



**Centros de Integración
Juvenil, A.C.**

Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones
9º Generación.
2012 – 2013

Reporte de Investigación.

Para concluir el Programa Académico de la
Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones.

Tema:

***** Suicidio en Adicciones. *****

Alumna:

Dra. Brenda Paola Castillo Bustamante.

Asesora:

Dra. Claudia Tejeda Romero.

Firma:

Ciudad de México, 17 de Febrero de 2014.

INDICE

❖ Cronograma.....	1
❖ Índice.....	2
❖ Título del proyecto.....	3
❖ Nombre de la alumna y perfil profesional.....	3
❖ Tutora.....	4
❖ Marco Teórico.....	5
❖ Relevancia del estudio.....	5
❖ Planteamiento del problema.....	8
❖ Objetivo principal.....	8
❖ Objetivos específicos.....	8
❖ Justificación.....	8
❖ Hipótesis.....	9
❖ Variable dependiente.....	9
❖ Variable independiente.....	9
❖ Sujeto de estudio.....	9
❖ Objeto de estudio.....	9
❖ Diseño Metodológico.....	10
❖ Tipo de estudio.....	10
❖ Duración del estudio.....	10
❖ Calculo de la muestra.....	10
❖ Descripción de la población.....	10
❖ Criterios de Inclusión.....	10
❖ Criterios de Exclusión.....	11
❖ Criterios de Eliminación.....	11
❖ Tipos de Investigación.....	11
❖ Procedimiento de reclutamiento.....	14
❖ Instrumentos.....	15
❖ Análisis de datos.....	15
❖ Ética y confidencialidad y.....	15
❖ Discusión y conclusiones.....	15
❖ Referencias Bibliográficas.....	17

❖ Título del Proyecto

Suicidio en adicciones

❖ Nombre de la alumna y perfil profesional.

Dra. Brenda Paola Castillo Bustamante.

- Médico Cirujano → Universidad Westhill y Universidad Autónoma de México.
- Diplomado de Salud Mental en niños y Adolescentes Instituto Nacional de Psiquiatría y la Universidad Autónoma de México.
- Diplomado Tópicos selectos de psiquiatría Generación 2012 Instituto Nacional de Psiquiatría y la Universidad Autónoma de México.
- Maestría en Salud Pública y Administración De Hospitales “Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública.
- Especialidad para el tratamiento de las Adicciones Centros de Integración Juvenil.
- Doctorado en Administración Pública. → “Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública.” → cursándose actualmente.

❖ Tutora

Dra. Claudia Tejeda Romero.

- **Psiquiatra General.**
- **Psiquiatra Infantil y de la Adolescente.**
- **Especialista para el tratamiento de las Adicciones.**

Marco Teórico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el primer país de América Latina que registra más suicidios lo ocupa Argentina seguido por Venezuela, Brasil y México.(3),(2),(8),(46).

Por su parte el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) posiciona a Jalisco a la cabeza de los estados de la República Mexicana que registran mayores índices de suicidios en adolescentes, enseguida se ubica **Veracruz, Distrito Federal, Chihuahua, Guanajuato, Nuevo León, Sonora, Yucatán y Tabasco.**(3),(8),(43).

Por eso, la OMS, la ONU y la Unión Europea han lanzado la voz de alerta y señalado la muerte voluntaria como un problema de salud pública de primera magnitud. La OMS demanda que autoridades y gobiernos adopten medidas de prevención, dado que las cifras demuestran que las actuales son insuficientes. Ya en 2006, Kofi Annan, entonces secretario general de la ONU, **reclamaba "prestar más atención a esta tragedia humana para prevenir muertes innecesarias"** (8)(31),(32),(46)

Es muy importante comentar que cada suicidio deja a su paso la devastación emocional, social y económica de numerosos familiares y amigos», ha declarado la Dra. Catherine Le Galès-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. «El suicidio es un trágico problema de salud pública en todo el mundo. Se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios y guerras. Es necesario adoptar con urgencia en todo el mundo medidas coordinadas y más enérgicas para evitar ese número innecesario de víctimas.»(6),(8),(26).

Es muy importante mencionar que el suicidio, es un tema en cual hay varias aristas; en las cuales hacen que se maximice desde la ideación

suicida, hasta que se consume el hecho; por tal motivo nosotros los profesionales de la salud estamos comprometidos a detectar y a generar un cambio en este final que deja mucho dolor a su paso. También hay que destacar que el hecho de que nuestros pacientes tengan una patología dual, ya sea una adicción, un trastorno metabólico o psiquiátrico potencializa el intento de suicidio.

Se hace evidente que el tratamiento de los trastornos mentales es un importante pilar en la prevención del suicidio, por lo que se tratará mencionar algunas estrategias útiles para el manejo neuropsicofarmacológico del sujeto con riesgo de suicidio.

❖ Relevancia del Estudio

Pero el suicidio no es una amenaza igual de grande para todos los adolescentes. Hay algunos factores que hacen que algunos chicos y chicas tengan más pensamientos suicidas o incluso lleguen a matarse. (4),(6),(7),(8)

Las causas de suicidio en México se han modificado en los últimos años. Los casos por decepciones amorosas o por muerte de un ser querido quedaron rebasados por “**nuevos detonadores**” como migración, desempleo o crisis; no alcanzar expectativas marcadas y la carencia de una red social. (1),(2),(3).

Estudios recientes sobre el tema alertan que las ideas suicidas aumentan hasta 50% entre los que se quedan a esperar a un ser querido que migró, y también entre los que no pudieron irse.

Se han detectó que los suicidas **tienen “redes familiares y sociales escasas”**, cuadros depresivos y desesperanza, y que habían sufrido diferentes tipos de violencia a lo largo de su vida.(32),(33).

Podemos mencionar que a lo largo del tiempo han existido diversos factores en los cuales el ser humano ha pensado y desgraciadamente intentado suicidarse. **(EL UNIVERSAL / MÉXICO, DF. martes 24 de nov 2009, 1:15pm - nota 16 de 65)(49).**

1. La migración interna y externa ha sido uno de los factores que han disparado los casos de suicidio en México.

2. Es en la zona sur del país donde existe mayor incidencia de casos. Quintana Roo, Tabasco, Yucatán, Campeche, Chiapas y Baja California Sur son los estados con más casos.

3. Tan solo en Cancún, Quintana Roo, la Cruz Roja atendió de enero a julio de este año 127 reportes de intentos de suicidio.

4. El suicidio es ahora la tercera causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años en México.

5. La migración, el desempleo, la crisis económica, el no alcanzar las expectativas marcadas y la carencia de redes sociales son factores que inciden en las personas que intenta suicidarse.

6. Entre 1970 y 2007, creció en 275% la tasa del suicidio en México.

7. De acuerdo con el Instituto Nacional de Psiquiatría, a nivel nacional por cada 100 mil habitantes hay cuatro suicidios.

8. En 2007, al menos seis millones de personas pensaron en suicidarse en México.

9. Ese mismo año hubo 3 mil 620 suicidios consumados en el país.

10. La pérdida de un ser querido, terminar con una relación amorosa o la acumulación de fracasos son factores que los especialistas denominan "detonadores" de ideas suicidas. Los datos dicen que las niñas piensan más en suicidarse pero lo hacen menos que los chicos. Aunque ellas piensan en el suicidio en un porcentaje que dobla al de los chicos, son estos los que cometen suicidio en más ocasiones. La cifra de chicos muertos en la adolescencia por suicidio es cuatro veces mayor que la de chicas muertas a esa misma edad.

El suicidio también es un grave problema entre las adolescentes latinas, ya que los y las adolescentes latinas de entre 12 y 18 años es el que tiene, en Estados Unidos, la cifra más alta de suicidio en esa edad. Más que cualquier otro grupo de esos mismos años. También según los datos del Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades, SISVEA, el 25% de las adolescentes latinas tienen pensamientos suicidas y el 15% de ellas intentaron un suicidio.(43).

Adolescentes con más riesgo de suicidio existen dos hechos que hacen que los adolescentes tengan más riesgo de suicidio, por un lado su propia estabilidad mental y, por otro, que no cuenten con recursos exteriores, es decir, apoyo familiar, de amigos o del entorno social. Existen algunas características en los adolescentes que les hacen más vulnerables a las ideas suicidas como son : ***trastornos psicológicos especialmente depresión, trastorno bipolar, crisis de ansiedad, en general, la mayoría de las enfermedades psicológicas y***

adicciones, son innumerables los factores en los cuales los y las adolescentes llegan a un punto en que piensan en el suicidio.(31), (32).

- ❖ **Abuso de alcohol y drogas.** Los chicos y chicas que tienen problemas de abuso de sustancias también son más propensos a pensar en el suicidio.
- ❖ **Intento previo de suicidio.**
- ❖ **Antecedentes familiares de suicidio.** Un suicidio o intento de suicidio previo en la familia también está considerado como un factor de riesgo.
- ❖ **Acoso escolar.** Cada vez son más frecuentes los suicidios a causa del bullying o acoso escolar.
- ❖ **Ciberacoso.** También están aumentando los casos de suicidios entre adolescentes que han sido víctimas de acoso a través de internet, redes sociales, etc...
- ❖ **Abuso sexual.** Otro factor de riesgo es haber sufrido o estar sufriendo abuso sexual.
- ❖ **Hacer frente a la homosexualidad en un entorno hostil.** La homosexualidad no es un factor de riesgo pero los adolescentes gays o lesbianas que viven en entornos, familiares o sociales, que no aceptan la homosexualidad tienen también más riesgo de tener ideas suicidas o suicidarse.
- ❖ **Adicciones.** El uso, abuso de sustancia también es un riesgo de tener ideas suicidas. Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por.(46),(50).

- ♣ Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio.
- ♣ Una tendencia al aumento de la dosis.
- ♣ Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos.
- ♣ Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

❖ Planteamiento del problema

¿En qué forma se relaciona el suicidio y las adicciones desde los 5 años hasta los 99 años de edad, en un periodo del 1994 hasta el 2013 en la República Mexicana ?

❖ Objeto principal

Determinar la relación que existe entre el consumo y numero de sustancias desde los 5 hasta los 99 años de edad, en un periodo desde 1994 hasta el 2013 del en la República Mexicana.

❖ Objetivos específico

- Generar estadísticas de suicidio en adicciones, así como de las circunstancias en que ocurren estos hechos, por ende destacar las características sociodemográficas de la población suicida de desde los 5 años hasta los 99 años de edad, en un periodo desde 1994 hasta el 2013 _en la República Mexicana.
- Analizar la relación de suicidio desde en la República Mexicana los 5 hasta los 99 años de edad.

❖ Justificación

Las Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios son un proyecto de generación de estadísticas del INEGI y SISVEA que tienen como objetivo proporcionar información que muestre el volumen y la estructura de la población con conductas suicidas registrada, con la finalidad de brindar el servicio público de información, además de auxiliar al estudio, la planeación y evaluación de los programas preventivos y de tratamiento.(42),(43).

La publicación de la información de intentos de suicidio y suicidios comenzó en la década de 1930 y en 1995 comenzó su publicación detallada en un cuaderno específico. Hasta 2005 el formato en que se captó fue la boleta estadística

individual, contenida en el cuaderno para defunciones accidentales y violentas del Ministerio Público.(42),(35).

A partir de 2006 se publican datos solamente de suicidios, los cuales se captan mediante los registros de las estadísticas de mortalidad, particularmente, de las accidentales y violentas.(41), (42), (50).

La estadística de suicidio abordaba las características sociodemográficas de la población que fallece por esta causa. (32)

Su periodicidad es anual, la información de intentos de suicidio está disponible hasta 2005; la de suicidios a partir de 2006. Los resultados se presentan a nivel nacional, entidad federativa y municipio (para las entidades de Baja California, Baja California Sur, Sinaloa y Sonora. La publicación sistemática y regular, de la información de intentos de suicidio y suicidios, comenzó a principio de los años treinta, en el Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos y, posteriormente en la Agenda Estadística; y no fue sino hasta 1995 que dio inicio la publicación detallada de esta información en un cuaderno específico.(32), (33).

❖ Hipótesis

La población de la República Mexicana de 5 a 99 años que son adictos tienen una importante relación con el suicidio.

❖ Variables.

- ♣ Variable Dependiente: → Suicidio.
- ♣ Variable Independiente: → Adicciones

❖ Sujeto y Objeto de estudio.

- ❖ Sujeto de Estudio: → población de 5 a 99 años
- ❖ Objeto de Estudio: → Suicidio y adicciones.

*** Diseño Metodológico. ***

❖ Tipo de Estudio.

- ♣ Muestreo Probabilístico y estratificado.

❖ Duración del Estudio.

Seis meses a un año

❖ Descripción de la Muestra:

- ♣ Universo Finito (Toda la República Mexicana).
- ♣ La muestra es en base a los criterios de Inclusión de este proyecto.
- ♣ Representativa (Con las cuales se piden que cuenten con las características de los que conforman el universo).
- ♣ Tamaño de la muestra más de 30 .
- ♣ Tamaño de la muestra , es en base a la dispersión de los valores de la variable de estudio, de acuerdo con esta circunstancia, la población es heterogénea.

❖ Criterios de Inclusión.

- Vivir en la República Mexicana.
- Pacientes Suicidas.
- Pacientes de 5 a 99 años.
- Consumidores de Sustancias.

- Adictos a diversas sustancias adictivas.
- Ambos Sexos.

❖ **Criterios de Exclusión.**

- No consumidores.
- Sin Ideación o Intentos Suicidas.
- Edad 0 a 4 años .
- Pacientes no adictos.
- Extranjeros.

❖ **Criterios de Eliminación:**

- ♣ Pacientes con trastornos psiquiátricos.
- ♣ Pacientes menores infractores.
- ♣ Pacientes con alguna enfermedad de transmisión sexual.
- ♣ Pacientes con Tuberculosis.
- ♣ Pacientes con comorbilidad (DM, HAS, Síndrome Metabólico, Esclerosis Múltiple, Guillan Barre etc).

❖ **Tipo de Investigación:**

- ♣ Retrospectiva .
- ♣ Longitudinal.
- ♣ Correlacional.

- ♣ Analítico - Explicativa.
- ♣ No experimental.

❖ Procedimiento de recolección.

➤ Técnicas:

De recopilación de datos por llenado de cuestionario por parte de la SEMEFO y así mismo el estudio toxicológico que lleva a cabo el área de bioquímica.(45)

En la SEMEFO existe un laboratorio químico es la unidad de servicios auxiliares que sirve para establecer con certeza en el momento mismo de la muerte el estado real de intoxicación ya sea con el consumo de alcohol etílico o el consumo de drogas de abuso con que cursaba un individuo, por lo mismo es auxiliar muchas de las veces en el establecimiento de la causa misma de la muerte.

Asimismo es una entidad comprometida con la sociedad mediante el profesionalismo de sus integrantes preocupados por la mejora continua de las técnicas internacionales establecidas en los diversos análisis en materia de química forense. Con lo cual la investigación en esta área es fundamental.

El uso de equipo de vanguardia es una de las constantes preocupaciones del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, de tal manera que el Instituto de Ciencias Forenses cuenta con equipos con tecnología de punta acoplados a las necesidades propias de la institución para el beneficio del químico analista y por consecuencia la obtención de resultados confiables.

La determinación de alcohol etílico es una de las principales causas de muerte tanto directa como indirectamente, y su identificación y consecuente cuantificación es de los considerados análisis rutinarios en las cuestiones

Forense, para el análisis de esta sustancia esta institución cuenta con equipo de primer nivel y el análisis basa la confiabilidad de su resultado en el uso de estándar interno.

En el caso concreto de drogas de abuso, las normas internacionales marcan la identificación tanto de metabolitos así como de los principios activos mediante el uso de equipos considerados como de orientación y ante un resultado preliminar

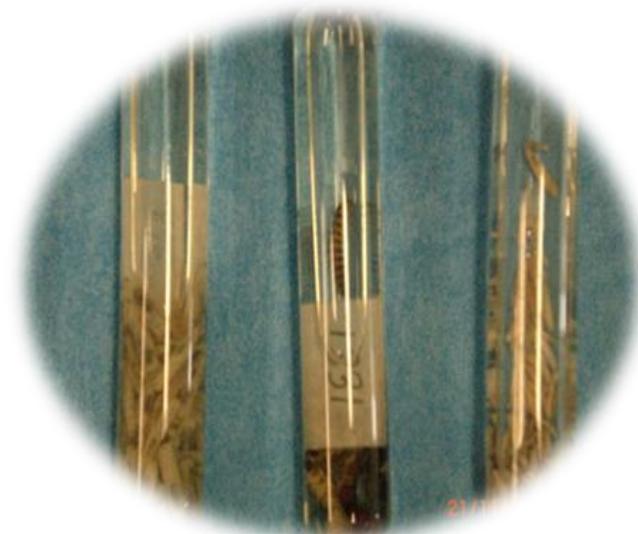
positivo es imperante la realización de análisis confirmativos, para tal fin el SEMEFO cuenta en sus instalaciones con el equipo óptimo para tal situación.

Las sustancias tan variadas utilizadas con fines tanto suicidas como homicidas obligan a la institución a cubrir una amplia gama de análisis que si bien es cierto no son comunes, si llegan a ser causales de muerte de manera directa complicando el diagnostico final, sin embargo aún en esos casos el SEMEFO tiene equipo idóneo para realizar búsqueda de venenos, plaguicidas y metales.

Por último y no menos importante es el área destinada a la investigación entomológica, la cual nos otorga datos importantes tanto del tiempo de muerte así como de las posibles sustancias ingeridas previas al deceso.(45).

Podemos mencionar que estas estadísticas son llevadas a la PGR la cual manda a su vez al INEGI y posteriormente al SISVEA,

Es muy importante mencionar que el SISVEA lleva las estadísticas a nivel nacional para de esta manera contar con un panorama del suicidio y adicciones más amplio.



❖ **Procedimientos de Reclutamiento.**

El procedimiento comenzó solicitando a CIJ una carta para el **Dr. Felipe Edmundo Takajashi Medina**, Director del Instituto de Ciencias Forenses, para solicitarle su apoyo a esta investigación y constando que soy alumna de Centros de Integración Juvenil en periodo de titulación por medio de Proyecto de Investigación titulado “ **Suicidio y adicciones** “ y solicitando su apoyo en cuanto a las estadísticas del tema antes mencionado; desgraciadamente no se obtuvo la información requerida en este momento, y solo se manejó que tenía que ir a la PGR con la **Dra. Angélica Mondragón Pérez** Directora de Estadística, nuevamente solicite a CIJ una nueva carta dirigida a la Dra. Mondragón, la cual se mostró la disponibilidad enviándome las estadísticas solicitadas; pero al recibir la información no era representativa para aportar a la investigación.

Al investigar a fondo acudí al INEGI solicitando información más amplia pero tampoco era representativa.

El hecho de no encontrar la información deseada para el proyecto me llevo a trasladarme al SISVEA para ubicar con quien tenía que dirigirme para solicitar la información, acudí al departamento de epidemiología del 5to piso con el **Dr. Mauricio Salcedo Ubilla** Coordinador Nacional del SISVEA al plantearle al Dr. Mauricio el tema de Investigación menciono que era pocos los casos y que tendría que reestructurar los años aproximadamente serian de 10 a 15 años antes a la fecha actual, y ampliar la edad ya que de otra forma no obtendría la información necesaria para la investigación.

El Dr. Mauricio solicito dos documentos dirigidos uno al **Dr. Arturo Revuelta Herrera** Director de Información Epidemiológica con copia a el mismo solicitando lo requerido en la investigación.

Es muy importante mencionar que la investigación en un inicio se postulaba de en adolescentes de 12 a 18 años de edad en adolescentes y con un periodo del 2006 al 2013, al no poder obtener las estadísticas se reestructuro los años de 10 a 15 años antes y de 0 a 99 años de edad.

La información fue entregada en un CD, en la cual se muestran tablas en EXCEL, las cuales son analizadas y se le representarán por medio de gráficas para en este proyecto.

❖ **Instrumentos:**

Encuestas . (SEMEFO, PGR, INEGI Y SISVEA).

❖ **Análisis de datos y resultados.**

Análisis estadístico a base de tablas y expresado en forma gráfica de barras, circular y de columnas.

❖ **Ética y confidencialidad**

El Comité de Ética le solicita a cada investigador que explique claramente como pretende proteger la información de los participantes. Posteriormente vigila que se cumplan las condiciones necesarias para que la información se mantenga segura. Por ende cuando se invita a una persona a participar en un estudio, ésta deberá recibir un documento oficial que asegure que tipo de información recabará el estudio y como se pretende utilizar dicha información. La persona tendrá la oportunidad de valorar ésta información y preguntar lo que no le quede claro antes de firmar el documento para iniciar el estudio.

❖ **Discusión y conclusiones,**

Después de realizar esta investigación, que en mi opinión fue muy gratificante, ya que se pudieron cumplir los objetivos al inicio trazados de esta investigación.:

- ♣ La base histórica de los servicios Médicos Forenses contiene un total de 197,281 registros de los cuales el 2.7% corresponden a suicidio como causa de la defunción.
- ♣ Entre los que tuvieron el suicidio asociado al consumo de sustancias el 88.4% (4,873) son del sexo masculino.
- ♣ De las 17,436 personas que fueron reportadas por suicidio en 34.2% (5523) el Servicio Médico Forense reportó datos que sugieren el

consumo de sustancias. Existen 61 casos en los que la sustancias no se reportó

- ♣ Que 8 de cada 10 suicidios de 1994 al 2013 ocurren en el hogar.
- ♣ Que 8 de cada 10 personas que cometieron suicidio bajo la influencia de alguna sustancia de 1994 al 2013, lo hacen bajo el consumo de Alcohol
- ♣ De cada 10 personas que cometen suicidio bajo la influencia de alguna sustancia, 8 son del sexo masculino.
- ♣ Los grupos de edad de mayor incidencia en suicidio bajo la influencia de alcohol es de los 20-24 y 25-29 años de edad
- ♣ Los grupos de edad con mayor incidencia de suicidio bajo la influencia de la Marihuana, de 20-24 y 25-29 años de edad.
- ♣ Para el 2009 el número de personas que cometieron suicidio, de sexo masculino se triplicó respecto a 1994.
- ♣ El mayor registro del 1994 al 2013, de suicidios asociados al consumo de una sustancia ocurrió en 2009, de los cuales 8 de cada 10 son hombres.

Es muy importante concluir que la trascendencia que tiene el suicidio en algún integrante de la familia deja lesiones permanentes en todos y cada uno de los integrantes de esta, que pasa a través de generación en generación.

Que alrededor del suicidio hay muchos paradigmas que cronifican el daño en una familia, que no hay un personal especializado para tratar esta relación directamente proporcional, ni contamos con guías clínicas que nos permitan romper esa dualidad mortal que lejos de ayudar a un sistema familiar lo sumerge en un dolor permanente ni nunca deja que se establezca un sistema familiar.

Hay que mencionar que el suicidio en las familiar como las adicciones no se hablan y esto a su vez encierra y lastima más a lo que lo viven.

Al concluir esta investigación, es también crear conciencia de lo que se nos escapa ante nuestros ojos, que si nos esforzáramos por aprender y conocer tanto el suicidio y las adicciones podríamos darles a nuestros hijos las herramientas necesarias para salir victoriosos de cualquier batalla sin recurrir a salidas falsas que lejos de ayudar dejan mucho dolor a su paso.

➤ **Referencias Bibliográficas**

1. Agerbo E. High income, employment, postgraduate education, and marriage: a suicide cocktail among psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1377-1384.
2. Agosti V, Levin F. One-year follow up study of suicide attempters treated for drug dependence. *Am J Addictions* 2006;15:293-296.
3. Baca C, Grant K. What heroin users tell us about overdose. *J Addic Dis* 2007;26:63-68
4. Baca-García E, Aguilar E. Suicidio. En: Vallejo J, Leal C. *Tratado de psiquiatría*, Vol. II. Barcelona: Ars Médica, 2004:1446-1457.
5. Bakken K, Vaglum P. Predictors of suicide attempters in substance-dependent patients: a six-year prospective follow-up. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007;10:3-20
6. Beautrais A, Joyce P, Mulder R, Fergusson D, Deavoll B, Nightingale S. Prevalence of comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996;153:1009-1014.
7. Bernal M, Haro JM, Bernet S, Brugha T, de Graaf R, Bruffaerts R, et al. Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *J Affect Disord* 2007;101:27-34.
8. Borges G, Walters E, Kessler R. Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behavior. *Am J Epidemiol* 2000;151:781-789.
9. Borges G, Wilcox H, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal Behavior in the Mexican Comorbidity Survey (M-NCS): lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005;28:40-47
10. Bradvik L, Frank A, Hulenvik P, Medvedeo A, Berglund M. Heroin Addicts reporting previous heroin overdoses also report suicide attempts. *Suic Life-Threat Behav* 2007;37:475-480.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Suicide trends among young and young adults aged 10-24 years-United States, 1990-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2007;56(35):905-908.
12. Conner K, Beautrias A, Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: analyses of Canterbury Suicide Project Data. *J Stud Alcohol* 2003;64:551-554.
13. Cheng A, Mann A, Chan K. Personality disorder and suicide. *Br J Psychiatry* 1997;170:441-446.

14. Darke S, Ross J. Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods. *Addiction* 2002;97:1383-1394.
15. Díaz-Suárez J, Bousoño M, Bobes J. Concepto y clasificación de los comportamientos suicidas. En: Bobes J, Sáiz P, García-Portilla M, Bascarán M, Bousoño G. *Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica, 2004:1-10.
16. Driessen M, Veltrup C, Weber J, Ulrich J, Wetterling T, Dilling H. Psychiatric co-morbidity, suicidal ideation in alcoholics seeking treatment. *Addiction* 1998;93:889-894.
17. Edith Serfaty, Suicidio en la adolescencia, adolescencia Latinoamericana. 1414-7130/98/1-105-110 .
18. Hawton k, Houston K, Haw C, Townsend E, Harris L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry* 2003;160:1494-1500.
19. Henriksson S, Suokas J, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:234-240.
20. Hesselbrock M, Hesselbrock V, Symanski K, Weidenman M. Suicide Attempts and Alcoholism. *J Stud Alcoh* 1988;49:436-442.
21. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas de intentos de suicidio y suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2005. México: INEGI, 2008 [Consultado, 2008 enero]. Disponible en: Petronis K, Samuels J, Moscicki E, Anthony J. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psych Psy Epidemiol* 1990;25:193-199.
22. Johnsson E, Fridell M. Suicide attempts in a cohort of drug abusers: a 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:362-366.
23. Juan Pablo Proal, Los jóvenes mexicanos abrazan el suicidio 11 de enero de 2013
24. Kessler R, Borges G, Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:617-626.
25. Maloney E, Degenhardt L, Darke S, Mattick R, Nelson E. Suicidal Behaviour and associated risk factors among opioid-dependent individuals: a case-control study. *Addiction* 2007;102:1933-1941.
26. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, Galván F, Fleiz C, Rojas E, et al. Encuesta Nacional de Adicciones 2002, Capítulo de Alcohol. Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, INPRFM, Dirección General de Epidemiología, DGE, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México: INEGI, 2002.

27. Pirkola S, Suominen K, Isometsa E. Suicide in alcohol-dependent individuals. *Epidemiology and management. CNS Drugs* 2004;18:423-436
28. Preuss U, Schuckit M, Smith TL, Danko GP, Buckman K, Bierut L, et al. Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:471-477.
29. Preuss U, Schuckit M, Smith T, Danko G, Bucholz K, Hesselbrock M, et al. Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry* 2002;160:56-53.
30. Raúl Yáñez de la Cruz, El suicidio es la segunda causa de muerte en México, 5to. Curso: "riesgo suicida: clasificación e intervención" que se llevó a cabo con motivo del Día Mundial en Prevención del Suicidio
31. René Ocampo, Psiquiatra, Bojórquez, Dr epidemiol, Mario Cortés, MCS. Donde encontrar estadística de suicidios por consumo de drogas. Ocampo R, Bojórquez I, Cortés M. Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, 1994-2006. *Salud Publica Mex* 2009;51:306-313
32. René Ocampo, Psiquiatra, Bojórquez, Dr epidemiol; Mario Cortés, MCS Consumo de sustancias y suicidios en México: resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones, 1994-2006 *Salud Publica Mex* 2009;51:306-313
33. Rossow I, Lauritzen G. Balancing on the edge of death: suicide attempts and life-threatening overdoses among drug addicts. *Addiction* 1999;94:209-219.
34. Roy A, Lamparski D, Dejong J, Moore V, Linnoila M. Characteristics of alcoholics who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 1990;147:761-765.
35. Roy A. Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry* 2001;158:1215-1219.
36. Roy A. Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry* 2002;63:403-407.
37. Roy A. Suicide. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 7th ed., vol 2. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2001:2031.
38. Santamarina S, Iglesias C, Alonso M. Comportamientos suicidas y consumo de sustancias psicotropas. En: Bobes J, Sáiz P, García-Portilla M, Bascarán M, Bousoño M. *Comportamientos suicidas, prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Médica, 2004:91-95.
39. Tapia R, Kuri P, Cravioto P, Revuelta A, Cortés M. *Manual para la vigilancia epidemiológica de las adicciones*. 3ª ed. México: Dirección General Adjunta de Epidemiología, Secretaría de Salud, 1999:14-26.
40. World Health Organization. *Mental health: suicide prevention (SUPRE)*. [Consultado, 2008 enero].

41. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
42. http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/biblioteca/.
43. http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf.
44. www.inprf.gob.mx/inprf.
45. www.semefo.gob.mx
46. www.onu.org.mx
47. www.pgjdf.gob.mx
48. com.mx/salud/oms-mexico
49. (EL UNIVERSAL / MÉXICO, DF. martes 24 de nov 2009, 1:15pm - nota 16 de 65)
50. Serie de Informes Técnicos, ONU, números 116 y 117, 1957.

