

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE MEDICINA**



**“DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y  
SEVERIDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE  
INTERNAMIENTO DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: ESTUDIO  
RETROSPECTIVO”**

**PS19-00011**

**Por**

**Dr. Xavier Gerardo Quiroz Perales.**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.**

**Julio, 2021.**

**“DESCRIPCIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y  
SEVERIDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES DE  
INTERNAMIENTO DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA: ESTUDIO  
RETROSPECTIVO”**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dr. med. Carlos Augusto López Acevo**  
Director de la tesis



---

**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza**  
Coordinador de Enseñanza



---

**Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe**  
Coordinador de Investigación



---

**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano**  
Jefe de Departamento



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez**  
Subdirector de Estudios de Posgrado

## DEDICATORIA Y/O AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer infinitamente a mi familia por el apoyo incondicional en el desarrollo de mi carrera profesional.

Individualmente me permito dedicar este trabajo a mi madre Dora Perales, por creer en mí y brindarme la confianza de escoger mi propio camino con la libertad de equivocarme y aprender. A mi padre Francisco Quiroz, de quien me siento profundamente agradecido con la convicción de que su influencia en mí permitió entender que la vida es compleja, pero al mismo tiempo que es posible encararla con valor y balance cuando se potencian las herramientas necesarias. Agradezco a mis padres porque directa o indirectamente, promovieron el desarrollo de la actitud necesaria para alcanzar mis propósitos y ser feliz en el proceso.

Agradezco a mi hermano Rodrigo Quiroz por ser una figura incondicional de apoyo, por su cariño, enseñanzas, cuidado y paciencia. A mi hermana Ilianna Quiroz, por enseñarme a relajarme en la vida y lo válido de arriesgarse en la experiencia, a su inmenso apoyo, cuidado y cariño. Dedico a mis hermanos este trabajo por brindarme ánimos en cada oportunidad de convivir y por recordarme lo invaluable del amor fraternal.

Agradezco a Jessica Treviño, mi compañera, confidente, amiga, pareja y futura esposa, por ser parte de mi vida estos últimos 11 años y acompañarnos mutuamente en el recorrido personal y profesional, por mostrarme que juntos las cosas que buscamos son posibles y por enseñarme que la conexión entre dos personas es infinita.

Quiero agradecer y dedicar este trabajo a mis amigas y colegas, la Dra. María Elena Deveze Villarreal y a la Lic. Griselda Karina Soto Quintero, que me apoyaron en hacer posible este trabajo, por su esfuerzo, dedicación y compromiso en la colaboración de este proyecto y por su amistad durante nuestro tiempo juntos en esta etapa de la vida, por compartir las vicisitudes en el camino que culminan con este estudio.

Finalmente agradezco y dedico este proyecto a los compañeros, quienes con su esfuerzo apoyaron durante el proceso en la metodología de este trabajo.

Dr. Tito Andrés Resendez Muñoz

Dr. Sebastian Bernal Heinzl

Dra. Adriana Marisol Guajardo Montemayor

Dra. Marcela Cárdenas Flores

Este logro es de todos nosotros.

## TABLA DE CONTENIDO

### Capítulo I

#### Página

1. RESÚMEN.....	9
-----------------	---

### Capítulo II

2. INTRODUCCIÓN.....	11
----------------------	----

### Capítulo III

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	21
4. HIPÓTESIS.....	21
5. OBJETIVOS.....	21
6.- JUSTIFICACIÓN.....	22

### Capítulo IV

7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
8.- ANALISIS ESTADÍSTICO.....	23
9.- CONSIDERACIONES ETICAS.....	24

### Capítulo V

10. RESULTADOS.....	25
---------------------	----

### Capítulo VI

11. DISCUSIÓN.....	28
--------------------	----

Capítulo VII

12. LIMITACIONES.....33

Capítulo VIII

13. CONCLUSIÓN .....34

Capítulo IX

14. ANEXOS.....35

Capítulo X

10. BIBLIOGRAFÍA.....46

Capítulo XI

11. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....54

## INDICE DE TABLAS Y ESCALAS

Tabla	Página
• TABLA 1: .....	35
• TABLA 2: .....	36
• TABLA 3: .....	37
• TABLA 4: .....	38
• TABLA 5: .....	39
• TABLA 6: .....	40
• TABLA 7: .....	41
• ESCALA SOCIODEMOGRÁFICA. ....	42
• ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK. ....	44

## LISTA DE ABREVIATURAS

- 1.- OMS: Organizaci3n Mundial de la Salud.
- 2.- SSA: Secretar3a de Salud.
- 3.- INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geograf3a.
- 4.- ENA: Encuesta Nacional de Adicciones.
- 5.- CDC: Centro de Control y Prevenci3n de Enfermedades.
- 6.- EIB: Escala de Ideaci3n Suicida de Beck.
- 7.- CES-D: Escala de Depresi3n del Centro de Estudios Epidemiol3gicos adjunta a la de Roberts.
- 8.- CIDI: Composite International Diagnostic Interview.
- 9.- DF: Distrito Federal.
- 10.- TEPT: Trastorno por Estr3s Postraumático.
- 11.- TDAH: Trastorno por D3ficit de Atenci3n e Hiperactividad.
- 12.- APP: Antecedentes Personales Patol3gicos.
- 13.- APPPs: Antecedentes Personales Patol3gicos Psiquiátricos.
- 14.- TAB: Trastorno Afectivo Bipolar.
- 15.- TAD: Trastorno Afectivo Depresivo.
- 16.- TLP: Trastorno L3mite de la Personalidad.
- 17.- TNP: Trastorno Narcisista de la Personalidad.
- 18.- AHF: Antecedentes Heredofamiliares.
- 19.- AHFPs: Antecedenes Heredofamiliares Psiquiátricos.

- 20.- AdS: Abuso de Sustancias.
- 21.- ECv: Enfermedades Cardiovasculares.
- 22.- EE: Enfermedades Endócrinas.
- 23.- EN: Enfermedades Nefrológicas.
- 24.- HTA: Hipertensión Arterial.
- 25.- TB: Tuberculosis.
- 26.- TP: Trastorno de Personalidad.
- 27.- TPs: Trastornos Psicóticos.

# Capítulo I

## Resumen

### Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima 800 000 muertes anuales por suicidio (1, 6). La ideación suicida incluye deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con terminar su vida (10). Datos epidemiológicos señalan que cerca de un 90% de los individuos que consuman el suicidio tiene algún diagnóstico psiquiátrico en el momento de la muerte. En México estos datos son dependientes de la Secretaría de Salud (SSA) que indican un incremento en 215% de suicidios de 1970 a 1998, (10), por otro lado, El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) es la institución encargada de difundir la información sobre los datos de suicidios en el país. La información se extrae a partir de estadísticas de las defunciones, específicamente las asociadas a accidentes y muertes violentas a partir de los certificados de defunción (17). La información oficial de nuestro país está principalmente centrada en las características asociadas al intento de suicidio, sin reportar las conductas previas al intento como ideación y planeación suicida. En términos de ideación suicida, la información es escasa, por lo que el objetivo de este estudio propone la descripción de las características sociodemográficas de una muestra de pacientes en un área de internamiento con orientación de comunidad terapéutica que presenten ideación suicida.

### Material y métodos.

Se reclutó una muestra de 43 pacientes hospitalizados aplicando una encuesta sociodemográfica junto con la escala de Ideación Suicida de Beck. Los valores se contrastaron según las variables de interés mediante pruebas de hipótesis para medias y proporciones, según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la búsqueda de asociación y correlación se realizará mediante Chi<sup>2</sup> y correlación de Pearson o Spearman (según

distribución) respectivamente, para comparar factores de riesgo en nuestra población de internamiento con la literatura general.

### **Resultados.**

Identificamos una prevalencia del sexo femenino (81.4%), con una edad media de 24.5 años, mayoritariamente solteros (79.1%) y desempleados (39.5%), con una proporción similar en el nivel de estudios de bachillerato y licenciatura (35%). Un 46% se identifican con la religión católica y su motivo principal de consulta al momento de indicarse un internamiento fue un intento de suicidio (51%) seguido por riesgo de autoagresión (37%). La mayoría de los pacientes reportaron el antecedente de más de 1 intento de suicidio al momento de su ingreso (49%).

Nuestro estudio identificó una significancia estadística ( $p = < 0.005$ ) en la presencia de ideación suicida grave con riesgo de intento (puntaje de Beck  $> 10$ ) en el estado civil, la ocupación y la metodología en intentos de suicidio previo.

### **Conclusiones.**

Si bien este estudio tiene un propósito de generar hipótesis, para nuestro hospital, es importante comprender la población vulnerable internada en nuestra institución, de manera que podamos desarrollar intervenciones de rehabilitación para mejorar los factores de riesgo modificables, sin embargo, es necesario seguir realizando estudios que permitan comprender mejor estos fenómenos.

## Capítulo II

### 1. Introducción

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo se registran unas 800 000 muertes anuales por suicidio (1, 6). Las estadísticas señalan que estos representan la mitad de las muertes violentas registradas entre hombres y 7 de cada 10 entre mujeres. Se considera que es la segunda causa principal de muerte en el grupo de edad entre 15 a 29 años (1), y se calcula que por cada suicidio consumado existe un aproximado de 10 – 20 intentos. El entendimiento contemporáneo de la conducta suicida es complejo y heterogéneo, por lo que debe ser abordado como un espectro o dimensiones en cuanto a sus características continuas sustentadas en la evidencia empírica por su fenomenología (30).

#### 1.1 Suicidio

El concepto por sí mismo, resulta en controversia y dificultades, sin embargo, para fines prácticos se describe en la tabla 1 las definiciones más frecuentes utilizadas (30, 31). La ideación suicida incluye deseos, planes, ideas o pensamientos del sujeto, relacionados con terminar su vida (10). Datos epidemiológicos señalan que cerca de un 90% de los individuos que consuman el suicidio tiene algún diagnóstico psiquiátrico en el momento de la muerte (3, 4, 8). Se han identificado factores de riesgo para las conductas suicidas, entre ellos se encuentran las dificultades para obtener acceso a la atención de salud, la disponibilidad de los medios para el acto, la influencia por medios de comunicación, con la consecuente imitación de actos suicidas, la estigmatización de quienes buscan ayuda y el consumo/abuso de sustancias psicoactivas (1). Entre los riesgos vinculados a la comunidad

están las guerras y desastres naturales, la discriminación, un sentido de aislamiento, el abuso, la violencia y las relaciones interpersonales conflictivas (1, 5). Para factores de riesgo individual cabe mencionar intentos de suicidio previos, trastornos psiquiátricos, consumo nocivo de alcohol, pérdidas financieras, dolores crónicos y antecedentes familiares de suicidio (1, 3, 4, 6). Los factores de riesgo asociados con la ideación suicida son el sexo femenino, adolescentes y adultos jóvenes, menor número de años en educación, estado civil soltero y la presencia de un trastorno mental. Es importante señalar que el riesgo asociado a un diagnóstico psiquiátrico varía de acuerdo con el desarrollo socioeconómico del país en estudio. Los trastornos del estado de ánimo tuvieron un tamaño de efecto mayor en los países desarrollados y los trastornos del control de impulsos en los países en vías de desarrollo (32). Se ha calculado que un 45% de los suicidios registrados en una muestra poblacional de pacientes hospitalizados fueron en el contexto de un diagnóstico de esquizofrenia y trastornos mentales orgánicos. Por otro lado, el 32% de los suicidios en pacientes ambulatorios ocurrieron en el contexto de depresión, trastornos somatomorfos, ansiedad, adaptación y consumo de sustancias (33).

## **2. Antecedentes**

### **2.1 Conducta suicida en México**

En México los datos son dependientes de la Secretaría de Salud (SSA) e indican que de 1970 a 1998, el suicidio se incrementó 215%, lo que representa 229% en los hombres y 165% en las mujeres (10). En 2015 se registraron 6285 suicidios, que representa una tasa de 5.2 fallecidos por autolesiones por cada 100 000 habitantes (6, 7). Las entidades federativas que en ese mismo año tuvieron mayores tasas de suicidio por cada 100 000 habitantes, fueron Chihuahua (11.4), Aguascalientes (9.9), Campeche (9.1) y Quintana Roo (9.1). Por

su parte, Guerrero (2.1), Morelos (2.3) y Veracruz de Ignacio de la Llave (3.0), presentaron las tasas más bajas (6). En el año 2016 destacaron con mayor tasa de suicidio Yucatán, Aguascalientes y Quintana Roo. Mientras que los estados con menos tasa de suicidio fueron Guerrero, Veracruz y Michoacán (7). El suicidio es una de las cinco principales causas de muerte hasta los 34 años y la tercera entre los 15 y 24 años en México (9). Las muertes por lesiones autoinfligidas son más comunes en hombres (80.1%) que en mujeres (19.9%) y los grupos de edad en México, se suelen concentrar entre jóvenes de 15 a 29 años (57.4%). Ocho de cada diez suicidios consumados se cometieron en la vivienda particular y el principal método empleado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (79.3 %), seguido por uso de armas de fuego y envenenamiento por plaguicidas (6).

Borges y col. Señalan la importancia de dirigir nuestra atención a las conductas suicidas y las características de estas. En 2009 publicaron un trabajo con una muestra representativa de 51 227 personas a partir de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, donde 22 966 sujetos contestaron las preguntas adicionales de riesgo suicida en los últimos 12 meses. Midieron la ideación, la planeación y el intento suicida. El 8.79% de la muestra presentó cualquier ideación suicida, por otro lado, la planeación suicida se reportó en 1.22%, y 0.79% de la muestra intentó suicidarse en los últimos 12 meses. El método para el acto con la prevalencia más elevada fue la sobredosis o envenenamiento, pero el uso de armas de fuego o armas blancas también fue de los más utilizados. Las ponderaciones muestrales para hacer estimaciones hacia los 75 millones de habitantes de la República Mexicana que representa la ENA 2008 se traduce en 6 601 210 mexicanos que tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 918 363 mexicanos planearon suicidio, un total de 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de

un intento de suicidio (9). Así mismo, en el 2016 realizaron una estimación de la prevalencia de conductas suicidas (ideación, planeación e intento de suicidio) a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses en una muestra poblacional de la Ciudad de México, basada en la Encuesta Nacional de Comorbilidad de México (2001 – 2002) con 223 participantes de entre 10 a 26 años y 1071 participantes en el seguimiento de la Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes (2013), donde particularmente la prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses se reportó en 6% para el 2001 – 2002 y 15% en el 2013 ( $p = <0.001$ ) y 2.5% para el 2001 – 2002 y 4.0% para el 2013 respectivamente, demostrando el incremento en la prevalencia de conductas suicidas en México, principalmente en la ideación e intento suicida en los últimos 12 años (34).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) es la institución encargada de difundir la información sobre los datos de suicidios en el país. La información se extrae a partir de estadísticas de las defunciones, específicamente las asociadas a accidentes y muertes violentas a partir de los certificados de defunción (17). En el año 2016 el total de suicidios en México fue de 6370, de los cuales 292 se registraron en Nuevo León. La tasa de suicidio en Nuevo León fue de 4.9 por cada cien mil habitantes, ocupando el lugar número 19 a nivel nacional. El grupo de edad predominante fue entre los 15 – 29 años con una tasa en Nuevo León de 7.7 por cada cien mil habitantes (18).

Existen reportes en nuestro país de prevalencia de ideación suicida en mujeres. En un estudio publicado en el año 2018 y realizado por Esquivel C. y col. en la ciudad de Durango, se incluyó aleatoriamente una muestra de 395 mujeres con edad media de 47 años y recopilaron la prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida a través de entrevistas directas utilizando la definición del Centro de Control y Prevención de Enfermedades

(CDC), reportando un 12.7% en este grupo. Abordaron además la prevalencia de intentos de suicidio, encontrando un 5.1% con predominio de uso de medicamentos como método más frecuente (35). La ideación suicida en nuestro país se ha estudiado en población médica, particularmente en psiquiatras, identificándolos como población vulnerable, Ana Fresán y col. Analizaron una muestra de 288 participantes con una encuesta de auto reporte donde identificaron que un 7.6% de ellos (22 participantes) reportaron ideación suicida durante su entrenamiento y trayecto profesional que correlacionó depresión y burnout como el principal predictor de ideación suicida y por otro lado identificaron como factor protector el apoyo social, el matrimonio y la compañía en casa (36).

## **2.2 Medición de la ideación suicida.**

Liliana Mondragón y Col. en su trabajo sobre el análisis en la medición de la conducta suicida en México, se plantean resultados de prevalencias de ideación e intento de suicidio, en rangos de 1% a 40% en población adolescente y adultos, además el rango del intento de suicidio en la población adulta en 1.9% a 3.9%. En este trabajo describen los instrumentos más utilizados en los estudios para medir la conducta suicida en México: la “Escala de Ideación Suicida de Beck” (EIB), la “Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) adjunta a la de Roberts”, la “Escala de Expectativas Sobre Vivir - Morir de Okasha”, y los reactivos incluidos en el “Composite International Diagnostic Interview (CIDI).

Para la ideación suicida, la Escala de Ideación Suicida de Beck; mide la intensidad y las dimensiones (el grado y la severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al intentarlo. También se evalúa el grado del deseo de morir y del deseo de vivir, el deseo de

intentar suicidarse, los planes para ello, en caso de que los hubiera, y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidarse. Está conformada por 21 reactivos, cada uno de los cuales tiene 3 posibles alternativas, calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2. La suma de éstas indica la severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican, ya que miden su severidad y el número de intentos previos de suicidarse.

En la evaluación de las conductas suicidas se considera su aparición en el último mes, de tal manera que por medio de los reactivos 4 y 5 se define si se sigue o se suspende la entrevista. El punto de corte planteado por Beck es: un puntaje mayor o igual ( $\geq$ ) a 10 indica que corre el riesgo de suicidarse. En cuanto a la confiabilidad de la escala, en un estudio realizado en México se reporta un Alpha de Cronbach de 0.93, es decir que tiene una alta confiabilidad (10,19, 20, 21).

La Escala de Expectativas sobre Vivir-Morir de Okasha está formada por 4 reactivos, con en formato de respuesta SI o NO, y evalúa un continuo de severidad de la ideación suicida en los últimos 12 meses. Esta escala se probó con una confiabilidad de .93 en población mexicana (11). La Escala de Roberts, incluida en la Escala de Depresión del CES-D (12). Consta de cuatro preguntas. Estos reactivos exploran el contenido cognitivo de pensamientos sobre la muerte en general, y de sí mismo. El formato de respuesta es el mismo que el del CES-D, y plasma la presencia y duración durante la semana previa. Las opciones de respuesta son: 0 = ningún día, 1 = 1-2 días, 2 = 3-4 días y 3 = 5-7 días de la semana previa. Los puntos de corte utilizados en los estudios varían de acuerdo con el criterio del investigador. Algunas veces se utiliza la media más una desviación estándar, o la suma de los 4 reactivos, es decir, de los 4 síntomas. De acuerdo con la confiabilidad, en los estudiantes adolescentes la consistencia interna de las preguntas sobre el suicidio fue

satisfactoria; Alpha de Cronbach igual a .78, y Alpha de Cronbach igual a 0.84 (13, 14). El Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Es un instrumento que se desarrolló por la Organización Mundial de la Salud y la Administración Norteamericana para la Salud Mental y el Abuso de Drogas y Alcohol. Corresponde a una entrevista estructurada, para estudios epidemiológicos, y evalúa los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y los criterios de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana. En los estudios anteriores hechos en México, se utilizó el CIDI con resultados buenos respecto a su confiabilidad, y coeficientes Kappa e Y de Yule por arriba de 0.5 (15).

Comenzando con la primera, se observa un rango en la prevalencia nacional de 1.4% hasta 10.1%. En la población adulta, el rango en la prevalencia varía de 1.7% en el Estudio de Pacientes en Salas de Urgencias en Pachuca y hasta 6.1% en el Estudio en Pacientes del Hospital General en el entonces Distrito Federal (DF). La prevalencia más elevada se encontró entre las mujeres del Hospital General con 6.6%.

El rango de prevalencias que se describe para la población adulta es también más estrecho, con una variación apenas de 5.7% en los pacientes de las salas de urgencia de Pachuca, a 10.1% en los pacientes de un Hospital General del D.F. Aunque una vez más las prevalencias son siempre más elevadas en las mujeres que en los hombres, la razón M/H es más estrecha que en el caso del intento de suicidio. Cuando se comparan las prevalencias de ideación con los intentos de suicidio se observa que en los estudios que reportan ambas, la prevalencia de los intentos de suicidio es menor que la prevalencia de la ideación suicida. El factor más frecuentemente encontrado relacionado con el intento de suicidio en la

población adolescente es el sexo, por otro lado, en la población adulta, los factores son el sexo, el estado civil y la depresión. En los adolescentes, el factor más asociado con la ideación suicida es el sexo, mientras que en los adultos son el sexo, el estado civil y la depresión (10).

Para medir la gravedad de la ideación suicida en pacientes psiquiátricos, Beck, Kovacs y Weissman desarrollaron una escala de calificación clínica de 19 ítems llamada Escala para la ideación del suicidio. En términos operativo los llamados "ideadores" se definen como pacientes que tienen pensamientos activos y / o pasivos acerca de suicidarse. Una de las razones específicas para el desarrollo de la escala fue para medir la intensidad de la ideación suicida en pacientes psiquiátricos que ya habían sido clínicamente identificados como "ideadores" suicidas. Llevaron a cabo un análisis de los componentes principales con 115 ideadores suicidas en pacientes hospitalizados e identificaron tres dimensiones que se conceptualizaron como deseo de suicidio activo, preparación y deseo de suicidio pasivo. Los resultados sugieren que la ideación suicida se compone de grupos de actitudes, planes y comportamientos que se relacionan positivamente entre sí en los pacientes suicidas que reciben un diagnóstico de trastornos mixtos desde el punto de vista psiquiátrico. Aun así, se identifica que la ideación suicida no es una construcción unitaria, y que probablemente hay dimensiones que representan patrones diferentes, pero interactúan a nivel mental y conductual suicida (24).

En el seguimiento a 10 años de una muestra de pacientes hospitalizados con ideación suicida y desesperanza Beck et al. identificaron correlaciones entre aquellos individuos que completaron el acto de suicidio, utilizando la escala de inventario de síntomas depresivos

de Beck, la escala de ideación suicida de Beck y la escala de desesperanza de Beck. El objetivo principal estuvo dirigido a demostrar una correlación entre la presencia de desesperanza y una mayor probabilidad de completar el suicidio en los siguientes 10 años. Entre los resultados, la escala para la ideación de suicidio no predijo el suicidio definitivo en este estudio, sin embargo, la intensidad de los deseos suicidas entre los intentos parece indicar un riesgo a corto plazo de muerte por suicidio. Entre aquellos pacientes identificados con ideación suicida, el grado de desesperanza parece demostrar ser un indicador fuerte del riesgo suicida y al menos en este estudio fue mayor al de la presencia de un intento suicida al momento de la hospitalización (22, 24).

Aunque este instrumento se desarrolló originalmente para uso con adultos, es útil para evaluar la ideación suicida en pacientes hospitalizados psiquiátricos adolescentes (23).

Se han identificado comorbilidad con ideación suicida. En un estudio de 154 pacientes con edad entre 16 y 45 años se identificaron 59.74% con depresión, trastorno por abuso de sustancias y psicosis 9.74%, trastornos neuróticos 7.14%, trastorno afectivo bipolar 9.09% y el 0,65% tenía un estado mental normal (25).

El patrón general de resultados sugiere que la Escala de Ideación Suicida de Beck es un instrumento útil de autoinforme para evaluar la gravedad de la ideación suicida en pacientes psiquiátricos hospitalizados con diagnósticos de esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos o bipolares. Con respecto a la confiabilidad, el coeficiente Alpha fue de 0.96 y representó una alta consistencia interna (26).

La escala de ideación suicida también se ha utilizado para medir prevalencia de ideación suicida en paciente de la tercera edad (27).

En México el estudio de la ideación suicida se ha concentrado en la población adolescente y estudiantil. Marthe et al. evaluaron la ideación suicida y su relación con aspectos psicosociodemográficos en población estudiantil universitaria, utilizando la Escala de Ideación Suicida de Beck. De la muestra aleatoria de 521 estudiantes, los resultados arrojaron un 60% de ideación suicida, influyendo aspectos estadísticamente significativos como cuando no trabajan, infancia o adolescencia con sólo la presencia de la madre o un familiar, consumo de sustancias, antecedente de trauma, desesperanza, entre otros (28). Por otro lado, Catalina Gzz. et al. determinó la prevalencia de ideación suicida utilizando también la escala de Ideación Suicida de Beck en población adolescente con embarazo comparada con una muestra estudiantil control, determinando mayor prevalencia en la muestra clínica y destacando aspectos sociodemográficos estadísticamente significativos de la muestra clínica relacionados a la severidad de la ideación suicida (29).

El objetivo del estudio radica en describir aspectos sociodemográficos relacionados con la ideación suicida en pacientes internados en una comunidad terapéutica psiquiátrica.

## Capítulo III

### 3. Planteamiento del problema

La información oficial de nuestro país está principalmente centrada en las características asociadas al intento de suicidio. Se cuenta con información limitada respecto a las dimensiones de la conducta suicida. En términos de ideación suicida, la información es escasa en nuestro país. El objetivo de este estudio propone la descripción de las características sociodemográficas de una muestra de pacientes en un área de internamiento con orientación de comunidad terapéutica que presenten ideación suicida.

### 4. Hipótesis

Los resultados serán similares a la literatura descrita a nivel mundial.

### 5. Objetivos

#### 5.1 General.

Describir las características sociodemográficas junto con la presencia de ideación suicida en pacientes internados en la comunidad terapéutica de la unidad de psiquiatría de Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

#### 5.2 Específicos.

1. Correlacionar resultados en la presencia de ideación suicida y los datos sociodemográficos de la muestra.
2. Comparar factores de riesgo en nuestra población de internamiento con la literatura general.

## **6. Justificación.**

Los datos sobre la severidad y prevalencia de la ideación suicida en pacientes en una unidad de internamiento psiquiátrico son escasos en nuestro país.

## **Capítulo IV**

## **7. Material y participantes.**

### **7.1 Tipo de estudio:**

Retrospectivo, descriptivo y comparativo de población mexicana.

### **7.2 Participantes:**

Pacientes incluidos en el estudio del protocolo maestro, que durante el internamiento se contactaron y se les invitó a participar en el estudio. Se recolectarán en forma retrospectiva los datos sociodemográficos junto con la información la presencia de ideación y riesgo suicida para realizar un análisis que permita correlaciones de variables y describir el resultado.

### **7.3 Método:**

La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) para conocer la severidad e intensidad del riesgo suicida y el formato de datos sociodemográficos.

### **7.4 Criterios de inclusión:**

1.- Escala de ideación suicida de Beck contestadas de acuerdo con las instrucciones de esta, obtenidas del protocolo maestro "Características de la impulsividad, disregulaciones

emocionales, estilos parentales y severidad de ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad terapéutica PS19-00006.

### **7.5 Criterios de exclusión:**

- 1.- Escalas de ideación suicida de Beck que no estén completamente llenadas.
- 2.- Escalas de ideación suicida de Beck que estén mal llenadas de acuerdo con las instrucciones de esta.

### **7.6 Mecanismos de confidencialidad**

La información de los sujetos de investigación solo se manejará por los integrantes del protocolo. Los datos del paciente se manejarán por medio de códigos y se resguardará bajo llave.

### **7.7 Procedimiento de evaluación**

- 1.- Se accede a la carpeta del protocolo maestro para obtener las escalas sociodemográficas y de ideación suicida de Beck.
- 2.- Se realiza la recolección de información demográfica y del puntaje de la escala de ideación suicida de Beck.
- 3.- Los resultados son vaciados en la base de datos.
- 4.- Se analizan los datos.

## 8. Análisis estadístico

Población por año de pacientes que acuden a urgencias con un motivo psiquiátrico: 64.

Intervalo de confianza: 95%

Error aceptado: 10%

Fórmula:  $n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{d^2}$

---

$d^2 \times (n - 1) + Z_{\alpha/2}^2 \times p \times q$

Muestra: 39.

Los resultados obtenidos serán recabados en una base de datos en Excel, posteriormente serán analizados mediante el programa IBM SPSS Statistics 2.0. Se obtendrán de las variables evaluadas los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, de dispersión y deposición en las variables cuantitativas, así como frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas). Los valores del estudio serán contrastados según las variables de interés mediante pruebas de hipótesis para medias y proporciones, según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la búsqueda de asociación y correlación se realizará mediante Chi<sup>2</sup> y Correlación de Pearson o Spearman (según distribución) respectivamente.

## **9. Consideraciones éticas**

Se pretende la exención del consentimiento informado debido a que no se busca una intervención de riesgo de la población. Corresponde a un estudio de análisis de datos obtenidos de la carpeta del protocolo maestro.

## **Capítulo V**

## **10. Resultados**

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de nuestra población. Se incluyeron en el estudio 43 pacientes internados en el área de Comunidad Terapéutica en nuestro hospital, de los cuales, en su mayoría corresponden al género femenino (81.4%), con una edad media de 24.5 años. La distribución del estado civil en nuestro centro de internamiento se compone por solteros (79.1%), seguido de casados (18.1%), divorciado (1%) y ningún participante en unión libre. Con respecto a la ocupación, identificamos un predominio de desempleados (39.5%), seguido de estudiantes (37%), empleados (18.6%) y con negocio propio (4.6%). La proporción de escolaridad es similar en el nivel de estudios de bachillerato y licenciatura (35%), seguido de secundaria (4.6%), siendo este último el nivel más bajo de estudios en la muestra. La mayor parte de los pacientes se identifican con la religión católica (46.5%). En el caso de la ausencia en la afiliación religiosa se encontró un 37.2% y otra religión en 16%. Los motivos de consulta reportados al momento de indicarse un internamiento fue el de intento de suicidio (22%) seguido por la identificación en el momento de la entrevista de riesgo de autoagresión (37%) y "otro" en un 12%. Casi la mitad de nuestra población señaló el antecedente de más de 1 intento de suicidio al

momento de su ingreso (49%), por otra parte, la proporción de no antecedente de suicidio y 1 intento de suicidio fue similar con una frecuencia de 25.5%.

Los datos sobre antecedentes de enfermedad médica no psiquiátrica más prevalentes de nuestra muestra corresponde a las enfermedades neurológicas en un 16.3%, seguido de enfermedades endócrinas, neumológicas y cardiovasculares con una proporción del 4.7, 4.7 y 2.2 respectivamente. Por otro lado, en cuanto antecedentes de enfermedad psiquiátrica, el grupo de trastornos depresivos (44.2%) fue el reportado con mayor prevalencia, seguido del trastorno límite de la personalidad (34.9%), trastorno afectivo bipolar (11.6%) y de manera homogénea el trastorno narcisista de la personalidad, ansiedad, TEPT y TDAH con 1% reportado (tabla 3). Para los antecedentes heredofamiliares médicos no psiquiátricos (tabla 4) nuestra muestra presenta una mayor prevalencia para la diabetes (60.5%), las enfermedades cardiovasculares (58.1%), seguido por cáncer (37.2%) y enfermedades endócrinas (27.9%). En el caso enfermedades psiquiátricas, el antecedente heredofamiliar más frecuente reportado corresponde a el TAB (46.5 %), AdS (27.9%), intento de suicidio (20.9%), trastornos psicóticos (7%), trastornos de personalidad (4.7%) y suicidio consumado (4.7%).

La tabla 5 muestra los resultados de las comparaciones realizadas con variables de interés para resultados de asociación utilizando Chi2 y Pearson. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la severidad de la ideación suicida (puntaje de la escala de ISB >10 indica severidad grave y riesgo suicida) e intentos de suicidios previos ( $p < 0.005$ ), así como en el estado civil ( $p = 0.019$ ) y ocupación ( $p = 0.045$ ). Por otro lado, no hubo diferencia estadísticamente significativa entre sexos ( $p = 0.111$ ), escolaridad ( $p = 0.396$ ) y religión ( $p = 0.680$ ).

Se comparó a las personas que puntuaron un resultado  $> 10$  (ideación suicida activa) en la escala de ISB junto con el auto reporte de la presencia o ausencia de violencia física, sexual o psicológica sin hallazgos de significancia estadística (tabla 6). Por otro lado, no se identificó una diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de ideación suicida con puntaje  $> 10$  (riesgo suicida) y el diagnóstico presuntivo al momento del ingreso a nuestra unidad ( $p = > 0.5$ ).

Los pacientes con severidad grave en la ideación suicida y el antecedente en el número de intentos de suicidio, se identificó un resultado con valor estadísticamente significativo entre los métodos de autolesión utilizados en el 1er intento  $p = < 0.001$  y 2do intento  $p = 0.003$ , no así en el 3er intento que resultó sin significancia estadística (tabla 7). No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el riesgo de presentar ideación suicida y el uso previo de los medicamentos reportados, así como en el consumo de alcohol, tabaco o sustancias psicotrópicas ilícitas (tabla 8).

En los resultados de comparación con variables no paramétricas, se identificó una significancia estadística para la edad y el número de intentos de suicidio entre los pacientes con y sin riesgo respecto al puntaje de la ideación suicida en la escala. En el caso del número de internamientos previos.

## Capítulo VI

### 11. Discusión

#### 11.1 Descripción sociodemográfica.

Nuestra población reportó una prevalencia predominante de mujeres en la unidad de internamiento (84.1%), la edad media fue de 24.5 años, con un estado civil soltero en la mayoría (79.1%), así como, estudios de bachillerato y licenciatura (35%). Con respecto a la ocupación, fue más frecuente la falta formal de actividad laboral siendo desempleados o estudiantes con un 39.5% y 37% respectivamente. El motivo de consulta más frecuente al momento del ingreso fue el intento de suicidio (51%) y casi la mitad de los participantes reportaron al menos 1 intento de suicidio previo (49%). El antecedente personal médico no psiquiátrico más frecuente corresponde a enfermedad neurológica con un 16% y en el caso de antecedentes de enfermedad médica psiquiátrica las prevalencias más frecuentes fueron el Trastorno de Depresión Mayor y el Trastorno Afectivo Bipolar con 44.2% y 34.9% respectivamente. Para los antecedentes heredofamiliares la diabetes (60.5%) e hipertensión arterial (58.1) fueron las más prevalentes como enfermedad no psiquiátrica. Por otro lado, se reportaron los trastornos depresivos (46.5%), abuso de sustancias (27.9%) e intentos de suicidio (20.9%) como los más prevalentes en familiares. La prevalencia de experiencia subjetiva de violencia física, psicológica y sexual se reportó en el 37.2%, 62.8% y 41.9% respectivamente. El tratamiento con fármacos antidepresivos se reportó en un 60.5% de la muestra, para benzodiacepinas en un 39.5%, para los estabilizadores del ánimo se reportó una prevalencia del 27.9% y para fármacos antipsicóticos un 55.8%. En cuanto al consumo de sustancias, el alcohol y tabaco fueron los más prevalentes con 55.8% y 41.9%

respectivamente. Se recabó información sobre otros tipos de toxicomanías que incluían cualquier sustancia distinta a las anteriores con un resultado de 37.2%.

Se utilizó la escala de Ideación Suicida de Beck, donde el resultado en un valor igual o mayor a 10 puntos fue la referencia para definir la severidad en la ideación y riesgo presente de intento suicida al momento de la evaluación. 24 participantes cumplieron con este riesgo, por lo que se realizaron comparaciones entre ambos grupos, aquellos sin severidad y menor riesgo de intento (puntaje < a 10) y el segundo grupo con severidad en la ideación suicida y con riesgo (puntaje > 10) con un objetivo exploratorio y descriptivo.

Para la comparación del estado civil se compacto en dos grupos, aquellos con pareja y solteros. En los resultados se observó una tendencia en el puntaje de severidad en la ideación suicida para las personas solteras, con un 95.83% comparado con apenas un 4.17% en personas que reportaron tener pareja. Esta misma tendencia se puede identificar tomando en cuenta el total de personas con pareja, donde solo 1 paciente obtuvo un puntaje igual o mayor a 10. La asociación nos dio un resultado de p, estadísticamente significativo. Por otro lado, sobre el nivel educativo, dividimos los grupos en aquellos que reportaron un nivel básico/medio superior y aquellos con un grado superior. Los resultados exploratorios no arrojaron alguna inclinación en la distribución del puntaje de la escala de Ideación Suicida de Beck y sin significancia estadística. En el caso de la ocupación, la tendencia de nuestros resultados muestra diferencias en los puntajes dependiendo de si existe o no actividad laboral o académica en el momento de la recopilación de información. Matthew K et al, en el 2008 realizaron un estudio multinacional, donde identificaron factores de riesgo para conductas suicidas. Particularmente para la ideación suicida, el sexo femenino (OR 1.4), el grupo de edad de 18 – 34 (OR 9.5), ser solteros (OR 1.3) y estudiantes (OR 2.6)

mostraron un tamaño de efecto modesto en el análisis estadístico (30). Esta información es congruente con algunos de nuestros datos, tomando en cuenta nuestro objetivo exploratorio y descriptivo para la muestra.

Con relación a la creencia religiosa, los resultados reflejan similitud en los puntajes de la escala entre los que reportaban ser creyentes, sin embargo, casi el doble de personas sin creencia religiosa tuvo un puntaje mayor a 10 en la escala. Existen estudios, donde la evidencia sugiere que las personas afiliadas a alguna religión presentan menor ideación suicida que aquellas que no lo están. Dervic y col. realizaron una serie de entrevistas en 371 pacientes hospitalizados con diagnóstico de trastorno depresivo mayor en los Estados Unidos. Encontraron que las personas no afiliadas a alguna religión mostraron puntajes más altos en la Escala de Ideación Suicida utilizada, en comparación a las personas con afiliaciones religiosas ( $p = 0.04$ ). (38). Sin bien en nuestra muestra la depresión prevalece como principal antecedente de diagnóstico, es importante considerar que la inferencia sobre la congruencia con esta literatura es limitada debido al grupo poblacional estudiado, además de las diferencias en la metodología de ambos. En otro estudio, Spencer y col. entrevistaron 700 pacientes adultos con cáncer avanzado en los Estados Unidos y reportaron que la ideación suicida era más común entre los pacientes no afiliados (10 de 34, 29,4%) que entre las personas religiosas (51 de 661, 7,7%) (39). De hecho, entre la misma afiliación a religiones se han encontrado diferencias. Un ejemplo de ello es un estudio realizado en Malacia, donde la ideación suicida mostro rangos más altos en hinduistas comparado con cristianos (40). Mas aún en un estudio realizado en Taiwán con una muestra de 4000 personas, el rango de ideación suicida fue mayor entre cristianos comparados con

budistas (41). Aun con estos datos, no se tiene claro si se debe considerar formalmente a la afiliación religiosa como un factor protector contra la ideación suicida.

En la comparación de resultados en el puntaje de la escala, no se muestra una tendencia en la diferencia de aquellas personas con un internamiento y los pacientes que reportaron dos o más. Así mismo, para los pacientes con antecedentes de suicidio medicamentoso y otros tipos de intentos no se observaron propensiones en las diferencias de puntajes. Con estos datos limitados sin el registro del nivel de letalidad en los intentos, así como el diagnóstico psiquiátrico definitivo al momento de la captura de información, especulamos exploratoriamente los efectos en la diversidad de la conducta suicida, como por ejemplo en los pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad que se relacionan con una conducta impulsiva bajo el contexto de una desregulación afecto cognitiva o bien a realizar autolesiones que se interpretan como un intento de suicidio, sin que necesariamente identificaran una ideación suicida activa o severa al momento del acto (42, 45).

De forma interesante en nuestra muestra no se encontró una significancia estadística asociada a la severidad en la ideación suicida y el antecedente de violencia física, psicológica o sexual. Un metaanálisis de 15 estudios encontró que de manera global, la exposición a maltrato durante la infancia aumenta el riesgo de presentar conductas suicidas (OR= 1.36), sin embargo, en lo particular con la categoría de ideación suicida, no encontraron un aumento asociado a la presencia de maltrato durante la infancia globalmente o por categorías (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia, negligencia emocional y negligencia física) los cuales paradójicamente aumentaron el riesgo de intento suicida (43). Así mismo, en otro metaanálisis sobre la asociación del maltrato infantil con conductas suicidas en personas de 5 a 24 años, con un total de 79 estudios y una muestra de

337 185. Los investigadores observaron que el antecedente de abuso sexual, abuso emocional y abuso general correlacionaba en que el riesgo de ideación suicida aumentaba 2.46, 1.95 y 2.36 veces respectivamente, sin embargo, la heterogeneidad en los estudios resultó alta en cada una de estas dimensiones. En ese mismo estudio realizaron un análisis con meta regresión, donde solo se demostró una asociación intensa entre el abuso sexual y la presencia de ideación suicida en personas jóvenes, no así en el caso de abuso físico e ideación suicida (44). Nuestros resultados sugieren que la severidad en la ideación suicida no se relaciona con el reporte de experiencia de violencia durante la vida, sin embargo, el análisis no está enfocado en las dimensiones, de severidad y cronicidad de la violencia, por lo que se debe de tomar con reserva dicho resultado.

Se han realizado análisis donde se determina el riesgo en la aparición y aumento en la severidad de la ideación suicida con el uso de fármacos psicoactivos, particularmente con ISRS, dicho evento es controversial, aunque la evidencia sugiere que el aumento en el riesgo de presentarlo es principalmente para adultos jóvenes menores de 25 años y adolescentes. Por el contrario, en el caso de adultos mayores, parece tener un efecto protector con el desarrollo y/o atenuación de la conducta suicida (46). Para ambos grupos con y sin severidad de la ideación suicida reportada no se encontró diferencia estadísticamente significaba con relación al tratamiento farmacológico previo y actual reportado, sin embargo, no se cuenta con la duración y dosis de cada fármaco utilizado para un análisis más profundo y que se escapa de los objetivos de este estudio. Al realizar las comparaciones para la presencia o ausencia de consumo de tabaco, alcohol u "otra sustancia adictiva" no se encontró significancia estadística. Se tiene registro claro que la presencia de abuso y consumo de las sustancias analizadas en otros estudios, así como, la

repercusión en todas las dimensiones de la conducta suicida que implica un mayor riesgo de presentarse y agravarse (47), por lo que atribuimos tales diferencias, especulando sobre el número en nuestra muestra, así como el origen de estos datos, provenientes de un auto reporte con respuesta dicotómica que no permite indagar con mayor profundidad en el análisis.

## **Capítulo VII**

### **12. Limitaciones**

Nuestro estudio cuenta con limitaciones. La primera, es el número discreto de nuestra muestra. Debido a las condiciones en el flujo de pacientes por año y los cambios tan importantes por la presencia de la pandemia del virus SAR-COV2, tuvimos que adecuar la cantidad de pacientes que se pudieron revisar del reclutamiento realizado en el estudio del que se desprende esta información. En segundo lugar, la metodología es principalmente descriptiva, lo que estrecha el poder de inferencia en las conclusiones de significancia estadística y que se ve reflejado en el contraste con otros estudios en la literatura mundial. En tercer lugar, utilizamos la escala de ideación suicida de Beck, que, si bien se encuentra validada con una alta consistencia interna, interfiere en la comparación directa de otros estudios que utilizan herramientas diferentes, específicamente destacando la Escala de Riesgo Suicida de Columbia.

## Capítulo VIII

### 13. Conclusión

A nuestro conocimiento, este estudio es el primer informe descriptivo nacional, sobre características sociodemográficas de una población de internamiento en un área de comunidad terapéutica, con un enfoque en determinar su asociación con la presencia de la severidad de ideación suicida al momento de su ingreso. Identificamos una prevalencia del sexo femenino (81.4%), con una edad media de 24.5 años, mayoritariamente solteros (79.1%) y desempleados (39.5%), con una proporción similar en el nivel de estudios de bachillerato y licenciatura (35%). Un 46% se identifican con la religión católica y su motivo principal de consulta al momento de indicarse un internamiento fue un intento de suicidio (51%) seguido por riesgo de autoagresión (37%). La mayoría de los pacientes reportaron el antecedente de más de 1 intento de suicidio al momento de su ingreso (49%). Nuestro estudio identificó una significancia estadística ( $p = < 0.005$ ) en la presencia de ideación suicida grave con riesgo de intento (puntaje de Beck  $>10$ ) en el estado civil, la ocupación y la metodología en intentos de suicidio previo. Para nuestro hospital, resulta de vital importancia comprender la población prevalente y vulnerable internada en nuestra institución, de manera que podamos desarrollar intervenciones de rehabilitación para mejorar los factores modificables de acuerdo con los resultados de este estudio. Es necesario realizar más estudios de comprensión epidemiológica en nuestro país, con distintos enfoques de observación poblacional que permitan ampliar la muestra y el poder en los efectos en los resultados para desarrollar estrategias que prioricen la prevención y detección temprana de personas vulnerables para que puedan ser apoyadas en mejorar su salud.

## Capítulo IX

### 14. Material suplementario

#### 14.1 Tabla

Tabla 1. Definición de las Conducta Suicidas.

Suicidio	Terminar con la propia vida.
Conducta suicida	Comportamientos que tienen el potencial de terminar con la propia vida.
Intento de suicidio	Atentar a la propia vida sin resultado fatal, con la intención real o inferida de morir.
Ideación suicida	Pensamiento asociado al fin de la propia vida y que puede ser activo (con un plan de por medio) o pasivo (sin planeación).
Conductas autolesivas no suicidas	Autolesiones sin intención de morir.

Tabla 2. Datos Sociodemográficos

		Frecuencia	Porcentaje
Edad		24.53 ± 8.25	
Sexo	Hombre	8	18.6
	Mujer	35	81.4
Estado Civil	Soltero	34	79.1
	Casado	8	18.6
	Divorciado	1	2.3
	Unión Libre	0	0
	Viudo	0	0
Escolaridad	Sin Escolaridad	0	0
	Primaria	0	0
	Secundaria	2	4.6
	Bachillerato	15	35
	Licenciatura	15	35
	Posgrado	1	2.3
	No especificado	10	23
Ocupación	Desempleado	17	39.5
	Estudiante	16	37
	Empleado	8	18.6
	Negocio Propio	2	4.6
Religión	Ninguna	16	37.2
	Católica	20	46.5
	Otra	7	16
Motivo de Consulta	Riesgo de autoagresión	16	37
	Intento de suicidio	22	51
	Otro	5	12
Intentos de suicidio previos	Ninguno	11	25.5
	Uno	11	25.5
	> De uno	21	49

Tabla 3. Antecedentes personales

	Frecuencia	Porcentaje
<b>APP</b>		
Neurológicos	7	16.3
Endocrinológicos	2	4.7
Cardiovasculares	1	2.3
Neumológicas	2	4.7
Reumatológicas	0	0
<b>APPPs</b>		
TAB	5	11.6
TAD	19	44.2
TLP	15	34.9
TNP	1	2.3
Ansiedad	1	2.3
TEPT	1	2.3
TDAH	1	2.3

Muestra proporcional de antecedentes personales patológicos. APP: Antecedentes Personales Patológicos, APPPS: Antecedentes Personales Patológicos Psiquiátricos, TAB: Trastornos, Afectivo Bipolar, TAD: Trastorno Afectivo Depresivo, TLP: Trastorno Límite de la Personalidad, TNP: Trastorno Narcisista de la Personalidad, TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático, TDAH: Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad.

Tabla 4. Antecedente Heredo Familiares.

	Frecuencia	Porcentaje
<b>AHF</b>		
Diabetes	26	60.5
HTA	25	58.1
EE	12	27.9
ECv	5	11.6
ER	5	11.6
EN	4	9.3
Cancer	16	37.2
TB	3	7
Asma	1	2.3
<b>AHFPS</b>		
TAD	20	46.5
TPs	2	4.7
TP	3	7
AdS	12	27.9
Suicidio consumado	2	4.7
Intentos de suicidio	9	20.9

Se reportan los resultados de prevalencia en los antecedentes heredofamiliares por sistemas y grupos de enfermedades médico-psiquiátricas. AHF: *Antecedentes heredofamiliares*, AHFPs: *Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos*, AdS: *Abuso de sustancias*, ECv: *Enfermedades cardiovasculares*, EE: *Enfermedades endocrinológicas*, EN: *Enfermedades nefrológicas*, ER: *Enfermedades reumatológicas*, HTA: *Hipertensión arterial*, TAB: *Trastorno afectivo bipolar*, TAD: *Trastorno afectivo depresivo*, TB: *Tuberculosis*, TP: *Trastornos de personalidad*, TPs: *Trastornos psicóticos*.

Tabla 5. Comparación del puntaje en la Escala de Ideación Suicida de Beck y sociodemografía.

		N=43	Puntaje la Escala de Ideación Suicida de Beck		Porcentaje		P
			Total	< 9	≥ 10	Fila (Columna)	
Estado Civil	Soltera (o)	35	12	23	34.29 (63.16)	65.71 (95.83)	0.0139*
	En una relación	8	7	1	87.5 (36.84)	12.5 (4.17)	
Escolaridad	Básico/Medio superior	17	8	9	47.06 (53.33)	52.94 (50.00)	>0.05
	Superior	16	7	9	43.75 (46.67)	56.25 (50.00)	
Ocupación	Desempleado	14	5	9	35.72 (26.32)	64.29 (37.50)	0.030*
	Estudiante	19	6	13	31.58 (31.58)	68.42 (52.17)	
	Empleado	10	8	2	80 (42.11)	20 (8.33)	
Religión	No creyente	16	6	10	37.5 (31.58)	62.5 (41.67)	>0.05
	Creyente	27	13	14	48.15 (68.42)	51.85 (58.33)	
N. De Internamientos	1	28	13	15	46.43 (68.42)	53.57 (62.50)	>0.05
	≥ 2	15	6	9	40 (31.58)	60 (37.50)	
Método del 1er intento de suicidio	Medicamentoso	19	6	13	31.58 (66.67)	68.42 (54.17)	>0.05
	Otro	14	3	11	21.43 (33.33)	78.57 (45.83)	

Tabla 6. Comparación de violencia y riesgo suicida activo.

		Puntaje < 10 n=19	Puntaje >10 n=24	Total n=43 (%)	P
Violencia Física	No especificado	0 (0.0)	1 (4.2)	1 (2.3)	>0.05
	Si	9 (47.4)	7 (29.2)	16 (37.2)	
Violencia Psicológica	No	10 (52.6)	16 (66.7)	26 (60.5)	>0.05
	No especificado	0 (0.0)	1 (4.2)	1 (2.3)	
Violencia Sexual	Si	12 (63.2)	15 (65.5)	27 (62.8)	>0.05
	No	7 (36.8)	8 (33.3)	15 (34.9)	
	No especificado	0 (0.0)	1 (4.2)	1 (2.3)	>0.05
	Si	7 (36.8)	11 (45.8)	18 (41.9)	
	No	12 (63.2)	12 (50.0)	24 (55.8)	

Comparación entre presencia o ausencia de violencia reportada por los pacientes y la presencia de riesgo e ideación suicida.

Tabla 7. Comparación de severidad en la ideación suicida.

		Puntaje <10 n=19	Puntaje >10 n=24	Total n=43 (%)	P
Antidepresivos	+	9 (47.4)	17 (70.8)	26 (60.5)	>0.05
	-	10 (52.6)	7 (29.2)	17 (39.5)	
Ansiolíticos (bezodiacepinas)	+	10 (52.6)	7 (29.2)	17 (39.5)	>0.05
	-	9 (47.4)	17 (70.8)	26 (60.5)	
Estabilizadores del Ánimo	+	5 (26.3)	7 (29.2)	12 (27.9)	>0.05
	-	14 (73.7)	17 (70.8)	31 (72.1)	
Antipsicóticos	+	12 (63.2)	12 (50.0)	24 (55.8)	>0.05
	-	7 (36.8)	12 (50.0)	19 (44.2)	
Otros	+	4 (21.1)	0 (0.0)	4 (9.3)	>0.05
	-	15 (78.9)	24 (100.0)	39 (90.7)	
Alcohol	+	9 (47.4)	15 (62.5)	24 (55.8)	>0.05
	-	10 (52.6)	9 (37.5)	19 (44.2)	
Tabaco	+	8 (42.1)	10 (41.7)	18 (41.9)	>0.05
	-	11 (57.9)	14 (58.3)	25 (58.1)	
Toxicomanías	+	8 (42.1)	8 (33.3)	16 (37.2)	>0.05
	-	11 (57.9)	16 (66.7)	27 (62.8)	

Comparación en la severidad de ideación suicida con la presencia y ausencia de farmacoterapia y consumo de sustancias

### APÉNDICE 3 Escala de Ideación suicida de Beck: EBIS

#### EBIS

Fecha..... Carrera..... Edad .....

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

#### I CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. Su deseo de vivir es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Moderado a fuerte</li><li>1. Mediano o poco (débil).</li><li>2. No tengo deseo (Inexistente).</li></ul> <p>2. Su deseo de morir es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. No tengo deseos de morir.</li><li>1. Pocos deseos de morir</li><li>2. Moderado a fuerte.</li></ul> <p>3. Sus razones para Vivir/Morir son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Vivir supera a morir.</li><li>1. Equilibrado (es igual).</li><li>2. Morir supera vivir.</li></ul> | <p>4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Ninguno (inexistente).</li><li>1. Poco (Débil).</li><li>2. Moderado a fuerte.</li></ul> <p>5. Realizar un intento de suicidio pasivo:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Tomaría precauciones para salvar su vida.</li><li>1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.</li><li>2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.</li></ul> |
|---|--|

**Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es "0" –Deje de contestar el cuestionario -**

#### II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

- |   |  |
|---|--|
| <p>6. Su duración de Pensamientos/Deseos son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.</li><li>1. Temporadas o períodos largos.</li><li>2. Duran un tiempo largo o continuo.</li></ul> <p>7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Rara vez; ocasionalmente (baja)</li><li>1. Frecuentemente pienso/deseo</li><li>2. Casi todo el tiempo pienso/deseo</li></ul> <p>8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Rechazo los pensamientos/deseos</li><li>1. Ambivalente; indiferente.</li><li>2. Aceptación de pensamientos/deseos</li></ul> <p>9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Tiene capacidad de control</li><li>1. Inseguridad de capacidad de control</li><li>2. No tiene capacidad de control</li></ul> | <p>10. Sus Razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. No lo intentaría porque algo lo detiene.</li><li>1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.</li><li>2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.</li></ul> <p>11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.</li><li>1. Combinación de 0 — 2.</li><li>2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.</li></ul> |
|---|--|

**Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa.....**

### III CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:
0. Sin considerar método o plan
  1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
  2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.
13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el Intento:
0. Método no disponible; no oportunidad.
  1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
  2. Método y oportunidad disponible.
  - 2<sup>a</sup> Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.
14. La Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el Intento:
0. No tiene el valor, o capacidad. (debilidad o asustado).
  1. No está seguro de tener valor o capacidad.
  2. Está seguro de tener valor.
15. La expectativa de anticipación de un intento real:
- 0 No
  1. Sin seguridad, sin claridad.
  2. Si.

### IV ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:
0. Ninguna preparación
  1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
  2. Completa (preparativos terminados)
17. La Nota Suicida:
0. No ha escrito nota o carta (ninguna)
  1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
  2. Nota o carta escrita (terminada)
18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio ( testamento, arreglos, o pagos, regalos):
0. No
  1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
  2. Planes realizados y arreglos finales
19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
0. Revela las ideas abiertamente.
  1. Evita o revela las ideas con reserva.
  2. Encubre, oculta o engaña y miente.
20. Intento de suicidio anteriores
0. No ha intentado
  1. Uno
  2. Más de uno

### 14.3 Encuesta sociodemográfica.

Entrevistador:

Paciente #

Fecha:

#### Datos generales

Nombre:	Edad:	Sexo:
Estado civil:	Origen:	Ciudad:
Religión:	Correo electrónico:	
Dirección:	Teléfono:	
Persona de contacto:	Teléfono:	
¿Actualmente ¿vives con tus padres?:		

Motivo de consulta:

Diagnóstico presuntivo:

#### Antecedentes personales patológicos

Enfermedades médicas	
Enfermedades psiquiátricas	
-Diagnósticos previos	
-Tiempo y lugar de diagnóstico	
-Médico tratante	
Tratamientos farmacológicos (previos y actuales):	
Intentos de suicidio:	
Internamientos:	

#### Antecedentes personales no patológicos

Alcohol:	Tatuajes:
Tabaco:	Piercings:
Toxicomanías:	Alergias:
Violencia:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Física:</li> <li>• Psicológica:</li> <li>• Sexual:</li> </ul>	

**Antecedentes heredofamiliares**

Diabetes Mellitus		Asma	
Hipertensión arterial		Enfermedades psiquiátricas (especifique):	
Enfermedades endocrinológicas		Trastornos afectivos:	
Enfermedades cardiovasculares		Trastornos psicóticos:	
Enfermedades reumáticas		Trastornos de la personalidad:	
Enfermedades nefrológicas		Trastornos por abuso de sustancias:	
Cáncer		Suicidios:	
Tuberculosis		Intentos de suicidio:	

## Capítulo X

### 15.- Referencias.

1. - OMS. (2014). Prevención del suicidio, un imperativo global: Epidemiología mundial del suicidio y de los intentos de suicidio. Organización Mundial de La Salud. <https://doi.org/10.1002/9780470774120>.
2. - Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A. M., Calati, R., Möller, H. J., Rujescu, D., & Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.013>
3. - Kawashima, Y., Yonemoto, N., Inagaki, M., & Yamada, M. (2014). Prevalence of suicide attempters in emergency departments in Japan: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.03.025>.
4. - Barratt, H., Rojas-García, A., Clarke, K., Moore, A., Whittington, C., Stockton, S., ... Raine, R. (2016). Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154449>.
5. - Hernández-Bringas, H. H., & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Poblacion*. <https://doi.org/10.1002/chem.201002441>.
6. - Centro de Información de las Naciones Unidas. (2015). Día Mundial para la Prevención del Suicidio. "ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL... DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO." <https://doi.org/10.1063/1.4769109>.

7.- INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2015. Base de datos.

<http://www.beta.inegi.org.mx/temas/salud/>.

8.- Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicide and suicidal behaviors in Mexico: Retrospective and current status | Suicidio y conductas suicidas en México: Retrospectiva y situación actual. *Salud Publica de Mexico*.

<https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000500007>.

9.- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Orozco, R., Ouéda, C., Villatoro, J., & Fleiz, C.

(2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Mental*.

10.- Mondragón, L., Borges, G., & Gutiérrez, R. (2001). La medición de la conducta suicida en México: Estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*.

11.- Medina-Mora Me, Rascon MI, Tapia R, Mariño Mc, Juárez F, Villatoro J, Caraveo J, Gomez M: Trastornos emocionales en población urbana mexicana: Resultados de un estudio nacional. *Anales. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la VII Reunión de Investigación*, 48-55, México, 1992.

12.- Okasha, A., Lotaif, F., & Sadek, A. (1981). Prevalence of suicidal feelings in a sample of non-consulting medical students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1981.tb00690.x>.

13.- González-Forteza, C., & Andrade Palos, P. (1995). LA RELACION DE LOS HIJOS CON SUS PROGENITORES Y SUS RECURSOS DE APOYO: CORRELACION CON LA SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y LA IDEACION SUICIDA EN LOS ADOLESCENTES MEXICANOS. *Salud Mental*.

14. González-Forteza C: Factores protectores y de riesgo de depresión e intentos de suicidio en adolescentes. Tesis para obtener el grado de doctora en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1996
15. GOMEZ M, CARAVEO J: Instrumentos de diagnóstico en la epidemiología psiquiátrica. Estado actual y perspectivas. *Salud Mental*, 19 (Suplemento):60-64, 1996.
16. Sánchez Loyo, L. M., García de Alba García, J. E., & Quintanilla Montoya, R. (2016). Características sociales y clínicas de personas con intento de suicidio en Guadalajara, México. *Social and Clinical Characteristics of Suicide Attempters in Guadalajara, Mexico*.
17. INEGI. Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011. 2013.
18. INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2015. Base de datos.  
<http://www.beta.inegi.org.mx/app/indicadores/?ind=6200240526#divFV6200240338#D6200240526>.
19. Córdova-Osnaya, M., & Rosales-Pérez, J. C. (2012). Confiabilidad y validez de constructo de la escala de ideación suicida de Beck en estudiantes mexicanos de educación media superior. *Alternativas En Psicología*.
- 20.- González Macip, S., Díaz Martínez, A., Ortiz León, S., González Forteza, C., & De Jesús González Núñez, J. (2000). Características psicometricas de la escala de ideacion suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de Mexico. *Salud Mental*.
- 21.- Córdova Osnaya, M., Rosales Murillo, M. D. P., Caballero Avila, R., & Rosales Pérez, J. C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2).

- 22.- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*. <http://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>.
- 23.-Steer, R. A., Kumar, G., & Beck, A. T. (1993). Self-Reported Suicidal Ideation in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.6.1096>.
- 24.-Steer, R. A., Rissmiller, D. J., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1993). Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1080/096031096334079>.
- 25.-Unni, S. K., & Mani, A. J. (1996). Suicidal ideators in the psychiatric facility of a general hospital a psychodemographic profile. *Indian Journal of Psychiatry*.
- 26.- Pinninti, N., Steer, R. A., Rissmiller, D. J., Nelson, S., & Beck, A. T. (2002). Use of the Beck Scale for Suicide Ideation with psychiatric inpatients diagnosed with schizophrenia, schizoaffective, or bipolar disorders. *Behaviour Research and Therapy*. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00002-5).
- 27.- Shah, A., Hoxey, K., & Mayadunne, V. (2000). Suicidal ideation in acutely medically ill elderly in patients: Prevalence, correlates and longitudinal stability. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(200002\)15:2<162::AID-GPS94>3.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(200002)15:2<162::AID-GPS94>3.0.CO;2-T).
- 28.- CordovaOsmaya, M., Rosales Murillo, M. del P., Rosario, C. A., & Rosales Pérez, J. C. (2007). Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos

psico socio demográficos. *Psicología Iberoamericana*.

<https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

29.- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A. M., Facio-Flores, D., & Icaza, M. E. M. M. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud Publica de Mexico*. <https://doi.org/10.1590/S003636341998000500007>

30.- Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. 2007 Jul;164(7):1035-43. doi: 10.1176/ajp.2007.164.7.1035. PMID: 17606655; PMCID: PMC3804920.

31.- Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, Stanley BH. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Oct 24;5(1):74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0. PMID: 31649257.

32.- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Bruffaerts R, Chiu WT, de Girolamo G, Gluzman S, de Graaf R, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam E, Kessler RC, Lepine JP, Levinson D, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Williams D. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008 Feb;192(2):98-105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113. PMID: 18245022; PMCID: PMC2259024.

- 33.- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry*. 2003 Nov;183:382-3. doi: 10.1192/bjp.183.5.382. PMID: 14594911.
- 34.- Borges G, Benjet C, Orozco R, Medina-Mora ME. The growth of suicide ideation, plan and attempt among young adults in the Mexico City metropolitan area. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017 Dec;26(6):635-643. doi: 10.1017/S2045796016000603. Epub 2016 Aug 15. PMID: 27523098; PMCID: PMC6999042.
- 35.- Alvarado-Esquivel C. Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Middle-Aged Women Attending a Primary Care Center: A Cross-Sectional Study in Mexico. *J Clin Med Res*. 2018 Sep;10(9):693-699. doi: 10.14740/jocmr3501w. Epub 2018 Jul 31. PMID: 30116439; PMCID: PMC6089572.
- 36.- Fresán A, Yoldi-Negrete M, Robles-García R, Tovilla-Zárate CA, Suárez-Mendoza A. Professional Adversities and Protective Factors Associated with Suicidal Ideation in Mexican Psychiatrists. *Arch Med Res*. 2019 Nov;50(8):484-489. doi: 10.1016/j.arcmed.2019.11.010. Epub 2020 Feb 1. PMID: 32018070.
- 37.- Yen S, Peters JR, Nishar S, Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Zanarini MC, McGlashan TH, Morey LC, Skodol AE. Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts: Findings From the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up. *JAMA Psychiatry*. 2021 Feb 1;78(2):187-194. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.3598. PMID: 33206138; PMCID: PMC7675214.

- 38.- Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. *Am J Psychiatry*. 2004 Dec;161(12):2303-8. doi: 10.1176/appi.ajp.161.12.2303. PMID: 15569904.
- 39.- Spencer RJ, Ray A, Pirl WF, Prigerson HG. Clinical correlates of suicidal thoughts in patients with advanced cancer. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012 Apr;20(4):327-36. doi: 10.1097/JGP.0b013e318233171a. PMID: 21989317; PMCID: PMC3258476.
- 40.- Maniam T, Chinna K, Lim CH, Kadir AB, Nurashikin I, Salina AA, Mariapun J. Suicide prevention program for at-risk groups: pointers from an epidemiological study. *Prev Med*. 2013;57 Suppl:S45-6. doi: 10.1016/j.ypmed.2013.02.022. Epub 2013 Feb 27. PMID: 23454536.
- 41.- Fang CK, Lu HC, Liu SI, Sun YW. Religious beliefs along the suicidal path in northern Taiwan. *Omega (Westport)*. 2011;63(3):255-69. doi: 10.2190/OM.63.3.d. PMID: 21928599.
- 42.- Yen S, Peters JR, Nishar S, Grilo CM, Sanislow CA, Shea MT, Zanarini MC, McGlashan TH, Morey LC, Skodol AE. Association of Borderline Personality Disorder Criteria With Suicide Attempts: Findings From the Collaborative Longitudinal Study of Personality Disorders Over 10 Years of Follow-up. *JAMA Psychiatry*. 2021 Feb 1;78(2):187-194. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.3598. PMID: 33206138; PMCID: PMC7675214.
- 43.- Liu J, Fang Y, Gong J, Cui X, Meng T, Xiao B, He Y, Shen Y, Luo X. Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2017 Oct 1;220:147-155. doi: 10.1016/j.jad.2017.03.060. Epub 2017 Mar 29. PMID: 28623759.

- 44.- Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of Childhood Maltreatment With Suicide Behaviors Among Young People: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020 Aug 3;3(8):e2012563. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.12563. PMID: 32756929; PMCID: PMC7407092.
- 45.- Paris J. Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019 May 28;55(6):223. doi: 10.3390/medicina55060223. PMID: 31142033; PMCID: PMC6632023.
- 46.- Brent DA. Antidepressants and Suicidality. *Psychiatr Clin North Am*. 2016 Sep;39(3):503-12. doi: 10.1016/j.psc.2016.04.002. Epub 2016 Jun 24. PMID: 27514302.
- 47.- Breet E, Goldstone D, Bantjes J. Substance use and suicidal ideation and behaviour in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018 Apr 24;18(1):549. doi: 10.1186/s12889-018-5425-6. PMID: 29699529; PMCID: PMC5921303.

## Capítulo XI

### 16.- Resumen Autobiográfico

El Dr. Xavier Gerardo Quiroz Perales, originario de Cd. Victoria Tamaulipas, residente actual de Monterrey Nuevo León. Se formó como Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León en la generación 2010 – 2016. Curso su servicio social como docente y administrativo en el Departamento de Anatomía Humana de la misma institución del 2016 al 2017. Realiza sus estudios de posgrado en la especialidad de psiquiatría en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León generación 2018 – 2022.

Sus áreas de interés profesional son los Trastornos de la Personalidad, Trastornos del Espectro Psicótico, Trastornos Afectivos, docencia universitaria y Psicoterapia Psicoanalítica con orientación Psicoanalítica individual y de grupo. Sus intereses personales son la música, los deportes y la cocina.