

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ”**



**“SEGUIMIENTO DE LA GRAVEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA DE
PACIENTES INTERNADOS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA”**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

POR

DR. SAMUEL ENRIQUE OLIVARES MUNDO

NOVIEMBRE 2022

**“SEGUIMIENTO DE LA GRAVEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA DE
PACIENTES INTERNADOS EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA”**

Aprobación de la tesis:



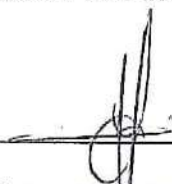
Dr. med. Carlos Augusto López Acevo

Director de tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza

Coordinador de Enseñanza



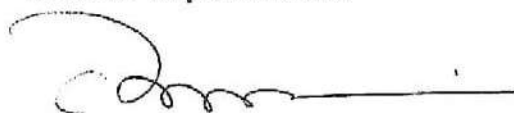
Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe

Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano

Jefe de Departamento



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

A mi Esposa, Kausalya quien me acompaño y brindo todo su apoyo en esta aventura sin la cual los ultimos cuatro años no habrian sido tan especiales y enriquecedores.

A mis padres, Samuel y Patricia, quienes siempre me han amado y motivado aun en los momentos mas dificiles, gracias por ser “suficientemente buenos” y la base segura de mi vida.

A mi director de tesis y maestro, Carlos Augusto Lopez Acevo, quien siempre ha estado ahí para escuchar, ademas gracias a su ayuda pude iniciar este viaje lleno de crecimiento y aprendizaje.

A mis profesores y supervisores, quienes a traves de sus enseñanzas mi mundo interno y externo ha cambiado sus formas y colores, con infinitas posibilidades.

A mis compañeros residentes, quienes como hermanos y hermanas a pesar de nuestras diferencias siempre fueron amables conmigo, gracias por compartir este barco y retos.

A mis pacientes, por darme la oportunidad de conocerlos, compartir y sentir a su lado, aprendi tanto de mi mismo a traves de ustedes que no tengo palabras para agradecerles.

TABLA DE CONTENIDO

1.	Resumen.....	Página 6
2.	Introducción.....	Página 7
3.	Antecedentes.....	Página 9
4.	Marco teórico.....	Página 11
5.	Hipótesis.....	Página 13
6.	Objetivos.....	Página 13
7.	Justificación.....	Página 14
8.	Material y métodos.....	Página 14
9.	Resultados.....	Página 17
10.	Discusión.....	Página 24
11.	Limitaciones.....	Página 26
12.	Conclusiones.....	Página 27
13.	Referencias bibliográficas.....	Página 28
14.	Anexos.....	Página 33
15.	Resumen autobiográfico.....	Página 37

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1. Características sociodemográficasPágina 18
2. Tabla 2. Comparacion entre los valores de la Escala de Ideacion Suicida de Beck de cada medición.Página 19
3. Tabla 3. Comparacion de valor de Beck y la presencia de intento de suicidio previo.....Página 20
4. Tabla 4. Comparacion del valor de Beck y el antecedente de internamiento psiquiatrico previo Página 20
5. Tabla 5. Comparacion del valor de Beck y el antecedente de toxicomaniasPágina 21
6. Tabla 6. Comparacion del valor de Beck y el antecedente de violencia fisica, sexual y psicologicaPágina 22
7. Tabla 7. Correlacion de ideacion suicida y el antecedente de intento de suicidio previo.....Página 22
8. Tabla 8. Correlacion de ideacion suicida y el de intento de suicidio durante el seguimiento.....Página 23

RESUMEN

En este estudio se busca como objetivo analizar la evolución de la gravedad de la ideación suicida en una muestra de pacientes durante y después de su internamiento psiquiátrico en la comunidad terapéutica, donde se harán correlaciones entre la presencia y severidad de la ideación suicida a través de la escala de ideación suicida de Beck de manera retrospectiva y transversal; además se compararan dichos resultados con las variables sociodemográficas de la misma muestra de pacientes. Los datos de la muestra y resultados de las evaluaciones serán recabados de aquellos obtenidos en el protocolo llamado “Características de la impulsividad, disregulaciones emocionales, estilos parentales y severidad de ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad terapéutica” aplicados a pacientes hospitalizados en la comunidad terapéutica del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Los valores del estudio serán contrastados mediante diferentes pruebas de hipótesis para medias, proporciones para las variables cualitativas y cuantitativas respectivamente según sea el caso; además de obtener la asociación y correlación estadística mediante los test adecuados al tipo de distribución.

Las escalas relevantes de donde se obtuvo la información para este estudio de tesis son:

- Encuesta Sociodemografica
- Cuestionario de seguimiento de ideacion suicida
- Escala de ideación suicida de Beck

INTRODUCCIÓN

El suicidio es un problema de salud pública global, en el 2012 la organización mundial de la salud (OMS) estimó cerca de 804,000 muertes al año por suicidio en todo el mundo, lo que equivale a 11.4/100,000 personas;¹ En México de acuerdo con las cifras registradas en el instituto nacional de estadística, geografía e informática (INEGI) en el 2018 hubieron 6 808 muertes por suicidio.² Se puede entender como suicidio al acto o a la instancia de un individuo de quitarse su propia vida voluntariamente e intencionadamente.³

El comportamiento suicida dentro de la literatura médica se conoce como comportamiento autoinfligido potencialmente dañino del cual hay evidencia implícita o explícita de que la persona deseaba usar la apariencia de tener la intención de suicidarse para alcanzar algún fin, o evidencia de que la persona intentaba suicidarse en algún grado indeterminado o conocido.⁴

El uso de herramientas específicas para la evaluación de riesgo suicida pueden servir para en la práctica clínica; Cuando es necesario estimar el riesgo suicida cualquiera de las siguientes características se considera como de alto riesgo, la presencia de síntomas depresivos graves con abuso de sustancias, sensación de estar en una situación de la cual no hay escape, preparativos para realizar un intento activo, mayores argumentos para realizar un intento de suicidio que para preservar la vida y antecedentes de intentos de suicidio o conductas de riesgo.⁵ La verbalización de pensamientos suicidas no es el factor de riesgo más importante, sin embargo no debe pasarse por alto.⁵

No hay una escala para valoración de ideación o tendencias suicidas que sirva como estándar de oro para el estudio y la evaluación en estos pacientes, se recomienda llegar a un acuerdo sobre cuáles son las dimensiones de la ideación y actitudes suicidas, además de la validación intercultural de las diferentes escalas para que sean aplicables en diferentes grupos étnicos y poblaciones socialmente diversas.⁶

En un estudio en realizado en Francia en la población general la prevalencia a 1 año para ideación suicida fue del 3.9%; al mismo tiempo 0.5% realizó un intento de suicidio, lo cual corresponde al 13% de los participantes con ideación suicida.⁷ En una muestra de la población general de 19 países se mostró la prevalencia durante la vida de 9.2% para ideación suicida, y de 2.7% para intento de suicidio, lo cual en esta muestra es un 29% de aquellos con ideación suicida.⁸ Se ha encontrado que los trastornos psiquiátricos son un factor de riesgo importante, en una revisión sistemática de estudios de autopsias psicológicas de suicidio se encontró que 87.3% de los 3275 casos de suicidio tenían historia de algún trastorno psiquiátrico.⁹

Se ha identificado que la aplicación de métodos de detección universal en los departamentos de emergencias tiene el potencial de mejorar la identificación de riesgo de suicidio naciente en individuos vulnerables, permitiendo posteriormente mejoras en los protocolos para la aplicación de intervenciones que ayuden a reducir el comportamiento suicida.¹⁰ En una muestra de 1640 pacientes a los que se aplicó una intervención para reducir el comportamiento suicida y seguimiento telefónico para evaluar el riesgo suicida se reportó 45% menor comportamiento suicida que el grupo control durante los 6 meses del seguimiento.¹¹

ANTECEDENTES

Es importante que las guías y protocolos para manejo de paciente suicida reflejen la evidencia actual y las mejores prácticas, es indispensable actualizar su contenido con los últimos hallazgos de investigación en prevención de suicidio y las recomendaciones de expertos;¹² Actualmente se conoce existen pocos reportes relacionados con el seguimiento de pacientes con riesgo suicida después de haber sido hospitalizados en una unidad psiquiátrica que reflejen el resultado y pronóstico de las medidas e intervenciones aplicadas en esta población de alto riesgo, además del comportamiento de la ideación suicida en grupos específicos que sean contrastadas con sus características sociodemográficas.

En un seguimiento de 6 meses realizado en 107 adolescentes que fueron hospitalizados por intento de suicidio en 5 departamentos pediátricos en Francia se encontró que 38% tuvieron recaídas de su comportamiento suicida y 14% repitieron intento de suicidio, se encontró que el trastorno depresivo mayor, puntajes depresivos mayores y puntajes altos para auto trascendencia en el inventario de carácter y temperamento se relacionaron como factor de riesgo para suicidalidad, por otra parte afrontar el trabajo duro y logros fue un factor protector en estos pacientes.¹³ En un seguimiento durante 24 meses en pacientes que realizaron un intento de suicidio se ha encontrado hasta 80% en la reducción de riesgo de repetir un intento de suicidio en aquellos que fueron asignados aleatoriamente al grupo donde se aplicó un programas de intervenciones específicas para estos pacientes de alto riesgo suicida en comparación con el grupo control.¹⁴ En un grupo de 95 veteranos que recibieron una intervención en el departamento de emergencias que

tenía como objetivo identificar las señales de alarma de una crisis suicida e identificar las estrategias de afrontamiento para manejarla, además de un seguimiento estructurado demostró aumentar la asistencia a las citas consulta externa durante los 3 meses siguientes a la intervención en comparación con los 3 meses previos de la misma.¹⁵

En un estudio descriptivo y transversal se analizaron la tendencia y el impacto de la mortalidad por suicidios en los países de Colombia y México entre los años 2000 al 2013, se encontró que en Colombia la tasa de mortalidad por suicidios disminuyó 28% en hombres y 38% en mujeres, sin embargo en el mismo periodo en México estas aumentaron si 34% en hombres y un 67% en mujeres.¹⁶

En una revisión sistemática de las estrategias de prevención de suicidio empleadas por diferentes países donde se analizó la evidencia de efectividad para las diferentes intervenciones encontradas en diferentes base de datos de 2005 al 2014 se encontró que existe evidencia insuficiente para evaluar los posibles beneficios para la prevención del suicidio de la detección en la atención primaria, en la educación pública general y en las guías de los medios. Los autores refieren que ninguna estrategia por si sola sobresale sobre las demás.¹⁷ Esto contrasta con el objetivo de nuestro protocolo donde consideramos que en base a la evidencia que hasta que no se encuentre una intervención altamente efectiva para la prevención de suicidio en la población en general y atención primaria, se deberá de entender y trabajar sobre las poblaciones en situaciones de riesgo y saber cómo se comportan en situaciones específicas especialmente después de su tratamiento durante seguimientos sistematizados y específicos.

MARCO TEÓRICO

Existe la percepción de que indagar acerca de tendencias suicidas en el contexto clínico o investigación puede incrementarlas, no se ha encontrado ningún incremento significativo en la ideación suicida entre los participantes en diferentes estudios, al contrario en algunos se han encontrado beneficios en las puntuaciones de escalas sobre comportamiento suicida, ideación suicida, estado emocional.^{18 19}

20 21 22 23

Se ha encontrado hasta ahora que los modelos de predicción de suicidio producen modelos de clasificación precisos, pero su precisión para predecir un evento futuro está cerca de 0.²⁴

Czyz and King evaluaron la ideación suicida durante la hospitalización y a los 3, 6 y 12 meses de un grupo de 372 pacientes adolescentes los cuales fueron divididos en un grupo con ideación subclínica, en otro con ideación elevada con rápida reducción en la ideación y otro con pacientes con elevada ideación crónica., siendo este último en el que se encontró mayor probabilidad de realizar un intento de suicidio; además encontraron que un alto nivel de desesperanza basal se asoció con ideación suicida persistente.²⁵

En una muestra de 436 pacientes se evaluó la efectividad del seguimiento telefónico en pacientes referidos a una unidad de emergencias psiquiátricas por intento de suicidio durante un año, en el cual se encontró que el seguimiento telefónico temprano redujo efectivamente la recidiva y parece ser el único factor protector contra intento de suicidio repetido.²⁶

En un ensayo clínico controlado aleatorizado que se realizó en Irán a 139 pacientes con historia de intentos de suicidio, los cuales fueron separados en un grupo de tratamiento usual y otro de control intervenciones breve a los cuales se les contacto en 7 ocasiones durante un periodo de 6 meses y en cada ocasiones se les aplicaron cuestionarios los cuales comportamiento e ideación suicida, animo, esperanza, motivación entre otras cosas, parte de las conclusiones de los resultados fue que estos mostraron reducción en la frecuencia del pensamiento suicida e incremento en esperanza hacia la vida en pacientes con reintentos de suicidio.²⁷

La escala de ideación suicida de Beck consiste en 19 preguntas que identifican la presencia de ideación suicida y si es identificada la severidad en las respuestas, los reactivos pueden evaluar planeación, factores disuasivos, voluntad para expresar pensamientos, en algunos estudios se recomienda utilizar los primeros 5 reactivos para escrutinio y si se poseen los reactivos 4 y 5 negativos deberá de pasarse a la pregunta 20. El puntuación puede ir de 0 a 28 y a mayor resultado se indica mayor nivel de ideación suicida.⁶

El objetivo del estudio es conocer la evolución de la gravedad de la ideación suicida de pacientes después de un internamiento psiquiátrico en la comunidad terapéutica por medio del seguimiento telefónico y la aplicación de escalas y cuestionarios correspondientes, con esta información se obtendrán los datos que servirán para ver las características de la población mexicana, a nuestro conocimiento no existen seguimientos de este tipo en población psiquiátrica en México.

HIPÓTESIS

H1: La gravedad de la ideación suicida de los pacientes internados en la comunidad terapéutica tendrá menor puntaje durante el seguimiento al mes, tres y seis meses de su egreso hospitalario comparado con su puntaje obtenido al inicio de su internamiento.

H0: La gravedad de la ideación suicida de los pacientes internados en la comunidad terapéutica tendrá igual o mayor puntaje durante el seguimiento al mes, tres y seis meses de su egreso hospitalario comparado con su puntaje obtenido al inicio de su internamiento.

OBJETIVOS

General: Describir la evolución de la gravedad de la ideación suicida desde el inicio del internamiento y durante el seguimiento a los 1, 3 y 6 meses de su egreso hospitalario.

Específicos:

1. Determinar si el sexo y la edad de los pacientes se correlacionan con la evolución de la gravedad de ideación suicida desde el inicio de su internamiento y durante el seguimiento a los 1, 3 y 6 meses de su egreso hospitalario.
2. Determinar si la presencia de ideación suicida se correlaciona el número de intentos durante el seguimiento a los 1, 3 y 6 meses de su egreso hospitalario.

JUSTIFICACIÓN

En México no existen estudios de seguimiento que evalúen la evolución de la severidad de ideación suicida en pacientes egresados de internamiento psiquiátrico, además que los reportados en la en otros países son escasos.

MATERIAL Y MÉTODO

Material: Escala de ideación suicida de Beck, Cuestionario de seguimiento de ideación suicida, encuesta sociodemográfica, programa de software Excel para base de datos y programa IBM SPSS Statistics 21 para análisis estadístico.

Método: Se utilizará la información obtenida de la encuesta sociodemográfica, escala de ideación suicida de Beck al inicio de su internamiento al igual que durante el seguimiento junto con un cuestionario de seguimiento de ideación suicida al 1, 3 y 6 meses de su egreso de la comunidad terapéutica.

- **Tipo de estudio:** Retrospectivo, Transversal, Analítico, Comparativo, No Ciego.
- **Mecanismos de confidencialidad:** La información proporcionada por los sujetos dentro del protocolo solo se manejará por los integrantes de este. Los datos obtenidos de la base de datos como encuesta sociodemográfica, escalas de ideación suicida de Beck y cuestionario de seguimiento de ideación suicida se resguardarán bajo llave.
- **Cálculo de muestra:** Población de estudio al año: 64 pacientes, un intervalo de confianza del 95% y un error máximo aceptado del 5%, más un 10% de compensación se calculó un total de muestra de 39 pacientes.

- **Criterios de inclusión:**
 - Pacientes que acepten participar en el estudio y seguimiento a través del consentimiento informado del protocolo PS19-00006.
 - Pacientes que contesten la Escala de Ideación Suicida de Beck al inicio de su internamiento y durante el seguimiento al 1, 3 y 6 meses de su egreso; y que hayan contestado el cuestionario de seguimiento de ideación suicida durante el seguimiento del protocolo PS19-00006.
- **Criterios de exclusión:**
 - Pacientes que no tengan consentimiento firmado para participar en el seguimiento en el protocolo PS19-00006.
 - Pacientes que no contesten las Escalas de ideación suicida de Beck y cuestionario de seguimiento de ideación suicida en mencionado protocolo.
- **Procedimiento de evaluación:**
 - 1.- Se obtendrán las respuestas de la base de datos del protocolo PS19-00006 de las encuestas sociodemográficas, escalas de ideación suicida de Beck y cuestionario de seguimiento de ideación suicida y se utilizarán para la realización de una base de datos.
 - 2.- Se califica el puntaje de las escalas de ideación suicida de Beck.
 - 3.- Se introduce el puntaje y respuestas en la base de datos.
 - 4.- Se analizan los datos.

- **VARIABLES:**
 - **Sexo, Edad, Intento de suicidio previo a internamiento, Internamiento psiquiátrico previo, antecedente de violencia física, sexual o psicológica:** se recolectarán en base a lo respondido en la encuesta sociodemográfica.
 - **Presencia de ideación suicida:** Se determinará que existe ideación suicida si se obtiene cualquier puntaje mayor a 0 en la escala de ideación suicida de Beck; en caso de 0 se determinará que no existe ideación suicida.
 - **Gravedad de Ideación Suicida:** se determinará acorde al puntaje obtenido en la aplicación de ideación suicida de Beck, siendo el rango teórico de puntaje de 0 a 38 puntos.
 - **Numero de intentos suicidas durante el seguimiento:** Se determinará a través de pregunta directa obtenida en el cuestionario de seguimiento de ideación suicida.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se recabarán en una base de datos en Excel y se analizarán mediante programa IBM SPSS Statistics 21. Se obtendrán de todas las variables evaluadas, los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, de dispersión y posición) para las variables cuantitativas, así como las frecuencias observadas en las variables de tipo cualitativas.

Los valores de estudio serán contrastados según los resultados obtenidos de las escalas de ideación suicida de Beck, mediante pruebas de hipótesis para medias

(T de Student, Análisis de Varianza (ANOVA) o U de Mann-Whitney según distribución) y proporciones (Z), según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la obtención de asociación y correlación estadística se realizará mediante los test de Chi2 y Pearson o Spearman (según distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.

RESULTADOS

De los 43 pacientes que fueron reclutados durante el periodo de agosto 2019 y febrero 2020 de los cuales 26 se incluyeron en este estudio ya que cumplieron los criterios de inclusion y contestaron al menos una de las encuestas telefonicas de seguimiento que incluian la escala de ideacion suicida de Beck y el cuestionario de seguimiento de ideacion suicida. Anexo 1 y 2.

De las características sociodemográficas se observó que un 84.6% (n=22) eran mujeres, la edad media de la muestra fue 23.6 años (mínima de 18 años y máxima de 53 años). Un 76.9% (n=20) reportó al menos un intento de suicidio previo al internamiento, y un 30.8% (n=8) reportó al menos un internamiento psiquiátrico previo. Además se encontró que un 46.2% (n=12) reportó antecedente de toxicomanías, y se reportó antecedente de violencia física 38.5% (n=10) sexual 46.2% (n=12) y psicológica 61.5% (n=16). Tabla 1.

Tabla 1. Características Sociodemográficas

Variable		Frecuencia (n=26)	Porcentaje (%)
Edad	Media	23.6	
Sexo	Hombres	4	15.4
	Mujeres	22	84.6
Intento de Suicidio Previo	Si	20	76.9
	No	6	23.1
Internamiento Psiquiatrico Previo	Si	8	30.8
	No	18	69.2
Toxicomanias	Si	12	46.2
	No	14	53.8
Violencia Fisica	Si	10	38.5
	No	16	61.5
Violencia Sexual	Si	12	46.2
	No	14	53.8
Violencia Psicologica	Si	16	61.5
	No	10	38.5

De los 26 pacientes incluidos, 24 completaron las 3 encuestas de seguimiento al 1, 3 y 6 meses de su egreso, solo 2 pacientes contestaron 2 de las 3 encuestas las cuales tambien fueron incluidas en el analisis estadistico. Anexo 3

Se obtuvo una media de los valores de las escalas de ideacion suicida de Beck por cada medicion (meses 0, 1, 3 y 6), los cuales al mostrar una distribucion no parametrica se utilizo la prueba U de Mann-Whitney para comparar las distintas mediciones entre si. Tabla 2.

Tabla 2. Comparacion entre los valores de la Escala de Ideacion Suicida de Beck de cada medicion

Medicion	Media
BECK 0	12.73
BECK 1	5.64
BECK 3	7.32
BECK 6	6.54
Cruce (U de Mann-Whitney)	p=0.01
BECK 1 - BECK 0	0.004
BECK 3 - BECK 0	0.011
BECK 6 - BECK 0	0.005
BECK 3 - BECK 1	0.157
BECK 6 - BECK 1	0.220
BECK 6 - BECK 3	0.569

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

Al comparar estadísticamente de los resultados obtenidos de las distintas mediciones de la gravedad de ideación suicida se obtiene una diferencia significativamente menor entre los resultados de la escala de ideación suicida de Beck de los meses 1, 3 y 6 de seguimiento comparada con el valor basal del mes 0 ($p=0.004$; $p=0.011$; $p=0.005$). No se observan diferencias significativas al comparar los seguimientos entre sí. Tabla 2.

Al comparar los valores de la escala de ideación suicida de Beck de aquellos pacientes que reportaron al menos un intento de suicidio previo al internamiento con los que no reportaron alguno, se encontró que los valores del mes 0 y 3 de seguimiento fueron significativamente mayores en aquellos pacientes que reportaron al menos un intento de suicidio previo ($p=0.001$; $p=0.033$); en los meses

de seguimiento 1 y 6 el valor fue mayor en aquellos que reportaron intento de suicidio previo sin embargo en estos casos no hubo diferencia significativa. Tabla 3.

Tabla 3. Comparacion de valor de Beck y la presencia de intento de suicidio previo

	Intento de Suicidio Previo		p
	SI	NO	
	Media	Media	
BECK 0	16	1	0.001
BECK 1	7	1	>0.05
BECK 3	9	2	0.033
BECK 6	8	2	>0.05

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

En cuanto los resultados de la comparación entre ideación suicida y el antecedente de internamiento psiquiatrico previo, no hubo diferencias significativas en los valores medios de ideacion suicida al reportar internamientos previos en ninguna de las mediciones. Tabla 4.

Tabla 4. Comparacion del valor de Beck y el antecedente de internamiento psiquiatrico previo

	Internamiento Previo		p
	SI	NO	
	Media	Media	
BECK 0	12	13	>0.05
BECK 1	5	6	>0.05
BECK 3	7	7	>0.05
BECK 6	6	7	>0.05

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

Se comparó el antecedente de toxicomanias con los valores en la escala de ideación suicida en los diferentes meses de seguimiento. Se reportó el antecedente de toxicomanias en 46.2% (n=12) de los pacientes. El valor de la escala de ideación suicida fue significativamente menor al mes 3 de seguimiento en aquellos pacientes que si reportaron toxicomanias. Tabla 1 y 5.

Tabla 5. Comparación del valor de Beck y el antecedente de toxicomanias

	Toxicomanias		p
	SI Media	NO Media	
BECK 0	12	13	>0.05
BECK 1	4	8	>0.05
BECK 3	3	10	0.02
BECK 6	5	8	>0.05

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

Se compararon los valores de la escala de Beck y el antecedente referido por los pacientes de violencia física, sexual y psicológica en las diferentes mediciones del seguimiento. Se reportó violencia física en 38.5%, sexual 46.2% y psicológica en 61.5% de los pacientes. No se encontraron diferencias significativas al comparar los valores de Beck y el antecedente de cualquiera de los tipos de violencia en ninguna de las mediciones de ideación suicida. Tabla 1 y 6.

Existe una correlación fuerte y positiva entre el antecedente de intento de suicidio y los valores de la escala de ideación suicida, pudiendo determinar que en el mes 0 el antecedente de intento de suicidio 59.3% de los pacientes tendrían una mayor puntaje en gravedad de ideación suicida al reportar un intento de suicidio

previo, del mismo modo en el mes 3 de seguimiento el puntaje sería mayor en 40.5% de los pacientes. Tabla 7.

Tabla 6. Comparación del valor de Beck y el antecedente de violencia física, sexual y psicológica

	FISICA			SEXUAL			PSICOLOGICA		
	no	si	p	no	si	p	no	si	p
	Media	Media		Media	Media		Media	Media	
BECK 0	13	12	<0.05	10	16	<0.05	8	16	<0.05
BECK 1	6	6	<0.05	4	8	<0.05	6	6	<0.05
BECK 3	7	7	<0.05	5	9	<0.05	7	7	<0.05
BECK 6	8	4	<0.05	7	7	<0.05	7	6	<0.05

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

Tabla 7. Correlación de ideación suicida y el antecedente de intento de suicidio previo		
Correlación de Spearman		Intento de Suicidio Previo
BECK 0	Rho	0.593
	p	0.001
	N	26
BECK 1	Rho	0.353
	p	0.083
	N	25
BECK 3	Rho	0.405
	p	0.045
	N	25
BECK 6	Rho	0.327
	p	0.103
	N	26
Beck, Escala de ideación suicida de Beck		

Al comparar los valores de la escala de Beck de aquellos pacientes que reportaron al menos un intento de suicidio durante el seguimiento con aquellos que no realizaron intentos durante el seguimiento se encontro que existe una correlacion positiva entre un mayor valor en la escala de Beck al mes 0 en 52.4% de los pacientes que reportaron al menos un intento de suicidio durante el seguimiento. Del mismo modo se encontraron correlaciones positivas en los meses 1, 3 y 6 de seguimiento. Tabla 8.

Tabla 8. Correlacion de ideacion suicida y el de intento de suicidio durante el seguimiento		
Correlación de Spearman		Intento de Suicidio Durante el Seguimiento
BECK 0	Rho	0.524
	p	0.006
	N	26
BECK 1	Rho	0.298
	p	0.148
	N	25
BECK 3	Rho	0.340
	p	0.096
	N	25
BECK 6	Rho	0.259
	p	0.201
	N	26
Beck, Escala de ideación suicida de Beck		

DISCUSIÓN

Se ha encontrado que el riesgo de suicidio varía según el tipo de población estudiada, por lo que consideramos de vital importancia determinar las características de nuestra población y su comportamiento ya que no se encontraron estudios de seguimiento que evalúen ideación suicida en población psiquiátrica en México. Un metaanálisis reportó un riesgo mayor de suicidio completado para aquellos que habían expresado ideación suicida que aquellos que no, siendo mucho mayor en población no psiquiátrica (risk ratio de 8.00 95% CI 5.46–11.7),) que en población con trastornos afectivos (risk ratio de 2.35, 95% (CI) 1.43–3.87)); sin embargo el riesgo de suicidio durante el primer año de seguimiento fue mayor en participantes psiquiátricos (risk 1.40%, 95% CI 0.74–2.64 que en participantes no psiquiátricos (risk 0.23%, 95% CI 0.10–0.54) (28).

Nuestro estudio mostró una reducción significativa de la gravedad de ideación suicida durante las distintas mediciones del seguimiento comparado con ideación suicida al inicio del internamiento, lo cual concuerda con nuestra hipótesis en la cual se esperaba una gravedad menor posterior al egreso comparado con la medición basal.

Un seguimiento en el que se evaluó la suicidalidad en participantes femeninas ambulatorias con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad cada 4 meses durante 2 años en los cuales los primeros 12 meses las pacientes tuvieron tratamiento con psicoterapia encontró una reducción constante en la suicidalidad; además al evaluar los cambios en las mediciones al inicio y final de las sesiones de seguimiento los cambios en la suicidalidad fueron menos significativos en las

ultimas etapas del seguimiento, hubo un aumento significativo de la suicidadlidad en la cuarta medicion (correspondiente al mes 12) en la mayoria de las participantes posiblemente debido a que se relacionaba con el termino de la psicoterapia pero durante todo el estudio mantuvo una tendencia constante a la reduccion (29).

Esto puede compararse con los resultados de nuestro estudio donde la mayoria de participantes fueron mujeres (85%), 38.5% de los sujetos presentaban diagnostico de un trastorno de personalidad y la ideacion suicida se mantuvo disminuida posterior al periodo de intervencion, sin embargo en contraste en nuestro estudio la ideacion suicida fue mayor en los meses 3 y 6 en comparacion al mes 1, aunque dicho aumento no fue significativo y continuaba siendo significativamente menor al basal.

En un seguimieinto al año de 66 pacientes hospitalizados reporto que 18.2% realizaron al menos un intento de suicidio durante los 12 meses de seguimiento siendo los primeros 5 meses posteriores al alta hospitalaria el periodo de mayor riesgo, ademas encontraron que una hospitalizacion psiquiatrica previa, intento de suicidio previo, historia de dependencia de alcohol, abuso de sustancias, severidad de ideacion suicida y severidad subjetiva de depresion basales fueron asociadas de manera significativa a intento de suicidio (30). Por otra parte Un estudio longitudinal de 30,384 veteranos internados en programas intensivos especializados para trastorno de estrés postraumatico se encontro que un 10.4% de los pacientes habian tenido un intento de suicidio durante los 4 meses previos al internamiento y 3.4% durante los 4 meses posteriores al alta; los cambios clinicos asociados

significativamente a los intentos de suicidios posteriores al alta fueron un incremento de pensamientos suicidas, comportamiento violento y uso de alcohol (31).

Dentro de los 6 meses de seguimiento posterior al alta hospitalaria 4 pacientes realizaron al menos un intento de suicidio, en relacion a esto en nuestro analisis se encontro una asociacion significativa la cantidad de intentos de suicidio previo y el intento de suicidio durante el seguimiento, por otro lado el valor de beck no fue significativamente diferente en estos pacientes en ninguna de las mediciones comparados con aqueelos que no reportaron intento de suicidio durante el seguimiento.

LIMITACIONES

Los resultados presentados en este trabajo deberan de ser interpretados considerando varias limitaciones que nos parecieron relevantes. Por una parte el tamaño de la muestra es discreta, ya que debido al la reduccion en el numero de hospitalizaciones durante la pandemia SARS-COV así como duarante el inicio de la misma el reclutamiento se detuvo para procurar el cumplimiento de de las medidas sanitarias para evitar contagios.

El lector debera de tener en cuenta que los resultados obtenidos durante el seguimiento suicida están basados en información obtenida de forma transversal y descriptiva donde a pesar de haber intervenciones que pudieron influir en los datos obtenidos, el objetivo era poder ver el comportamiento en la poblacion descrita ya que no hay datos con los cuales comparar futuras intervenciones, recomendamos un estudio longitudinal para observación y medir el impacto de las diferentes intervenciones (psicoterapia, farmacológico, intervenciones de seguimiento)

comparando con un grupo control y contrastar con esos hallazgos con nuestras observaciones.

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos parecen sugerir que un internamiento psiquiátrico pudiera ser una intervención que disminuye la gravedad de la ideación suicida de manera significativa y sostenida durante los 6 meses posteriores al alta hospitalaria.

El antecedente de intento de suicidio previo se asocia de manera significativa con una gravedad de ideación suicida mayor al inicio del internamiento y al mes 3 de seguimiento.

Una mayor gravedad de ideación suicida al inicio del internamiento pudiera ser un predictor de intento de suicidio al alta por lo cual se considera mayor investigación en esta área para definir si este grupo y cuáles de sus características representan un mayor riesgo de intento de suicidio, así como para elaborar las recomendaciones necesarias para su prevención.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. 2014.
2. INEGI. Comunicado de prensa 538/19. Características de las defunciones registradas. 2019.
3. DeBastiani S, De Santis JP. Suicide Lethality: A Concept Analysis. *Issues Ment Health Nurs.* 2018;39(2):117-125. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1364812>.
4. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life-Threatening Behav.* 2007;37(3):264-277. doi:10.1521/suli.2007.37.3.264.
5. Jarema M. Are we able to evaluate suicide risk? *Psychiatr Pol.* 2018;52(1):7-19. doi:10.12740/PP/74161.
6. Ghasemi P, Shaghaghi A, Allahverdipour H. Measurement Scales of Suicidal Ideation and Attitudes: A Systematic Review Article. *Heal Promot Perspect.* 2015;5(3):156-168. doi:10.15171/hpp.2015.019.
7. Husky MM, Guignard R, Beck F, Michel G. Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *J Affect Disord.* 2013;151(3):1059-1065. doi:10.1016/j.jad.2013.08.035.
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry.* 2008;192(2):98-105. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113.
9. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275

- suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:1-11. doi:10.1186/1471-244X-4-37.
10. Reshetukha TR, Alavi N, Prost E, et al. Improving suicide risk assessment in the emergency department through physician education and a suicide risk assessment prompt. *Gen Hosp Psychiatry*. 2018;52:34-40. doi:10.1016/j.genhosppsy.2018.03.001.
 11. Stanley B, Brown GK, Brenner LA, et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(9):894-900. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1776.
 12. Ross AM, Kelly CM, Jorm AF. Re-development of mental health first aid guidelines for suicidal ideation and behaviour: A delphi study. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):1-11. doi:10.1186/s12888-014-0241-8.
 13. Consoli A, Cohen D, Bodeau N, et al. Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2):S27-S36.
 14. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med*. 2016;13(3):1-21. doi:10.1371/journal.pmed.1001968.
 15. Stanley B, Brown GK, Currier GW, Lyons C, Chesin M, Knox KL. Brief intervention and follow-up for suicidal patients with repeat emergency department visits enhances treatment engagement. *Am J Public Health*.

- 2015;105(8):1570-1572. doi:10.2105/AJPH.2015.302656.
16. Dávila CA, Pardo AM. Mortalidad por suicidios en Colombia y México: Tendencias e impacto entre 2000 y 2013. *Biomedica*. 2016;36(3):415-422. doi:10.7705/biomedica.v36i3.3224.
 17. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-659. doi:10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
 18. King R, Nurcombe B, Bickman L, Hides L, Reid W. Telephone Counselling for Adolescent Suicide Prevention: Changes in Suicidality and Mental State from Beginning to End of a Counselling Session. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2003;33(4):400-411. doi:10.1521/suli.33.4.400.25235.
 19. Lang M, Uttaro T, Caine E, Carpinello S, Felton C. Implementing routine suicide risk screening for psychiatric outpatients with serious mental disorders: II. Quantitative results. *Arch Suicide Res*. 2009;13(2):169-177. doi:10.1080/13811110902835106.
 20. Dazzi T, Gribble R, Wessely S, Fear NT. Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychol Med*. 2014;44(16):3361-3363. doi:10.1017/S0033291714001299.
 21. Reynolds SK, Lindenboim N, Comtois KA, Murray A, Linehan MM. Risky Assessments: Participant Suicidality and Distress Associated with Research Assessments in a Treatment Study of Suicidal Behavior. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2006;36(1):19-34. doi:10.1521/suli.2006.36.1.19.
 22. Wu CY, Chang CK, Hayes RD, Broadbent M, Hotopf M, Stewart R. Clinical risk assessment rating and all-cause mortality in secondary mental healthcare:

The South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLAM BRC) Case Register. *Psychol Med.* 2012;42(8):1581-1590. doi:10.1017/S0033291711002698.

23. Biddle L, Cooper J, Owen-Smith A, et al. Qualitative interviewing with vulnerable populations: Individuals' experiences of participating in suicide and self-harm based research. *J Affect Disord.* 2013;145(3):356-362. doi:10.1016/j.jad.2012.08.024.
24. Belsher BE, Smolenski DJ, Pruitt LD, et al. Prediction models for suicide attempts and deaths: A systematic review and simulation. *JAMA Psychiatry.* 2019;76(6):642-651. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0174.
25. E.K. Czyz, M.S; C.A. King PD. Longitudinal Trajectories of Suicidal Ideation and Subsequent Suicide Attempts among Adolescent Inpatients. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2015;44:181-193. doi:10.1038/jid.2014.371.
26. Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, et al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: A controlled study. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):1-6. doi:10.1186/s12888-017-1258-6.
27. Mousavi S, Zohreh R, Sharbafchi M, Ebrahimi A, Maracy M. The efficacy of telephonic follow up in prevention of suicidal reattempt in patients with suicide attempt history. *Adv Biomed Res.* 2014;3(1):198. doi:10.4103/2277-9175.142043.
28. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, Stijnen T, van Duijn E, van der Mast RC, Dekkers OM, Giltay EJ. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: a meta-analysis.

Epidemiol Psychiatr Sci. 2018 Apr;27(2):186-198. doi: 10.1017/S2045796016001049. Epub 2016 Dec 19. PMID: 27989254; PMCID: PMC6998965.

29. Reynolds SK, Lindenboim N, Comtois KA, Murray A, Linehan MM. Risky assessments: participant suicidality and distress associated with research assessments in a treatment study of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav.* 2006 Feb;36(1):19-34. doi: 10.1521/suli.2006.36.1.19. PMID: 16676622.
30. Chan LF, Shamsul AS, Maniam T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: a 12-month prospective study among patients with depressive disorders. *Psychiatry Res.* 2014 Dec 30;220(3):867-73. doi: 10.1016/j.psychres.2014.08.055. Epub 2014 Sep 6. PMID: 25240940.
31. Stefanovics EA, Rosenheck RA. Predictors of Post-Discharge Suicide Attempt Among Veterans Receiving Specialized Intensive Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2019 Aug 13;80(5):19m12745. doi: 10.4088/JCP.19m12745. PMID: 31412170.

ANEXO 1. Escala de ideación suicida de Beck.

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">0. Moderado a fuerte1. Mediano o poco (débil).2. No tengo deseo (Inexistente). <p>2. Su deseo de morir es:</p> <ul style="list-style-type: none">0. No tengo deseos de morir.1. Pocos deseos de morir2. Moderado a fuerte. <p>3. Sus razones para Vivir/Morir son:</p> <ul style="list-style-type: none">0. Vivir supera a morir.1. Equilibrado (es igual).2. Morir supera vivir. | <p>4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:</p> <ul style="list-style-type: none">0. Ninguno (inexistente).1. Poco (Débil).2. Moderado a fuerte. <p>5. Realizar un intento de suicidio pasivo:</p> <ul style="list-style-type: none">0. Tomaría precauciones para salvar su vida.1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida. |
|---|--|

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">0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.1. Temporadas o períodos largos.2. Duran un tiempo largo o continuo. <p>7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:</p> <ul style="list-style-type: none">0. Rara vez; ocasionalmente (baja)1. Frecuentemente pienso/deseo2. Casi todo el tiempo pienso/deseo <p>8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:</p> <ul style="list-style-type: none">0. Rechazo los pensamientos/deseos1. Ambivalente; indiferente.2. Aceptación de pensamientos/deseos <p>9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none">0. Tiene capacidad de control1. Inseguridad de capacidad de control2. No tiene capacidad de control | <p>10. Sus Razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar):</p> <ul style="list-style-type: none">0. No lo intentaría porque algo lo detiene.1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen. <p>11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:</p> <ul style="list-style-type: none">0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.1. Combinación de 0 — 2.2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas. |
|---|--|

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^º 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

ANEXO 2.

Cuestionario de Seguimiento de Ideación Suicida

INICIALES/REGISTRO:

CUESTIONARIO N°:

FECHA:

A continuación se le harán una serie de preguntas, escuche atentamente y elija la respuesta que mejor lo describa.

1. ¿Desde la última evaluación ha tenido ideas acerca de realizar suicidio (intentar atentar/quitarse/terminar su vida)? Seleccione del 1-5, siendo 1-nunca y 5-siempre.
 - 1) Nunca.
 - 2) Pocas veces
 - 3) Algunas veces.
 - 4) Casi siempre
 - 5) Siempre/todos los días.

2. ¿Desde la última evaluación ha realizado algún intento de suicidio (haber intentado atentar/quitarse/terminar su vida)?
 - 1) Si N° de veces:
 - 2) No

3. Respecto a su apego al tratamiento al salir de su internamiento en psiquiatría (medicamentos o psicoterapia) seleccione una de las siguientes opciones.
 - A. Continúo con mi tratamiento de la manera indicada por mi médico.
 - B. No soy consistente con mi tratamiento. (no acudo a mis citas, no sigo indicaciones médicas, no tomo mi medicamento de manera adecuada).
 - C. He abandonado mi tratamiento.

4. Este seguimiento no tiene como objetivo ser de apoyo ni ser parte de su tratamiento, sin embargo que tanto considerara usted que le ha ayudado.
 - A. Nada/no me ha ayudado.
 - B. Me ha ayudado un poco.
 - C. Me ha ayudado mucho.

ANEXO 3.

RESULTADOS DE SEGUIMIENTO TELEFONICO						
PACIENTE	EDAD	SEXO	BECK 0	BECK 1	BECK 3	BECK 6
1	18	MUJER	0	3	8	10
2	25	MUJER	1	2	0	1
3	24	HOMBRE	0	0	0	0
4	24	MUJER	25	1	1	0
5	18	MUJER	20	9	11	14
6	28	MUJER	23	15	15	18
7	20	HOMBRE	27	3	10	11
8	18	MUJER	19	NR	6	7
9	23	MUJER	1	6	11	13
10	21	MUJER	17	23	25	19
11	22	MUJER	1	0	6	0
12	23	MUJER	23	0	1	7
13	18	MUJER	24	0	0	0
14	21	HOMBRE	4	0	0	0
15	23	MUJER	0	0	0	0
16	18	MUJER	28	14	10	8
17	20	MUJER	23	14	3	14
18	30	MUJER	0	0	0	1
19	27	MUJER	2	2	1	2
20	19	MUJER	28	1	15	8
21	29	MUJER	0	0	NR	0
22	53	MUJER	1	0	0	0
23	20	MUJER	19	15	24	0
24	29	HOMBRE	0	0	0	0
25	20	MUJER	21	17	9	16
26	25	MUJER	24	19	19	22

NR: no respondió

Beck, Escala de ideación suicida de Beck

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Originario de Monterrey, Nuevo Leon. Con educación básica en Escuela Capitan Emilio Carranza en Los Cabos, BCS. Educación Secundaria en Técnica # 14 en Los Cabos, BCS. Educación media superior en Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica en Los Cabos, BCS. Egresado de educación superior de la licenciatura en Medicina de la facultad de ciencias de la salud unidad valle las palmas de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC). Internado médico de pregrado con sede en Dorrington Medical Associates Houston TX, USA. Servicio social de la carrera realizado clínica ISSSTECALI palmas, Tijuana, BC. Continuó estudios de posgrado en la especialidad de psiquiatría en el departamento de psiquiatría del Hospital Universitario “Jose Eleuterio Gonzalez” de la Universidad Autónoma de Nuevo Leon (UANL).