadas presentan rangos amplios probablemente porque estas condiciones usualmente son medidas con escalas que no son diagnósticas, de manera transversal y sin que se confirme la presencia de patología por medio de entrevista psiquiátrica estructurada.²⁷

Los reportes en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS van de 25 % a 79.6 % para depresión y 39 % a 69.9 % para ansiedad, con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año. Otros estudios nacionales e internacionales reportan prevalencias de depresión de 47.5 % y 20 %, respectivamente.^{28,29}

Borges en México ha encontrado que la presencia de un trastorno mental incrementa aproximadamente cinco veces la probabilidad de ocurrencia de ideación suicida, y aproximadamente 10 veces la ocurrencia de un plan o un intento de suicidio.^{30,31}

Los cambios psicosociales en un periodo de tiempo breve se han relacionado con el incremento de la tasa de suicidio en las últimas décadas, debido a que la incertidumbre que se genera se convierte en una fuente potencial de estrés y vulnerabilidad para trastorno depresivo o ansioso en individuos predispuestos.³²

En México en una muestra de 108 residentes del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza confirma la noción de que cursar una residencia médica genera malestar emocional. Sin embargo, no encontró que tal malestar genere trastorno depresivo o ansioso y, mucho menos, riesgo de suicidio; tampoco encontró diferencia entre especialidades, no obstante, sus resultados sugieren la necesidad de crear estrategias de detección de depresión al inicio de la residencia con el objeto de que los alumnos vulnerables reciban atención oportuna que les permita continuar con su adiestramiento. Por otra parte, también sugieren la creación de programas que tengan como objetivo amortiguar el malestar emocional en situaciones de mayor presión (talleres de control del estrés, de motivación, mejora de la autoestima, etcétera), así como la prevención de enfermedades mentales.²¹

La finalidad de esta revisión es reiterar nuestra preocupación en un tema delicado y de poca atención por las autoridades de nuestro país.

CONCLUSIONES

Varios autores han constatado la cantidad de suicidios en el profesional médico, y hasta 60% rechazan buscar ayuda por temor de que pudiese afectar su licencia médica.¹⁶⁻¹⁸

En nuestro país existe registros muy inexactos sobre la muerte por suicidio en la profesión médica, al igual que en otras profesiones. Es preciso documentar correctamente en la historia clínica la evaluación del estado mental y del riesgo de suicidio, en especial después de un intento. Todas las campañas de prevención del suicidio destacan la relevancia de diagnosticar y tratar adecuadamente la depresión como medida preventiva fundamental y también de la importancia de luchar contra el estigma social asociado a la enfermedad mental.

La mayor tasa de suicidio de los médicos es en hombres, esto hace necesario, mejorar su formación en los aspectos psicosociales inherentes a la práctica clínica desde la formación de pregrado, promover el cuidado de la salud del médico para que pueda cuidar adecuadamente de los demás, así como mejorar sus condiciones de trabajo para garantizar la seguridad del usuario, así como la del profesional sanitario. Es necesario garantizar la autonomía profesional de los médicos en la toma de decisiones clínicas según la evidencia científica, a quienes se deberán implementar medidas para la participación eficaz en la planificación, regulación y control de la organización de los centros sanitarios. De ello depende no sólo la calidad asistencial y la seguridad de los enfermos, sino también la salud de los profesionales. Las condiciones y la organización del trabajo condicionan tanto la calidad asistencial como la calidad laboral de los trabajadores que les

atienden. Igualmente es fundamental promover la formación continuada del médico, la supervisión eficaz, el trabajo en equipo y el desarrollo efectivo de la carrera profesional. Siguiendo las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, para prevenir la enfermedad mental, las adicciones y el suicidio, se deben realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión, adicciones y suicidio en grupos de riesgo. Para ello, se deben desarrollar intervenciones preventivas, como talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención y tratamiento de estos graves problemas de salud pública. Es necesario que los colegios, consejos y federaciones médicas, busquen alertar a las autoridades competentes para hacer una revisión a este fenómeno.

EN MEMORIA AL

Dr. José Juis Acosta Ríos, fallecido por suicidio el 01 de octubre de 2019, en Baja California Sur, México.

REFERENCIAS

- [1] Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 México en comparación <https://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014-in-Spanish.pdf>
- [2] Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214–36. DOI: 10.1001/jama.2016.17324 DOI: 10.1001/jama.2016.17324
- [3] Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad Med*. 2006;81(4): 354–73. DOI: 10.1097 / 00001888-200604000-00009
- [4] Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*. 2016;50(1):132–49. DOI: 10.1111 / medu.12927
- [5] Neil HA, Fairer JG, Coleman MP, Thurston A, Vessey MP. Mortality among male anaesthetists in the United Kingdom, 1957–83. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987;295(6594):360-2. DOI: 10.1136 / bmj.295.6594.360
- [6] Yaghmour, N. A., Brigham, T. P., Richter, T., Miller, R. S., Philibert, I., Baldwin, D. C., Jr, Nasca, T. J. Causes of Death of Residents in ACGME-Accredited Programs 2000 Through 2014: Implications for the Learning Environment. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 2017,92(7), 976–983. DOI: 10.1097 / ACM.0000000000001736
- [7] Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373–83. DOI: 10.1001 / jama.2015.15845
- [8] Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among US medical students, residents, and early career physicians relative to the general US population. *Acad Med*. 2014;89(3):443–51. DOI: 10.1097 / ACM.0000000000000134

- [9] Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc*. 2015;90(12):1600–13. DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.08.023
- [10] Rosales Jusepe J.E., Gallardo Contreras R., Conde Mercado J.M., Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2005; Volumen 10, Núm.1, <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2005/rmq051e.pdf>
- [11] Gabbard GO, Allison SE. Psychodynamic treatment, en *American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide. Assessment and Management*. Ed. Simon RI, Hales RE. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006. <http://jaapl.org/content/jaapl/37/3/290.full.pdf>
- [12] Myers MF, Gabbard GO. The Physician as Patient. A Clinical Handbook for Mental Health Professionals. Ed. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, 2008. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08030345
- [13] Hawton K, Clements A, Sakarovitch C et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and speciality in medical practitioners in England and Wales 1979-1995. *Journal Epidemiology Community Health* 2001;55:296-300. DOI: 10.1136/jech.55.5.296
- [14] Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *The Lancet* 2009;373:1372-1381, DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- [15] Zalsman GIL, Hawton Keith, Wasserman Danuta, van Heeringen Kees, Arensman Ella, Marco Sarchiapone Maco et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review, *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 646–59 DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X
- [16] -Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry* 2013;35:45-49,.
- [17] Shanafelt TD, Balch CM, Dyrbye L, et al. Special report: suicidal ideation among American surgeons. *Archives Surgery* 2011;146 (1): 54-62. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005
- [18] Pompili M, Innamorati M, Narciso V. et al. burnout, hopelessness and suicide Risk in medical doctors. *Clínica Terapeutica* 2010;161 (6): 511-514,. PMID: 21181078.
- [19] Rollinson DC, Rathlev NK, Moss M, Killiany R, Sassower KC, Auerbach S, et al. The effects of consecutive night shifts on neuropsychological performance of interns in the emergency department: a pilot study. *Ann Emerg Med*. 2003;41(3):400—6. DOI: 10.1067/mem.2003.77
- [20] Puvanendran K, Venkatramani J, Jain A, Farid M. Sleep deprivation in junior doctors house officer in Singapore. *Industrial Health*. 2005;43(1):129—32. DOI: 10.2486/indhealth.43.129
- [21] Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, U Ángeles-Garay U, Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico *Rev Med Mex Seguro Soc*, 2015;53(1):20-8 PMID: 25680640.
- [22] Viniegra VL. El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Rev Med IMSS* 2005; 43: 305-321. PMID: 16164848
- [23] Pérez E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Medicina Interna de México* 2006; 22 (4): 282-6. https://cmim.org/Revista/2006/200604_jul_ago.pdf#page=26
- [24] Sepúlveda AC, Flores AA, López G, López E. Insatisfacción durante la residencia de pediatría. Prevalencia y factores asociados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (5): 423-432. PMID: 17207402 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745535006>
- [25] Prieto SE, Rodríguez GB, Jiménez CA, Guerrero LG. Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2013; 51(5):574-9. PMID: 24144152 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745491013>
- [26] Belló M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México* 2005; 47: 4-11. PMID: 16101201 <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683/4531>
- [27] Sepúlveda AC, Romero AL, Jaramillo L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012; 69(5):347-354. <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v69n5/v69n5a5.pdf>
- [28] Dávila JC, Alfaro JA, Padilla J. Prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes del Hospital de especialidades Centro Médico Nacional La Raza. *Medicina Interna de México* 2006; 22: 73. <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo144d.pdf>
- [29] Martínez P, Medina ME, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Salud Mental* 2004; 27 (6): 17-27 <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2005/un055f.pdf>
- [30] Borges G, Wilcox HC, Medina ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal Behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month Prevalence, Psychiatric Factors and Service Utilization. *Salud Mental* 2005; 28 (2): 41.
- [31] Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J American Academy Child Adolescent Psychiatry* 2008; 47(1):41. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18174824>
- [32] Jiménez A, Mondragón L, González C. Self-esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental* 2007; 30 (5): 20-26. <https://doi.org/10.1097/00004583-199812000-00013>