

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA



**“GRAVEDAD DE IDEACIÓN SUICIDA DE PACIENTES INTERNADOS EN LA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA:
SEGUIMIENTO A 12 MESES”**

PS21-00006

POR

DRA. ADRIANA CÁZARES FLORES

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

NOVIEMBRE, 2023

**“GRAVEDAD DE IDEACIÓN SUICIDA DE PACIENTES INTERNADOS EN LA
COMUNIDAD TERAPÉUTICA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA:
SEGUIMIENTO A 12 MESES”**

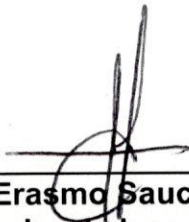
Aprobación de la tesis:



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



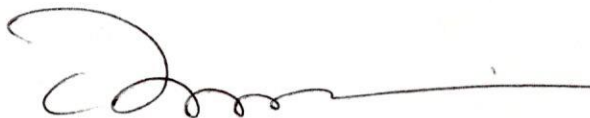
**Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza**



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



**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe de Departamento y Co-director de Tesis**



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

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mi familia, durante estos largos años han estado para mí en cada paso que doy, escuchándome y motivándome en tiempos difíciles. Gracias, por ustedes estoy aquí.

A mis maestros, quienes se han esforzado en todo momento en transmitir sus experiencias y, al mismo tiempo, enseñarnos humanismo.

A mis pacientes, nada de esto sería posible si no existiera su deseo de sentirse mejor y de pedir ayuda; su receptividad y confianza son muy valiosos para mí.

A mis amigos, quienes ayudaron a aminorar la carga de la residencia, y con cada risa y palabra me hacían sentir que nunca estuve sola.

A mi pareja, que tal vez llegó al final de este proceso, pero en el tiempo vivido nunca faltó una palabra de cariño y seguridad de que podía lograrlo.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|-------------------------------------|----|
| Abreviaturas..... | 6 |
| Capítulo I | |
| Resumen..... | 7 |
| Capítulo II | |
| Introducción..... | 8 |
| Marco teórico..... | 11 |
| Antecedentes..... | 12 |
| Capítulo III | |
| Planteamiento del problema..... | 15 |
| Hipótesis..... | 15 |
| Objetivos..... | 16 |
| General..... | 16 |
| Específicos..... | 16 |
| Justificación..... | 16 |
| Capítulo IV | |
| Metodología..... | 17 |
| Tipo de estudio..... | 17 |
| Participantes..... | 17 |
| Método..... | 17 |
| Instrumento..... | 17 |
| Criterios de inclusión..... | 18 |
| Criterios de exclusión..... | 18 |
| Mecanismos de confidencialidad..... | 19 |
| Procedimiento de evaluación..... | 19 |
| Plan de análisis estadístico..... | 20 |
| Consideraciones éticas..... | 21 |
| Capítulo V | |
| Resultados..... | 22 |
| Capítulo VI | |
| Discusión..... | 32 |
| Conclusiones..... | 36 |
| Limitaciones..... | 37 |
| Capítulo VII | |
| Referencias..... | 38 |
| Capítulo VIII | |
| Apéndices..... | 43 |
| Anexo 1..... | 43 |
| Anexo 2..... | 45 |
| Anexo 3..... | 46 |
| Capítulo IX | |
| Resumen autobiográfico..... | 47 |

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1..... Página 23
- Tabla 2..... Página 26
- Tabla 3..... Página 28
- Tabla 4..... Página 29
- Tabla 5..... Página 31

LISTA DE ABREVIATURAS

CDC: Centro para el Control y Prevención de Enfermedades.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

LGBT: Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (comunidad).

EBIS: Escala de Ideación Suicida de Beck.

CSIS: Cuestionario de Seguimiento de Ideación Suicida.

CAPÍTULO I

Resumen

En el presente estudio se buscó 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 mediante la recolección de datos del protocolo titulado "Características de la impulsividad, disregulaciones emocionales, estilos parentales y severidad de ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad terapéutica" con registro PS19-00006. Este estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y transversal, tuvo el objetivo de buscar correlaciones entre la presencia y severidad de la ideación suicida a través de la Escala de ideación suicida de Beck, el número de intentos suicidas, y la adherencia y el tipo de tratamiento durante el seguimiento hasta un año del egreso hospitalario. Se encontró que la gravedad de ideación suicida disminuyó a los 12 meses del alta médica en comparación con el inicio del internamiento. También se encontró una mayor incidencia de intentos suicidas nuevos entre el primer y tercer mes del seguimiento, con posterior disminución en los meses siguientes. No se encontraron diferencias significativas entre los tipos de tratamiento y la gravedad de la ideación suicida ni los intentos suicidas. Se concluye que el internamiento psiquiátrico podría ser de beneficio para reducir la conducta suicida.

CAPÍTULO II

Introducción

Según la CDC, el suicidio es definido como la muerte causada por autolesiones realizadas con la intención de morir.¹ En base a estadísticas de la OMS, más de 700,000 personas en el mundo mueren por suicidio cada año,² por lo cual, según la INEGI, en México el suicidio fue la tercera causa de muerte en individuos de 10 a 24 años de edad en el año 2021.³ Aunado a esto, por cada suicidio consumado, existen al menos 20 intentos suicidas,⁴ los cuales son descritos como autolesiones realizadas con la intención de terminar con su vida, sin tener como resultado la muerte. Un intento suicida previo es el factor de riesgo único más importante para el suicidio en la población general.²

Las tasas de suicidio han aumentado aproximadamente un 30% del 2000 al 2018,¹ y más del 77% de los suicidios ocurridos en el 2019 fueron en países de ingresos bajos y medianos.² En México, el INEGI reporta un aumento significativo de casos, pues en el 2021 se observaron 8,447 suicidios consumados, mientras que en el 2019 se observaron 7,223. Además, la tasa fue más alta en jóvenes de 18 a 29 años, y más frecuente en el género masculino. Entre estados, se reportó que Chihuahua tuvo la mayor cantidad de casos de suicidio, mientras que Guerrero tuvo la más baja del país.⁴

Según la OMS, es posible prevenir los suicidio adoptando medidas a nivel de la población, de algunos grupos poblacionales y del individuo. Dentro de sus

guías, se recomienda 1) restringir el acceso a los medios que pudieran ser utilizados para suicidarse (p. ej. armas de fuego), 2) educar a los medios de comunicación con la finalidad de que se informe con responsabilidad sobre el suicidio, 3) desarrollar en adolescentes aptitudes socioemocionales, y 4) detectar a tiempo, evaluar y tratar a todas las personas que muestren conductas suicidas, además de hacerles un seguimiento.²

Entre los factores de riesgo más importantes para el suicidio, se encuentra un historial de intentos suicidas previo, padecer una enfermedad mental, padecer dolor crónico, un historial familiar de enfermedades mentales y/o de suicidio, consumo de sustancias, y pertenecer a grupos de alta vulnerabilidad (comunidad LGBT, antecedentes de abuso, entre otros).⁵

Algunos de los obstáculos a los que nos enfrentamos como población, además de los tabús y la estigmatización del suicidio, es la disponibilidad y la calidad de los datos que tenemos sobre el suicidio y sobre los intentos de suicidio. Con el objetivo de prevenir de manera eficaz el suicidio, es preciso que se intensifique la vigilancia, así como hacer un seguimiento de los casos consumados y de los intentos de suicidio.²

La ideación suicida, por su parte, es definida como pensamientos respecto a terminar con la vida de uno mismo, estos pensamientos pueden incluir un plan.⁶ La OMS condujo encuestas en 21 países (más de 100,000 personas) y encontró que la prevalencia de 12 meses de ideación suicida fue de aproximadamente el 2%, y la prevalencia de por vida fue del 9%.⁷ Otros datos recabados incluyeron:

una probabilidad del 30% de realizar un intento suicida en individuos con historial de ideación suicida de por vida, una probabilidad del 55% de realizar un intento suicida en individuos con historial de ideación suicida de por vida y un plan, y, consistentemente en los países, las transiciones de ideación suicida a plan suicida, y de plan suicida a intento suicida, ocurrieron en el primer año desde que inició la ideación suicida.⁸

El primer paso para evaluar el riesgo suicida es determinar la presencia de ideación suicida, incluyendo su contenido y su duración. Asimismo, la ideación puede ser dividida en ideación suicida activa e ideación suicida pasiva. La primera incluye pensamientos de tomar acción para terminar con su vida (p. ej. “me quiero matar”), mientras que la pasiva incluye deseos o esperanzas de que la muerte llegue al individuo (p. ej. “desearía ir a dormir y no despertar nunca más”).

El manejo del individuo suicida incluye la estabilización médica, reducir el riesgo inmediato y realizar el plan de tratamiento, manejar los factores subyacentes y las enfermedades psiquiátricas, monitorización y seguimiento. Existen diferentes opciones para disminuir el riesgo, como lo son la hospitalización psiquiátrica, el programa de hospital de día, y el manejo ambulatorio. Algunos de los factores que denotan un riesgo suicida elevado y, por consiguiente, la necesidad de una hospitalización, son: un intento suicida realizado por un método letal, un intento suicida que incluyó pasos para evitar su

descubrimiento, ideación suicida que permanece, falta de alternativas para una adecuada monitorización y tratamiento, y falta de red de apoyo.⁹

Los individuos en riesgo deben mantener un seguimiento de forma regular. El riesgo de suicidio está aumentado en los primeros días y semanas luego del egreso de una hospitalización psiquiátrica, y más de un tercio de los suicidios consumados en el primer año del egreso ocurren en el primer mes.¹⁰ Los individuos también están en riesgo de no mantener la adherencia a la farmacoterapia luego del egreso, con un consecuente aumento en el riesgo suicida. Además, un estudio observacional encontró que el alcance asertivo de la comunidad a los pacientes que no cumplen con los medicamentos o las citas se asoció con una disminución de las tasas de suicidio, volviendo fundamental el seguimiento mediante diferentes métodos.¹¹

Marco teórico

En una encuesta transversal de prevalencia en México realizada en el periodo del 2001-2003, con un total de 5,782 entrevistados en edades de 18-65 años: 8.3% reportó haber tenido alguna vez en su vida ideación suicida, 3.2% haber tenido un plan y 2.8% haber tenido uno o más intentos suicidas. En los 12 meses previos a la entrevista: 2.3% reportaron ideación suicida, 1% presentó plan y 0.6% realizó un intento suicida. El porcentaje de pacientes con uno o más trastornos psiquiátricos fue de 60.9% de quienes reportaron ideación suicida, 75.6% de quienes reportaron plan y 74.6% de quienes realizaron intento suicida.

Este factor incrementa 4.8 veces el riesgo para ideación, 10.2 para plan y 9.6 para intento.¹²

En otra encuesta realizada en México, la prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7%, donde 3.8% reportaron intento de suicidio. El 10.01% de la población total de 12 a 17 años reportó ideación suicida en los últimos 12 meses, seguida de una prevalencia de 8.74% en el grupo de 18 a 29 años y de 8.39% en el grupo de 30 a 65 años. Entre los habitantes de la República mexicana, 6 601 210 tuvieron ideación suicida en los 12 meses previos a la encuesta, 918 363 mexicanos planearon suicidarse, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio.¹³

Antecedentes

Respecto al seguimiento de pacientes psiquiátricos hospitalizados, existen estudios realizados en adolescentes. Por ejemplo, una muestra de adolescentes de 12-15 años fue evaluada durante su hospitalización a los 3, 6, 9, 15 y 18 meses del egreso, en ésta se encontró un periodo de remisión de la ideación suicida entre la evaluación de base y 6 meses después del egreso, un periodo sutil de resurgimiento de ideación suicida entre los 9 y los 18 meses después del egreso y que entre un quinto y un cuarto de los pacientes realizaron un intento suicida en los 18 meses de seguimiento, la gran mayoría de ellos había realizado un intento antes de ser hospitalizados.¹⁴ De forma similar, en un estudio realizado

en Nueva York, en el que 104 adolescentes previamente hospitalizados recibieron seguimiento a los 3 y 6 meses, se encontró que 33.7% con ideación suicida leve durante hospitalización mostraron ligera mejoría después de la hospitalización, 43.3% con niveles significativos de ideación suicida disminuyó su nivel a los 3 meses y mantuvo un nivel bajo a los 6 meses, y 23.1% con niveles severos de ideación suicida mantuvieron los mismos niveles a los 6 meses.¹⁵

Asimismo, en un estudio realizado en 1993 se demostró que, de 134 pacientes en seguimiento a los 6 meses del egreso, 13 pacientes (9.7%) había realizado un intento suicida. Además, de los 48 pacientes que habían ingresado por intento suicida, 7 (15%) realizaron un nuevo intento suicida durante el seguimiento.¹⁶ Esto evidencia lo que fue mencionado previamente: el principal factor de riesgo para presentar un intento suicida es el antecedente de un intento suicida previo. Concordantemente, en otro estudio realizado en 1995 también en adolescentes, encontró que 18% de un total de 100 pacientes habían tenido algún tipo de conducta suicida en un seguimiento a 6 meses del egreso hospitalario.¹⁷ Estos estudios concluyen y sugieren que estos altos porcentajes indican un fracaso en la hospitalización para resolver las dificultades psiquiátricas y psicosociales de adolescentes, que continúan poniéndolos en riesgo.^{17 18}

En estudios más amplios, una investigación realizada con un seguimiento de 2 a 4 años posterior al egreso en adolescentes, la tendencia fue de una reducción en la ideación suicida de moderada-severa en la evaluación base (44%) a ausente-leve en la evaluación de seguimiento (20%). Además, el 30%

realizó un único intento suicida durante el seguimiento, mientras que el 27% reportó dos o más intentos suicidas. En esta muestra, 2 pacientes (1%) presentaron un suicidio consumado.¹⁸ Asimismo, un estudio en adolescentes con un seguimiento a 5 años demostró que los primeros 6 a 12 meses fueron el periodo de mayor riesgo, reportando que el 7% hizo un intento suicida en los primeros 6 meses, el 12% lo realizó en el primer año de egreso, y el 25% en los 5 años de egreso.¹⁹ Además, sugirió que una vez que los pacientes han realizado un intento suicida, pasan un límite conductual en el cual se saben capaces de hacerlo y se vuelven más propensos a intentarlo cuando existen detonantes.¹⁹

En cuanto a la adherencia al tratamiento posterior a un internamiento, no se encontró una diferencia significativa al comparar a los pacientes con buena adherencia en relación a la conducta suicida.¹⁷

Finalmente, en cuanto al contacto posterior al egreso, en una revisión sistemática y metaanálisis demostró que el contacto activo y las intervenciones de seguimiento fueron efectivas para prevenir un nuevo intento de suicidio dentro de los 6 meses de que los pacientes fueron ingresados por intento suicida. Además, concluye que el contacto activo y las intervenciones de seguimiento a 12 meses pueden reducir el riesgo de nuevo intento de suicidio.²⁰

CAPÍTULO III

Planteamiento del problema

En los últimos años se ha evidenciado un aumento en la mortalidad por suicidio a nivel mundial, volviéndose relevante el estudio de las conductas relacionadas con éste (ideación, planeación e intento suicida), pues son los precursores inmediatos del suicidio consumado. Además, las enfermedades psiquiátricas están presentes en gran parte de las muertes por suicidio, por lo cual se considera importante el seguimiento de los pacientes luego de una hospitalización psiquiátrica.

Hipótesis

La gravedad de la ideación suicida de los pacientes internados en la comunidad terapéutica tendrá menor puntaje durante el seguimiento a los nueve y doce meses de su egreso hospitalario comparado con su puntaje obtenido al inicio de su internamiento.

Objetivos

General

Obtener datos sobre la prevalencia y nivel de severidad de ideación suicida al inicio del internamiento en la comunidad terapéutica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" y a los uno, tres, seis, nueve y doce meses del egreso.

Específicos

1. Correlacionar la prevalencia de ideación suicida y la gravedad de ésta al inicio del internamiento y durante el seguimiento posterior al egreso.
2. Correlacionar la gravedad de ideación suicida y el número de intentos suicidas durante el seguimiento.
3. Correlacionar la gravedad de ideación suicida y el número de intentos suicidas con el tipo de intervenciones o tratamiento mantenido durante el seguimiento.

Justificación

En México no existen estudios que evalúen y analicen el nivel de severidad de la ideación suicida en pacientes adultos posterior al egreso de una hospitalización psiquiátrica.

CAPÍTULO IV

Metodología

Tipo de estudio

Observacional, transversal, retrospectivo, analítico, comparativo, no ciego.

Participantes

Pacientes incluidos en el protocolo maestro que durante su internamiento aceptaron participar en el estudio con un seguimiento posterior al egreso de 12 meses.

Método

Encuesta sociodemográfica (datos generales como edad, sexo, estado civil y ocupación), Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS) y Cuestionario de Seguimiento de Ideación Suicida (CSIS) obtenidos de pacientes durante la realización del protocolo maestro PS19-00006 "Características de la impulsividad, disregulaciones emocionales, estilos parentales y severidad de ideación suicida en pacientes de internamiento de la comunidad terapéutica".

Instrumento

La Escala de Ideación Suicida de Beck (EBIS) es un instrumento de tamizaje diseñado para cuantificar la recurrencia de ideas suicidas, así como

valorar la planeación y preparación para realizar un intento suicida. Esta escala consta de 19 reactivos que se aplican como una entrevista semiestructurada, cada uno de estos reactivos tiene 3 opciones, los cuales representan puntajes de 0 a 2. Para obtener resultados, se suman los puntajes de cada reactivo, con un total máximo de 38 puntos. Sin embargo, si en el reactivo 4 o 5 el puntaje es 0, entonces se termina la entrevista, en caso contrario se continúa.²¹ Al obtener un puntaje de 0 se categoriza como ausente, un puntaje menor a 10 se categoriza como leve-moderada, y un puntaje de 10 o más se clasifica como grave.

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 a los 1, 3, 6, 9 y 12 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 el protocolo mencionado.

Mecanismos de confidencialidad

La información proporcionada por los participantes dentro del protocolo maestro PS19-00006 solamente es manipulada por los integrantes de éste. Los datos obtenidos de la base de datos, tales como encuesta sociodemográfica, escalas de ideación suicida de Beck y cuestionario de seguimiento de ideación suicida se resguardan bajo llave.

Procedimiento de evaluación

1.- Se obtienen las respuestas de la base de datos 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 sobre las encuestas sociodemográficas, escalas de ideación suicida de Beck y cuestionario de seguimiento de ideación suicida, y posteriormente se utilizan para la realización de una base de datos.

2.- Se obtienen los teléfonos de contacto de cada sujeto de la base de datos del protocolo maestro PS19-00006 que aceptó el seguimiento a 12 meses de su egreso.

3.- Se les realiza a los participantes vía telefónica la pregunta adicional "¿Qué tipo de tratamiento mantuviste durante tu seguimiento a los 1, 3, 6, 9 y 12

meses?", tomando como opciones las respuestas: a) Farmacológico, b) Psicoterapéutico, c) Ambos, d) Ninguno.

4.- Se introduce el puntaje y las respuestas en la base de datos.

5.- Se analizan los datos, se determina la prevalencia de ideación suicida y las correlaciones entre variables.

Plan de análisis estadístico

Los resultados se recaban en una base de datos en Excel y se analizan mediante programa IBM SPSS Statistics 21. Se obtienen, 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 son contrastados según los resultados obtenidos de las escalas de ideación suicida de Beck, mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student 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 realiza mediante los test de Chi² y Pearson o Spearman (según distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.

Consideraciones éticas

Toda persona que cumpla con criterios de inclusión para el protocolo PS19-00006 debe firmar consentimiento informado en el cual se informe acerca del uso de sus datos para el seguimiento y aplicación de escalas correspondientes durante la duración del estudio. La base de datos, a través de dicho protocolo, se utiliza para el análisis estadístico correspondiente.

CAPÍTULO V

Resultados

La investigación se llevó a cabo en una muestra inicial de 27 pacientes, terminando únicamente con 22 personas que realizaron el seguimiento hasta los 12 meses del egreso psiquiátrico hospitalario (pérdida del 19% de los pacientes durante el seguimiento). De los 27 pacientes incluidos, 2 personas no contestaron las encuestas al mes y 3 meses, respectivamente; mientras que una persona únicamente contestó las encuestas a los 9 y 12 meses. **Anexo 3.**

En cuanto a las características sociodemográficas (**Tabla 1**), del total de 27 pacientes, el 14.8% (n=4) eran del sexo masculino y el 85.2% (n=23) eran del sexo femenino. La edad promedio de los participantes fue de 23.6 años (mínima de 18 años y máxima de 53 años), con una desviación estándar de 6.9. En cuanto al estado civil, el 85.2% de los participantes estaban solteros. Además, el 63% de ellos tenían bachillerato como su último nivel de escolaridad, y el 51.9% eran estudiantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas

| | <i>Frecuencia</i> | <i>Porcentaje</i> |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Sexo</i> | | |
| <i>Masculino</i> | 4 | 14.8 |
| <i>Femenino</i> | 23 | 85.2 |
| <i>Edad</i> | 23.6 | 6.9 |
| <i>Estado civil</i> | | |
| <i>Soltero</i> | 23 | 85.2 |
| <i>Casado</i> | 4 | 14.8 |
| <i>Escolaridad</i> | | |
| <i>Secundaria</i> | 1 | 3.7 |
| <i>Bachillerato</i> | 17 | 63.0 |
| <i>Licenciatura</i> | 5 | 18.5 |
| <i>No especificada</i> | 4 | 14.8 |
| <i>Ocupación</i> | | |
| <i>Desempleado</i> | 7 | 25.9 |
| <i>Estudiante</i> | 14 | 51.9 |
| <i>Empleado</i> | 5 | 18.5 |
| <i>Negocio propio</i> | 1 | 3.7 |
| | 27 | 100 |

Se realizaron comparaciones entre la prevalencia y la gravedad de la ideación suicida, la frecuencia de ideación suicida, los intentos suicidas, y el apego al tratamiento posterior al egreso, así como de la ayuda percibida al momento de la entrevista entre el momento cero y cada periodo de seguimiento (1, 3, 6, 9 y 12 meses) (**Tabla 2**).

Primeramente, para determinar la prevalencia de ideación suicida se utilizó el puntaje total de la EBIS. En ésta se observó que a lo largo de los diferentes meses de seguimiento, el puntaje final mostró cierta variabilidad, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (valor de $p=0.378$). La prevalencia de ideación suicida medida por esta escala demostró que, en la evaluación base durante el internamiento, el 66.6% ($n=18$) de los participantes presentaba ideación suicida, mientras que en el seguimiento, el 60% ($n=15$) presentaba ideación suicida al mes del egreso, el 68% ($n=17$) la presentaba al

tercer mes, el 61.5% (n=16) la presentaba al sexto mes, el 72.7% (n=16) la presentaba al noveno mes, y el 59% (n=13) la presentaba al doceavo mes del egreso hospitalario. En cuanto a la gravedad de ideación suicida reportada por esta misma escala, se observó que el puntaje en la categoría de ideación suicida "Grave" disminuyó progresivamente durante los primeros 6 meses (34.6%), tuvo un repunte hacia el noveno mes (54.5%), y finalmente llegó a un nivel bajo (22.7%) en el doceavo mes.

Respecto a la frecuencia de ideas de intentos de suicidio, se reportó una mayor frecuencia de respuestas en la categoría "Nunca", yendo del 44.0% (n=11) en el primer mes al 63.6% (n=14) en el doceavo mes. No se encontraron diferencias significativas a lo largo del seguimiento (valor de $p=0.492$).

En cuanto al antecedente y número de intentos suicidas, primeramente, se observó que la mayoría de los participantes, el 70.3% (n=19), tenían antecedente de algún intento de suicidio en su vida, y de éstos, el 73.6% (n=14) de los participantes había realizado más de un intento de suicidio previo al internamiento.

Asimismo, durante el primer y tercer mes se observó la mayor incidencia de intentos de suicidio (8% n=2 y 16% n=4 respectivamente), y posteriormente la incidencia disminuyó progresivamente durante los meses siguientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los diferentes meses de seguimiento (valor de $p=0.597$). También, la mayoría de los participantes no reportaron ningún intento a lo largo del estudio. Al comparar los diferentes meses

de seguimiento, no se encontraron diferencias significativas en la distribución del número de intentos (valor de $p=0.630$).

En cuanto al apego al tratamiento posterior al egreso, se observó un predominio de respuesta de encontrarse continuando el tratamiento prescrito, aunque la incidencia disminuyó progresivamente hacia el doceavo mes, presentando al primer mes un 84% ($n=21$) de adherencia y al doceavo mes un 68.1% ($n=15$). No se encontraron diferencias significativas en la distribución de las respuestas según los meses de seguimiento (valor de $p=0.353$).

Respecto a la ayuda percibida al momento de la llamada telefónica, se observó una proporción mayor de respuestas en la categoría "Ha ayudado mucho" a lo largo del seguimiento, además de que aumentó progresivamente hacia el doceavo mes, con un 72.7% ($n=16$). No se encontraron diferencias significativas en la distribución de las respuestas en los diferentes meses de seguimiento (valor de $p=0.453$).

Tabla 2. Comparaciones según el mes de seguimiento.

| | 0 mes | 1 mes | 3 meses | 6 meses | 9 meses | 12 meses | Valor de P |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| <i>Escala de Beck</i> | | | | | | | |
| <i>Ausente</i> | 9 (33.3) | 10 (40.0) | 8 (32.0) | 10 (38.4) | 6 (27.2) | 9 (40.9) | 0.378 |
| <i>Presente</i> | 18 (66.6) | 15 (60.0) | 17 (68.0) | 16 (61.5) | 16 (72.7) | 13 (59.0) | |
| <i>Leve</i> | 3 (11.1) | 8 (32.0) | 7 (28.0) | 7 (26.9) | 4 (18.1) | 8 (36.3) | |
| <i>Grave</i> | 15 (55.6) | 7 (28.0) | 10 (40.0) | 9 (34.6) | 12 (54.5) | 5 (22.7) | |
| | | | | | | | 0.492 |
| <i>Frecuencia de ideas de intentos de suicidio</i> | | | | | | | |
| <i>Nunca</i> | - | 11 (44.0) | 10 (40.0) | 11 (42.3) | 8 (36.3) | 14 (63.6) | 0.597 |
| <i>Pocas veces</i> | - | 8 (32.0) | 7 (28.0) | 9 (34.6) | 9 (40.9) | 4 (18.1) | |
| <i>Algunas veces</i> | - | 6 (24.0) | 6 (24.0) | 6 (23.0) | 2 (9.0) | 2 (9.0) | |
| <i>Casi siempre</i> | - | 0 (0.0) | 2 (8.0) | 1 (3.8) | 3 (13.6) | 2 (9.0) | |
| <i>Intentos de suicidio</i> | | | | | | | 0.630 |
| <i>Sí</i> | 19 (70.3) | 2 (8.0) | 4 (16.0) | 2 (7.6) | 1 (4.5) | 1 (4.5) | 0.630 |
| <i>No</i> | 8 (29.6) | 23 (92.0) | 21 (84.0) | 24 (92.3) | 21 (95.4) | 21 (95.4) | |
| <i>Número de intentos suicidas</i> | | | | | | | |
| <i>Ninguno</i> | 8 (29.6) | 23 (92.0) | 21 (84.0) | 24 (92.3) | 21 (95.4) | 21 (95.4) | 0.353 |
| <i>Uno</i> | 5 (18.5) | 2 (8.0) | 3 (12.0) | 2 (7.6) | 1 (4.5) | 0 (0.0) | |
| <i>Más de uno</i> | 14 (51.8) | 0 (0.0) | 1 (4.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (4.5) | |
| <i>Apego al tratamiento posterior al egreso</i> | | | | | | | |
| <i>Continuo</i> | - | 21 (84.0) | 19 (76.0) | 18 (69.2) | 16 (72.7) | 15 (68.1) | 0.453 |
| <i>Inconsistente</i> | - | 3 (12.0) | 6 (24.0) | 7 (26.9) | 2 (9.0) | 3 (13.6) | |
| <i>Abandono</i> | - | 1 (4.0) | 2 (8.0) | 1 (3.8) | 4 (18.1) | 4 (18.1) | |
| <i>Ayuda percibida de la entrevista</i> | | | | | | | |
| <i>No me ha ayudado</i> | - | 1 (4.0) | 2 (8.0) | 0 (0.0) | 1 (4.5) | 1 (4.5) | 0.453 |
| <i>Ha ayudado poco</i> | - | 13 (52.0) | 9 (36.0) | 8 (30.7) | 6 (27.2) | 5 (22.7) | |
| <i>Ha ayudado mucho</i> | - | 11 (44.0) | 14 (56.0) | 18 (69.2) | 15 (68.1) | 16 (72.7) | |

También se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney para correlacionar la gravedad de ideación suicida mediante el puntaje de la EBIS en la evaluación base y en cada período de seguimiento (**Tabla 3**).

Partiendo de la evaluación base, se observó que los puntajes presentaron una tendencia a disminuir a lo largo del tiempo, aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas en la mayoría de los casos (valores de

$p > 0.05$). Sin embargo, al llegar al periodo de 12 meses, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el puntaje inicial (valor de $p = 0.038$).

Al periodo del primer mes no se encontraron diferencias significativas en comparación con los puntajes en los meses subsiguientes (valores de $p > 0.05$). Lo mismo ocurre en el periodo de 3 meses, donde las diferencias no son estadísticamente significativas en los meses siguientes, salvo en comparación con el mes 12 ($p = 0.022$). En el periodo de 6 meses, tampoco se encuentran diferencias significativas en comparación con los puntajes de los meses posteriores (valores de $p > 0.05$). Sin embargo, al comparar el periodo de 9 meses con el periodo de 12 meses, se encuentran diferencias estadísticamente significativas (valor de $p = 0.008$).

Tabla 3. Diferencias entre los puntajes de la EBIS durante cada seguimiento.

| <i>Escala de Ideación Suicida de Beck</i> | <i>Media</i> | <i>Valor de P</i> |
|---|--------------|-------------------|
| <i>Inicial</i> | 12.78 | |
| <i>1 mes</i> | 5.64 | 0.006 |
| <i>3 meses</i> | 7.32 | 0.012 |
| <i>6 meses</i> | 6.54 | 0.009 |
| <i>9 meses</i> | 9.41 | 0.141 |
| <i>12 meses</i> | 6.09 | 0.017 |
| <i>1 mes</i> | | |
| <i>3 meses</i> | | 0.157 |
| <i>6 meses</i> | | 0.220 |
| <i>9 meses</i> | | 0.383 |
| <i>12 meses</i> | | 0.489 |
| <i>3 meses</i> | | |
| <i>6 meses</i> | | 0.569 |
| <i>9 meses</i> | | 0.887 |
| <i>12 meses</i> | | 0.038 |
| <i>6 meses</i> | | |
| <i>9 meses</i> | | 0.602 |
| <i>12 meses</i> | | 0.312 |
| <i>9 meses</i> | | |
| <i>12 meses</i> | | 0.016 |

Luego, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman (Rho), para correlacionar la gravedad de ideación suicida mediante la EBIS, y el número de intentos de suicidio en cada periodo de seguimiento (**Tabla 4**).

En ésta, se observó que durante los meses 1, 3, 6, y 12 hubo una correlación negativa baja entre la EBIS y el número de intentos de suicidio. Aunque estas correlaciones no alcanzan significancia estadística (valor de $p > 0.05$). Por otra parte, a los 9 meses de seguimiento, se encontró una correlación positiva baja entre las variables ($Rho = 0.305$), lo que indica una relación débil pero positiva entre la EBIS y el número de intentos de suicidio. Sin embargo, esta correlación tampoco alcanza significancia estadística (valor de

p=0.167). Estos resultados sugieren una relación débil o nula entre las variables analizadas en este estudio específico.

Tabla 4. Correlación de ideación suicida con el número de intentos de suicidio de acuerdo a cada periodo de seguimiento.

| <i>Escala de Ideación Suicida de Beck – Intentos de Suicidio</i> | <i>Rho de Spearman</i> | <i>Interpretación</i> | <i>Valor de P</i> |
|--|------------------------|---------------------------|-------------------|
| 1 mes | -0.392 | Correlación negativa baja | 0.053 |
| 3 meses | -0.346 | Correlación negativa baja | 0.090 |
| 6 meses | -0.348 | Correlación negativa baja | 0.081 |
| 9 meses | 0.305 | Correlación positiva baja | 0.167 |
| 12 meses | -0.313 | Correlación negativa baja | 0.156 |

Del mismo modo, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para determinar si existían diferencias significativas entre la gravedad de ideación suicida y el tipo de tratamiento durante el seguimiento (**Tabla 5**). En ésta se muestra el rango promedio de las respuesta de los participantes en la EBIS según el tratamiento recibido en los diferentes periodos del seguimiento. El rango promedio representa la extensión de los puntajes de la EBIS dentro de cada grupo de tratamiento en diferentes momentos de seguimiento. Si una categoría tiene un rango promedio mayor que otra categoría en un periodo de seguimiento específico, significa que los puntajes de la escala dentro de esa categoría se distribuyen en un rango más amplio. En otras palabras, hay una mayor variabilidad en los puntajes de ideación suicida dentro de esa categoría en comparación con la otra. Esto puede estar relacionado con una mayor gravedad de ideación suicida.

En el periodo de 1 mes, se observó que el grupo que no recibió ningún tratamiento tuvo el rango promedio más alto, con un valor de 22.00. Al realizar la Prueba de Kruskal-Wallis, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento (valor de $p = 0.323$). En el periodo de 3 meses, los resultados mostraron que los participantes que recibieron un tratamiento de tipo psicoterapéutico tuvieron un rango promedio de 17.67, que fue el más alto registrado. Sin embargo, nuevamente no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento (valor de $p = 0.460$). En el periodo de 6 meses, se observó que el grupo que recibió tratamiento psicoterapéutico tuvo nuevamente el rango promedio más alto con 16.50. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento (valor de $p=0.621$). En el periodo de 9 meses, se encontró que los grupos de no recibieron ningún tratamiento y los que recibieron tratamiento farmacológico tuvieron el rango promedio más alto con 10.00, Nuevamente, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento (valor de $p=0.420$). Finalmente, en el periodo de 12 meses, se observó que el grupo que no tuvo tratamiento tuvo el rango promedio más alto con 13.00. La Prueba de Kruskal-Wallis indica que no hay diferencias significativas entre los grupos de tratamiento en este periodo (valor de $p = 0.867$).

Tabla 5. Rango promedio de la Escala de Ideación Suicida de Beck según el tratamiento.

| <i>Escala de Ideación Suicida de Beck</i> | <i>Ninguno</i> | <i>Rango promedio</i> | <i>Farmacológico</i> | <i>Rango promedio</i> | <i>Psico terapéutico</i> | <i>Rango promedio</i> | <i>Ambos</i> | <i>Rango promedio</i> | <i>Total</i> | <i>Valor de P</i> |
|---|----------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| 1 mes | 1 | 22.00 | 4 | 13.75 | 2 | 18.25 | 18 | 11.75 | 25 | 0.323 |
| 3 meses | 0 | 0 | 5 | 12.40 | 3 | 17.67 | 17 | 12.35 | 25 | 0.460 |
| 6 meses | 1 | 5.50 | 3 | 13.83 | 3 | 16.50 | 19 | 13.39 | 25 | 0.621 |
| 9 meses | 4 | 10.00 | 2 | 10.00 | 1 | 3.50 | 15 | 12.63 | 22 | 0.420 |
| 12 meses | 4 | 13.00 | 3 | 12.83 | 2 | 9.25 | 13 | 11.08 | 22 | 0.867 |

CAPÍTULO VI

Discusión

Como se mencionó previamente, un intento suicida es el factor de riesgo más importante para un suicidio consumado, y, dentro de la conducta suicida, la ideación suicida suele preceder al intento suicida. Un metaanálisis de estudios de casos y controles encontró que el índice de riesgo de suicidio consumado en personas que habían expresado ideas suicidas oscilaba entre 2.35 (intervalo de confianza del 95%: 1.43-3.87) en poblaciones con trastornos afectivos, a 8.00 (intervalo de confianza del 95%: 5.46-11.7) en poblaciones no psiquiátricas. Además, el riesgo suicida después de expresar ideación suicida durante el primer año de seguimiento fue más alto en la población psiquiátrica (riesgo 1.40%, intervalo de confianza del 95% 0.74-2.64) que en la población no psiquiátrica (riesgo 0.23%, intervalo de confianza 95% 0.10-0.54).²²

En el presente estudio se buscó analizar la conducta suicida en pacientes previamente hospitalizados en el área de Psiquiatría.

En nuestra muestra de 27 pacientes hospitalizados, el 70% (n=19) tenían al menos un intento suicida previo al internamiento psiquiátrico, mientras que, el 18% (n=5) realizó al menos un intento suicida durante el seguimiento a un año del egreso, de los cuales el 100% tenía antecedente de más de un intento suicida previo a su internamiento. Esto concuerda con estudios previos, en uno de ellos se demostró que los pacientes que habían realizado un intento suicida previo

tenían el doble del riesgo de presentar conducta suicida posterior al egreso, y que el 12% realizaba un intento suicida durante el periodo de un año del egreso.¹⁹ De igual manera, dos estudios obtuvieron que un 17.8% y 18% de los pacientes realizó un intento suicida durante el seguimiento a un año del egreso.^{23 24}

Asimismo, se observó que la prevalencia de la ideación suicida fue más baja en los meses 1 (60%), 6 (61.5%), y 12 (59%) en comparación con la evaluación de base (66.6%); mientras que fue más alta en los meses 3 (68%) y 9 (72.7%), reflejando un pico máximo a los 9 meses del egreso hospitalario. En cuanto a la ideación suicida catalogada como grave y presente en el 55.6% de los participantes en la evaluación base durante el internamiento, ésta fue en descenso, presentando al año de egreso un 22.7% de los participantes ideación suicida grave. Además, durante el primer y tercer mes se observó la mayor incidencia de intentos de suicidio (8% n=2 y 16% n=4 respectivamente), y posteriormente la incidencia disminuyó progresivamente durante los meses siguientes. Esto concuerda con estudios previos realizados, por ejemplo, en una muestra de 103 pacientes en seguimiento a 6 meses, se encontró que el 55% de los pacientes presentó ideación suicida en este periodo, mientras que la mayoría de ellos (79%) la presentó en los primeros 2 meses del egreso hospitalario.²⁵ Por otra parte, un estudio realizado en una muestra de 143 adolescentes, con un seguimiento a los 3, 6, 9, 15 y 18 meses reveló un periodo de remisión ideación suicida entre el inicio y los 6 meses del alta, un periodo sutil de reaparición de la ideación suicida entre los 9 y 18 meses del egreso.¹⁴ Estos hallazgos sugieren la

necesidad de realizar más estudios longitudinales sobre el curso de la ideación suicida.

La hipótesis esperada de este estudio era que la gravedad de la ideación suicida se reduciría a los 9 y 12 meses posterior a la hospitalización psiquiátrica, lo cual pudo ser confirmado, pues los resultados sugieren que los puntajes en la EBIS tienden a disminuir a lo largo del tiempo, alcanzando diferencias estadísticamente significativas al finalizar el periodo de 12 meses de seguimiento. Estos hallazgos podrían indicar una reducción en la ideación suicida durante el transcurso del estudio. Aunado a esto, la diferencia significativa observada entre el mes 9 y el 12 indica que los puntajes en la EBIS muestran una disminución significativa al iniciar el periodo de seguimiento de 12 meses.

En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de tratamiento. Por otra parte, un metaanálisis realizado para evaluar la efectividad de la psicoterapia para reducir la conducta suicida, en el cual se encontró que los pacientes que recibieron psicoterapia tendían menos a realizar un intento suicida durante el seguimiento.²⁶ Además, en cuanto a la adherencia al tratamiento, al igual que en estudios previos, no hubo diferencias significativas entre los grupos de tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y combinado, en relación a la ideación y los intentos suicidas. Un estudio realizado en pacientes ambulatorios evaluó la adherencia al tratamiento entre adolescentes y encontró que los pacientes que habían realizado algún intento suicida tendían más a abandonar el tratamiento en comparación con los que nunca habían intentado

suicidarse. Esto sugiere que se requieren intervenciones enfocadas en mejorar la adherencia al tratamiento.¹⁷

Finalmente, en cuanto a intervenciones realizadas por vía telefónica, nuestro estudio encontró que hubo una mayor proporción de participantes que percibieron de ayuda las llamadas a lo largo del seguimiento, esto aumentó progresivamente hacia el doceavo mes, con un 72.7% (n=16) respondiendo que fue de mucha ayuda, sin encontrarse diferencias significativas. Un estudio sugirió que las intervenciones vía telefónica podrían ser efectivas para reducir la conducta suicida posterior a una hospitalización.²⁷

Conclusiones

El comportamiento suicida tiende a ser repetitivo, y puede afectar la vida de una persona de forma crónica, poniéndola en un mayor riesgo de un suicidio consumado. Sin embargo, los hallazgos de nuestro estudio demostraron que la gravedad de ideación suicida tiende a disminuir en los 12 meses posteriores a la hospitalización psiquiátrica, sugiriendo que ésta podría ser una intervención efectiva para reducir la conducta suicida. Asimismo, se demostró que las intervenciones telefónicas pueden ser de ayuda en el mantenimiento de un contacto estrecho con los pacientes. En contraste, la adherencia al tratamiento tiende a reducirse durante el seguimiento, por lo cual se requieren nuevas estrategias para evitar abandono de tratamiento, así como nuevos estudios que investiguen la relación entre la adherencia, el tipo de tratamiento y la trayectoria de ideación suicida en pacientes previamente hospitalizados.

Limitaciones

Este estudio cuenta con algunas limitantes. Primeramente, el número de muestra, esto debido a los cambios presentados debido a la pandemia por COVID-19 que inició en 2020, con una consecuente reducción en el número de ingresos por año al área de Comunidad del Departamento de Psiquiatría. En segundo lugar, la pérdida de pacientes durante el seguimiento, pues un 19% no contestó llamadas, por lo que no fue posible contactarlos, o no aceptaron el seguimiento completo a los 12 meses. También, el realizar el seguimiento de manera telefónica, pues a pesar de que es un método conveniente en el ámbito económico por motivos de transporte, los pensamientos suicidas son un tema sensible en el cual la confiabilidad mejoraría en modalidad presencial. Por último, no se incluyen diagnósticos dentro del análisis realizado, lo cual se considera un factor determinante en el pronóstico de la ideación suicida.

CAPÍTULO VII

Referencias

1. Centers for Disease Control and Prevention. Facts About Suicide. Centers for Disease Control and Prevention. Published 2023.
<https://www.cdc.gov/suicide/facts/index.html>
2. World Health Organization. Preventing suicide. Published online 2014.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
3. INEGI. Estadísticas De Defunciones Registradas En 2021. Comunicado De Prensa Núm. 600/22 26. Published online 2022:1-92.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/EDR/EDR2021_10.pdf
4. Angulo Camarena LP. Hablemos de suicidio. IMSS. Published 2022.
[https://www.gob.mx/imss/articulos/hablemos-de-suicidio#:~:text=El suicidio es un problema,por cada 100 mil habitantes](https://www.gob.mx/imss/articulos/hablemos-de-suicidio#:~:text=El%20suicidio%20es%20un%20problema,por%20cada%20100%20mil%20habitantes)
5. National Institute of Mental Health. About Suicide. Published online 2023:8. doi:<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/suicide-faq>
6. Nock MK. Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339-363.
doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
7. Borges G, Nock MK, Abad JMH, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the world health organization world mental health surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1617-1628.

doi:10.4088/JCP.08m04967blu

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. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2003;160(11 Suppl):1-60.
10. Olfson M, Marcus SC, Bridge JA. Focusing suicide prevention on periods of high risk. *Jama*. 2014;311(11):1107-1108. doi:10.1001/jama.2014.501
11. While D, Bickley H, Roscoe A, et al. Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: A cross-sectional and before-and-after observational study. *Lancet*. 2012;379(9820):1005-1012. doi:10.1016/S0140-6736(11)61712-1
12. Borges G, Wilcox HC, Medina-mora ME, Walters E. Suicidal Behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-Month Prevalence , Psychiatric Factors and Service Utilization. *Health Care (Don Mills)*. 2005;28(101):3-29.
13. Borges G, Medina-Mora ME, Orozco R, Ouéda C, Villatoro J, Fleiz C. Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. *Salud Ment*. 2009;32(5):413-425.
14. Mhatre V, Ho, Ji-Ann Lee and KCM. Longitudinal Trajectories and Predictors of Adolescent Suicidal Ideation and Attempts Following Inpatient Hospitalization. *Bone*. 2012;23(1):1-7. doi:10.1038/jid.2014.371

15. Wolff JC, Davis S, Liu RT, et al. Trajectories of Suicidal Ideation among Adolescents Following Psychiatric Hospitalization. *J Abnorm Child Psychol.* 2018;46(2):355-363. doi:10.1007/s10802-017-0293-6
16. BRENT DA, KOLKO DJ, WARTELLA ME, et al. Adolescent Psychiatric Inpatients' Risk of Suicide Attempt at 6-Month Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1993;32(1):95-105. doi:10.1097/00004583-199301000-00015
17. King CA, Segal H, Kaminski K, Naylor MW, Ghaziuddin N, Radpour L. A Prospective Study of Adolescent Suicidal Behavior Following Hospitalization. *Suicide Life-Threatening Behav.* 1995;25(3):327-338. doi:10.1111/j.1943-278X.1995.tb00955.x
18. Ivarsson T, Larsson B, Gillberg C. A 2-4 year follow up of depressive symptoms, suicidal ideation, and suicide attempts among adolescent psychiatric inpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1998;7(2):96-104. doi:10.1007/s007870050053
19. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AE. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;38(6):660-671. doi:10.1097/00004583-199906000-00012
20. Inagaki M, Kawashima Y, Yonemoto N, Yamada M. Active contact and follow-up interventions to prevent repeat suicide attempts during high-risk

periods among patients admitted to emergency departments for suicidal behavior: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):1-11. doi:10.1186/s12888-019-2017-7

21. Muñiz México González Macip F, Martínez D, León O, Núñez G, de Jesús J. Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck (ISB) en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Ment*. 2000;23(2):21-30. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58222304>
22. Hubers AAM, Moaddine S, Peersmann SHM, et al. Suicidal ideation and subsequent completed suicide in both psychiatric and non-psychiatric populations: A meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(2):186-198. doi:10.1017/S2045796016001049
23. King CA, Kerr DCR, Passarelli MN, Foster CE, Merchant CR. One-year follow-up of suicidal adolescents: Parental history of mental health problems and time to post-hospitalization attempt. *J Youth Adolesc*. 2010;39(3):219-232. doi:10.1007/s10964-009-9480-2
24. Yen S, Weinstock LM, Andover MS, Sheets ES, Selby EA, Spirito A. Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychol Med*. 2013;43(5):983-993. doi:10.1017/S0033291712001912
25. Gaudio BA, Andover MS, Miller IW. The Emergence of Suicidal Ideation During the Post-Hospital Treatment of Depressed Patients. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2008;38(5):539-551. doi:10.1521/suli.2008.38.5.539

26. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *J Psychiatr Res.* 2016;79:8-20. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.04.003
27. Rengasamy M, Sparks G. Reduction of postdischarge suicidal behavior among adolescents through a telephone-based intervention. *Psychiatr Serv.* 2019;70(7):545-552. doi:10.1176/appi.ps.201800421

CAPÍTULO VIII

Apéndices

Anexo 1. 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.
 - 2ª 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

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/quitar su vida/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. ¿ha realizado algún intento de suicidio desde el último cuestionario (haber intentado atentar/quitar su vida/terminar su vida)? en caso de ser este el primer cuestionario; ¿ha realizado algún intento de suicidio anteriormente en 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

| PACIENTE | EDAD | SEXO | BECK 0 | BECK 1 | BECK 3 | BECK 6 | BECK 9 | BECK 12 |
|----------|------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 1 | 18 | Femenino | 0 | 3 | 8 | 10 | 0 | 0 |
| 2 | 25 | Femenino | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 3 | 24 | Masculino | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA |
| 4 | 24 | Femenino | 25 | 1 | 1 | 0 | 11 | 1 |
| 5 | 18 | Femenino | 20 | 9 | 11 | 14 | 18 | 9 |
| 6 | 28 | Femenino | 23 | 15 | 15 | 18 | 0 | 0 |
| 7 | 20 | Masculino | 27 | 2 | 10 | 10 | 1 | 0 |
| 8 | 18 | Femenino | 19 | NR | 6 | 7 | 31 | 15 |
| 9 | 23 | Femenino | 1 | 6 | 11 | 13 | 2 | 0 |
| 10 | 21 | Femenino | 17 | 23 | 25 | 19 | 0 | 0 |
| 11 | 22 | Femenino | 19 | NR | NR | NR | 20 | 27 |
| 12 | 22 | Femenino | 0 | 0 | 6 | 0 | 15 | 1 |
| 13 | 23 | Femenino | 23 | 0 | 1 | 7 | 4 | 0 |
| 14 | 18 | Femenino | 25 | 0 | 0 | 0 | NA | NA |
| 15 | 21 | Masculino | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 7 |
| 16 | 23 | Femenino | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 |
| 17 | 18 | Femenino | 28 | 14 | 10 | 8 | 7 | 7 |
| 18 | 20 | Femenino | 23 | 14 | 11 | 14 | 0 | 9 |
| 19 | 30 | Femenino | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 20 | 27 | Femenino | 2 | 2 | 1 | 2 | 10 | 8 |
| 21 | 19 | Femenino | 28 | 1 | 15 | 8 | 16 | 11 |
| 22 | 29 | Femenino | 0 | 0 | NR | 0 | 12 | 8 |
| 23 | 53 | Femenino | 1 | 0 | 0 | 0 | NA | NA |
| 24 | 20 | Femenino | 19 | 13 | 24 | 0 | 18 | 13 |
| 25 | 29 | Masculino | 0 | 0 | 0 | 0 | NA | NA |
| 26 | 20 | Femenino | 21 | 17 | 9 | 16 | NA | NA |
| 27 | 25 | Femenino | 24 | 19 | 19 | 22 | 19 | 18 |

Beck; Escala de Ideación Suicida de Beck

NR; No respondió

NA; No aceptó seguimiento

CAPÍTULO IX

Resumen autobiográfico

Autora originaria y residente de la ciudad de Monterrey en México. Egresada de la carrera de Médico Cirujano y Partero de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León como parte de la generación 2012-2018. Realizó su internado médico de pregrado en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” y el servicio social en la Clínica #34 del Instituto Mexicano del Seguro Social del 2018 al 2019. Finalmente, realizó estudios de posgrado en la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” como parte de la generación 2020-2024.

Sus áreas de interés profesional incluyen los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos, el abuso de sustancias y la psicoterapia psicodinámica. Entre sus intereses personales están la promoción de la salud mental y física, la lectura y la música.