



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DEL INPRFM DURANTE EL
AÑO POSTERIOR AL EGRESO A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL AÑO 2018 POR
SUICIDALIDAD.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

Presenta: **Juan Osiel Fernández Fernández.**

Tutora teórica:

Dra. Griselda Iris Flores Flores.

Tutora metodológica:

Dra. Catalina Francisca González Forteza.

Ciudad Universitaria, CDMX, 2021.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Doña Aída y Don Rey; ustedes más que todos saben que no es un logro individual.

Hermanos; Beatus ille.

Dra. Gris, Dra. Caty; por encaminar la idea a buenos términos.

Ramones, Uzziel y Omar; Amicitiae nostrae memoriam spero sempiternam fore.

Kabinsky; Alea iacta est.

...Memento Mori

Contenido

1.	Marco Teórico	4
	Suicidio	4
	Suicidalidad y Comportamiento suicida.	6
	Epidemiología, global y en México	7
	El suicidio en la atención psiquiátrica.	10
	Factores de riesgo	12
	Alta hospitalaria como factor de riesgo	14
2.	Pregunta de investigación	15
3.	Justificación	15
4.	Planteamiento del problema a investigar.	16
5.	Objetivos.....	16
	General	16
	Específico.....	17
6.	Método.....	17
	Diseño de estudio.....	17
	Población estudiada.	18
	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	18
	Variables	19
	Procedimiento y descripción de instrumentos.	22
	Análisis estadístico	23
7.	Consideraciones Éticas	23
8.	Recursos materiales.	24
9.	Cronograma de actividades.....	24
10.	Resultados	25
11.	Discusión.....	40
12.	Bibliografía.....	46

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DEL INPRFM DURANTE EL AÑO
POSTERIOR AL EGRESO A PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL AÑO 2018 POR
SUICIDALIDAD.

1. Marco Teórico

Suicidio.

El termino suicidio procede del latín *sui-* (de sí mismo) y *-cidium*, éste último es un impositivo que a su vez proviene de *caedere* (matar), y significa «matarse a sí mismo¹». En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el suicidio como «un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados²» de igual manera define el parasuicidio, como «un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico²». En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación hasta la

conducta y terminando con el acto, en los servicios de urgencias y a pesar de que no todos los casos acuden a dichos servicios, la suicidalidad es una de las principales emergencias psiquiátricas, junto con el intento suicida, se engloba la ideación y los gestos suicidas, por esto mismo el psiquiatra se entrena para proporcionar una atención óptima a los pacientes que acuden a los servicios de urgencias, pero aun así, el paciente puede acabar suicidándose y, aunque es imposible predecir con exactitud el suicidio, numerosos indicios del fenómeno pueden servir de ayuda a los facultativos para identificar y disminuir el riesgo en sus pacientes en el área de urgencias psiquiátricas. Sin embargo, en los pacientes que se han dado de alta de una hospitalización psiquiátrica por suicidalidad, el egreso hospitalario se ha identificado como factor de riesgo para el futuro comportamiento suicida³. Por lo cual, se ha recomendado que en pacientes egresados deben existir estrategias que faciliten la reducción de dicho riesgo, además de minimizar las repercusiones legales para el hospital y médicos tratantes en caso de que fallezca un paciente, sin dejar de lado y a la par en importancia que el fenómeno debe contemplarse también en términos del legado devastador que deja a quienes sobreviven al suicidio de un ser querido, así como el impacto en el psiquiatra y equipo médico que trataba al paciente.

Suicidalidad y Comportamiento suicida.

El término «suicidalidad» hace referencia a los pensamientos suicidas y/o comportamientos suicidas⁴. Históricamente existen dificultades respecto a la terminología que engloba el fenómeno suicida; esta heterogeneidad en la nomenclatura suicida dificulta que exista congruencia respecto a los datos que existen en las investigaciones sobre el suicidio, procurando llevar a cabo esfuerzos para estandarizar los términos. Una de las descripciones que más relevancia tiene es la llevada a cabo en el 2007 por Posner y colaboradores, quienes propusieron el Algoritmo de Clasificación Columbia para la Evaluación del Suicidio (C-CASA por sus siglas en inglés)⁵. La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA por sus siglas en inglés) utiliza esta terminología para describir el potencial que tienen los fármacos, sobre todo los antidepresivos de aumentar el riesgo suicida como efecto adverso⁵. **Tabla 1.**

Clasificación/Categoría.	Definición.
Eventos suicidas	
Suicidio	Acto fatal de autolesión asociado a evidencia de intento de morir como resultado del acto. (ej. Un paciente robó el arma de su tío y se disparó resultando su muerte, dejó una nota suicida).
Intento suicida	Conducta con potencial autolesivo asociada a intento de morir como resultado del acto. Evidencia de que el individuo intentó quitarse la vida, puede ser explícito o inferido desde las circunstancias o el comportamiento, puede o no terminar en lesiones. (ej. Después de una pelea con sus amigos el paciente ingirió 16 tabletas de paracetamol, dijo que mecía morir, fue tratado en el servicio de urgencias y sobrevivió).
Ideación suicida activa	Pensamientos acerca de realizar acciones para terminar con la propia vida, se incluye identificar un método, realizar un plan e intentos de acción. (ej. El

	paciente reporta que ha estado pensando en colgarse del cuello en el closet de su cuarto).
Ideación suicida pasiva	Pensamientos acerca de la propia muerte, o la esperanza de estar muerto, sin algún plan o intento. (ej. El paciente admite que en ocasiones desea estar muerto, pero niega intención de actuar al respecto)
Actos preparatorios hacia inminente comportamiento suicida (gesto)	El individuo toma medidas para provocarse daño físico, pero es detenido por sí mismo y/u otros de iniciar conductas autolesivas, antes que inicie el daño potencial. (ej. La paciente llevó de la cocina a su habitación un cuchillo, esperaría hasta las 22:00 horas de ese día, cuando sus padres duermen, ella reportó que puso el cuchillo en su muñeca pero nunca lesionó su piel)
Eventos no suicidas	
Autolesiones deliberadas, sin fines suicidas	Comportamientos autolesivos sin tener como fin el morir, como intento de aliviar estrés o tener un efecto de cambio en el comportamiento y ambiente de otros. (ej. Un paciente estaba a punto de iniciar un examen en clase, se clavó la punta del lápiz para ser llevado a la enfermería y así no hacer el examen)
Autolesiones no deliberadas	Autolesiones en las cuales no existe evidencia de suicidalidad o evidencia de que el daño sea deliberado, se caracteriza como daño accidental, síntomas psiquiátricos, médicos o del comportamiento. (ej. El paciente tiene un corte en el cuello por afeitarse)
Indeterminado o potencialmente suicida	
Conducta autolesiva, intento desconocido	Conducta autolesiva en la cual la asociación con un intento suicida no está determinada y no está clara la razón del comportamiento (Ej. La paciente cortó su muñeca después de una pelea con su novio).
Información insuficiente	No existe información suficiente para determinar si actos engloban comportamiento suicida o ideación, existen razones para sospechar la posibilidad de suicidalidad, pero no es suficiente para estar seguros si el evento es secundario a ideación, accidente, otro síntoma psiquiátrico u otros. (ej. Un paciente ingresó a urgencias, con un corte en el cuello, fue clasificado como «apuñalamiento», pero no existe mas información sobre el hecho).

Tabla 1. Nomenclatura para suicidio y eventos relacionados C-CASA⁵

Epidemiología, global y en México.

Según cifras de la OMS cerca de 800,000 personas cometen suicidio cada año⁶, lo que implica que se lleven a cabo muchos más intentos de suicidio, ya que existen estimaciones variadas respecto al número de intentos que se dan, en las cuales algunas calculan entre 15 y 25 intentos por cada suicidio consumado⁷. El suicidio es un

fenómeno mundial, independientemente del nivel económico sin embargo hay registros que mencionan que hasta el 79% de los suicidios ocurren en países de medianos y bajos ingresos (2016)⁶. Además, ocurre en todas las edades, siendo que y es la segunda causa de muerte global entre los 15 y 29 años⁶. En el año 2016 el suicidio contabilizó el 1.4% de todas las muertes globales, que equivale a una tasa de 10.9 x 100,000 habitantes, que lo convierte en la 18° causa de muerte global en ese año⁶.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), en México se reportaron en el año 2017 un total de 6559 muertes por suicidio⁸, que representa una tasa de 5.48 x 100,000 habitantes. No obstante es una subestimación ya que, como se especifica en la metodología del INEGI, durante el año 2017 en México se contabilizaron, mediante los registros administrativos generados a partir de los certificados de defunción suministrados por las oficialías del Registro Civil, los Servicios Médicos Forenses y por las Agencias del Ministerio Público, pero no se registran casos en las regiones que no tienen acceso a éstos servicios o que, por idiosincrasia optan por no reportar los casos debido al estigma que conlleva el suicidio, así mismo algunos casos de suicidio se reportan como muertes accidentales⁹ resultando en una subestimación de los casos de suicidio.

Los 6559 casos de suicidio registrados en México en el año 2017 representan el 0.93% del total de las muertes, de ellos 18.8% corresponden a mujeres y 81.2% a hombres.

El 27.8% de los casos de suicidio se presentó en el grupo etario comprendido de los 15 a 24 años de edad, y representó la tercera causa de muerte en este grupo⁸ (**tabla 2**). Otro dato relevante es que en el grupo de los 10 a 14 años se registraron 209 casos de muerte por suicidio representando la quinta casusa de muerte en este grupo de edad⁸.

Rango	10 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44
1	Accidentes	Homicidios	Homicidios	Homicidios
2	Tumor maligno	Accidentes	Accidentes	Tumor maligno
3	Homicidios	Suicidio	Tumor maligno	Accidentes
4	Malformaciones congénitas	Tumor maligno	Enfermedades del corazón	Enfermedades del Hígado
5	Suicidio	Enfermedades del corazón	Suicidio	Enfermedades del corazón
6	Síndromes paralíticos	Eventos de intención no determinada	Enfermedades por VIH	Diabetes mellitus
7	Enfermedades del corazón	Insuficiencia renal	Enfermedades del Hígado	Enfermedades por VIH
8	Eventos de intención no determinada	Malformaciones congénitas	Eventos de intención no determinada	Suicidio
9	Influenza y neumonía	Enfermedades por VIH	Diabetes mellitus	Influenza y neumonía

10	Epilepsia	Síndromes paralíticos	Influenza y neumonía	Enfermedades cerebro- vasculares
----	-----------	--------------------------	-------------------------	--

Tabla 2. Diez Principales causas de muerte en México 2017 por grupos de edad. Fuente INEGI⁸

El suicidio en la atención psiquiátrica.

El suicidio es descrito y estudiado, desde un punto de vista psiquiátrico, cultural e histórico, como ejemplo, el suicidio pasó de ser concebido como un crimen contra la sociedad y la naturaleza en la Grecia y Roma antigua^{10,11}, a ser uno de los más grandes pecados cometidos contra Dios y contra la sociedad, según el Cristianismo¹², además que estas concepciones coexistieron con conceptualizaciones contrastantes, como las presentadas por estoicos y ciertos autores latinos, que valoraban la individualidad del hombre y la libertad humana; dentro de su pensamiento relacionaron el suicidio con esos ideales, llegando a concebir al mismo como el «único acto de libertad verdadera»¹³. Dentro de las creencias culturales, se ha considerado al suicidio como una forma de ofrenda a los dioses, como por ejemplo en el suicidio ritual de las culturas mesoamericanas¹³ y como una forma de morir con honor o reivindicar el honor perdido en la cultura japonesa¹⁴.

Los primeros informes de explicaciones médicas de suicidios, que trazaron un vínculo entre suicidio y estados de ánimo alterados u otras condiciones médicas, fueron presentados junto con explicaciones sobrenaturales¹⁵. El entrelazamiento de estas concepciones opuestas tuvo lugar entre la Edad Media y el siglo XVIII cuando las explicaciones médicas de los suicidios finalmente prevalecieron ante las sobrenaturales¹⁵. Fue Esquirol quien en 1838 propuso una teoría global del suicidio con una concepción clínica y patológica. Según él, el suicidio era un síntoma de un trastorno mental, y se refirió a este como una crisis de afección moral desencadenada por múltiples incidencias de la vida: ambición, orgullo, ira, temor, remordimiento, amores contrariados, problemas familiares y dificultades económicas. Por su parte Emil Kraepelin argumentó que las ideas del suicidio eran un trastorno mental en sí en donde existían correlaciones neuroanatomopatológicas y, de esta manera, dio mayor interés psiquiátrico a los factores individuales que a los psicosociales¹⁶. Tal vez la idea más importante sobre el suicidio es que en muchos de los casos es el resultado de una enfermedad mental y es susceptible de tratamiento psicológico y farmacológico; es decir, en estos casos se pueden establecer estrategias de prevención. El método clásico para definir características en sujetos que cometen suicidio es la autopsia psicológica, mediante este método se logra identificar un trastorno psiquiátrico en alrededor del 90% de las personas que consuman el suicidio¹⁷, siendo los trastornos más

frecuentemente asociados, la depresión, el abuso de sustancias, los trastornos psicóticos, los trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad, entre otros¹⁸.

Factores de riesgo.

Los factores de riesgo para el suicidio han sido descritos ampliamente, se incluyen demográficos, de salud, sociales etc. y se considera que son similares a los identificados a nivel mundial; los más importantes son:

Sexo: la proporción es mayor para los hombres¹⁹.

Edad: el número absoluto de casos registrados es mayor entre los menores de 45 años, tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio son raros antes de la pubertad, pero en tiempos recientes se ha identificado un aumento en los casos de suicidio entre los 10 y 14 años de edad^{8,20,21,22}.

Grupo étnico: menores tasas entre los hispanos y afroamericanos en comparación con los europeos, especialmente los caucásicos quienes doblan las tasas en comparación con el resto de los grupos étnicos²³.

Enfermedades psiquiátricas: en pacientes que intentan o consuman suicidio la comorbilidad psiquiátrica es especialmente común (por ejemplo, trastorno depresivo mayor y abuso de alcohol).¹⁷

Intento de suicidio previo: eleva alrededor de cuarenta veces la probabilidad de consumir el acto. El período de mayor riesgo suicida es el semestre tras el evento²⁵. Durante el año siguiente, la tasa de suicidio se incrementa hasta cien veces^{24,25}. Cada nuevo intento incrementaría el riesgo en un 32%²⁶. Antecedentes tempranos asociados a recurrencia incluyen: exposición a conducta suicida en la infancia, separación temprana respecto de los padres, una niñez estimada como infeliz y diversas formas de trauma o abuso infantil²⁷.

Eventos vitales: los más frecuentes son de tipo interpersonal (conflictos y rupturas), seguidos por problemas en el trabajo o desempleo, problemas financieros, duelo, violencia doméstica y dificultades de vivienda, entre otros²³.

Enfermedades médicas: un número de enfermedades médicas implica un aumento del riesgo suicida, incluyendo SIDA, epilepsia, enfermedades de la médula espinal, daño cerebral, Corea de Huntington, y diversos tipos de cáncer, especialmente los que afectan al SNC²³.

Alta hospitalaria como factor de riesgo.

En un meta-análisis que recoge datos de los últimos treinta años publicado en marzo del 2019²⁸ sobre los índices de suicidio durante la primera semana y el primer mes posterior al alta hospitalaria psiquiátrica concluye que: las tasas de suicidio de una semana después del alta llegan aproximadamente a 3000 suicidios por cada 100,000 personas por año. Mientras que las tasas al mes fueron aproximadamente 2000 por 100,000 personas por año lo que significa, que durante la primera semana posterior al alta hospitalaria la tasa de suicidios es 300 veces más que la global y que después del primer mes posterior al alta es 200 veces más que la global. El seguimiento posterior al alta hospitalaria psiquiátrica a largo plazo se encuentra aproximadamente en 500 por 100,000 personas por año, lo cual sugiere un riesgo seis veces mayor de suicidio en la primera semana después de alta. Con estos datos se puede concluir que el tiempo transcurrido desde el alta, es al menos tan importante como los factores de riesgo ya ampliamente estudiados²⁸.

2. Pregunta de investigación

¿Cuál es el porcentaje de pacientes que continúan asistiendo a los servicios del INPRFM durante el año posterior a su egreso hospitalario por suicidalidad, cuántos de ellos son irregulares en su asistencia, así como las características sociodemográficas, y características clínicas, re-hospitalización, reaparición del fenómeno de suicidalidad y seguimiento otorgado por la institución?

3. Justificación

El suicidio es un problema de salud pública. Un grupo relevante que tiene un mayor riesgo de cometer suicidio son los pacientes que han sido dados de alta de hospitalizaciones psiquiátricas y que han estado ingresados por riesgo suicida^{3,28}. Por lo que con el presente estudio se pretende conocer si los pacientes que son hospitalizados con riesgo suicida continúan acudiendo a los servicios que se ofertan para ellos y de ser así, saber si lo hacen regularmente.

4. Planteamiento del problema a investigar.

Al ser el alta hospitalaria un factor que aumenta el riesgo de cometer suicidio hasta en 300 veces durante la primera semana, 200 veces en un mes y hasta en 500 veces en seguimiento a largo plazo posterior al su alta hospitalaria²⁸, se pretende estudiar cuántos de los pacientes egresados de la hospitalización continúan manteniendo contacto con los servicios ofrecidos al egreso, saber si ha reaparecido el fenómeno suicida, y de ser así cuantos fueron re-hospitalizados o si se ha perdido contacto con dichos pacientes, conociendo sus características sociodemográficas y clínicas.

5. Objetivos

General

Describir la asistencia a los servicios del INPRFM de pacientes que fueron admitidos a hospitalización durante el año 2018, (año en que el investigador principal estuvo en contacto con pacientes hospitalizados) por suicidalidad al momento de su ingreso, durante un año posterior a su egreso.

Específico.

Conocer el número de pacientes que fueron ingresados a hospitalización y cuantos de ellos fue por suicidalidad al INPRFM durante el año 2018.

Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes ingresados a hospitalización por suicidalidad al INPRFM durante el año 2018.

Conocer la asistencia a los servicios del INPRFM de los pacientes egresados de hospitalización y que fueron ingresados por suicidalidad.

Conocer con que regularidad asisten los pacientes que mantienen contacto con los servicios del INPRFM, durante el año posterior a su egreso hospitalario.

Determinar si influyen las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes en la continuidad de la asistencia al INPRFM.

6. Método.

Diseño de estudio.

Transversal descriptivo (Hernández Sampieri, 2014)

Población estudiada.

Pacientes Hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz durante el año 2018, en los que se identificó comportamiento suicida (suicidalidad); a saber: gesto suicida, ideación suicida, o intento suicida durante la evaluación al ingreso, independientemente de su diagnóstico principal y/o motivo principal de consulta.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión:

Pacientes ingresados a hospitalización en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en el año 2018, en los que se identificó riesgo suicida: fantasías de muerte, ideación suicida semiestructurada, estructurada o intento suicida al momento de su ingreso, independientemente del motivo principal de consulta.

Ambos sexos.

Mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

Pacientes menores de 18 años.

Pacientes que ingresaron sin riesgo suicida.

Pacientes egresados por alta voluntaria de la hospitalización.

Criterios de eliminación:

Pacientes en cuyos expedientes no se encuentre la información necesaria.

Variables

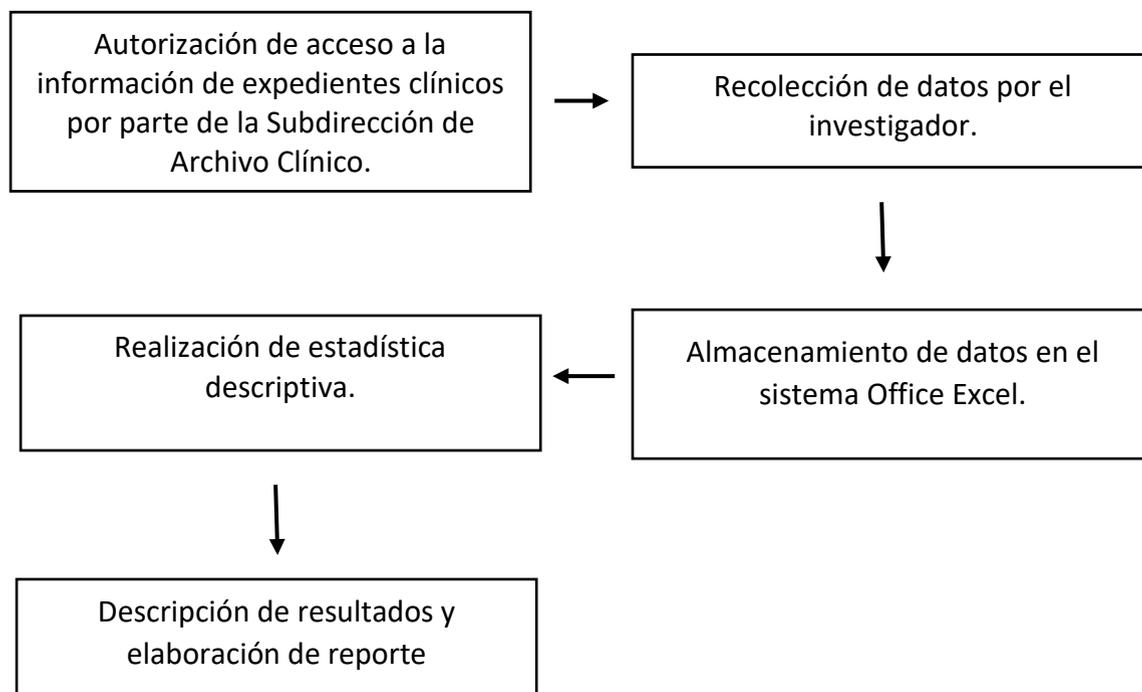
Variable	Tipo de Variable	Definición operacional	Unidad
SOCIO DEMOGRAFICAS			
Edad (años).	Continua	Edad cumplida del paciente al ingreso.	Años de vida.
Sexo	Categórica	Sexo del paciente	H (hombre) M (Mujer).
Ocupación	Categórica	Actividad económica del paciente.	TR (Trabajo remunerado), ONR (Ocupación no remunerada, estudiante, ama de casa, ayuda en negocio familiar), NTR (No trabajo, pero es remunerado, Jubilado, pensionado),

			NTNR (No trabaja, ni es remunerado)
Estado civil	Categoría	Compromiso conyugal	Soltero, Casado, Unión libre, Divorciado, separado.
Nivel socioeconómico	Categoría	Otorgado por Trabajo Social.	X,1,2 (bajo) 3,4,5 (medio) 6,7(alto).
Escolaridad en años	Continua	Escolaridad máxima registrada al ingreso.	Años de estudios.
CLINICAS			
Suicidalidad al ingreso	Categoría	Riesgo suicida al ingreso	Ideación, gesto, intento.
Diagnóstico principal	Categoría	Diagnóstico principal DSM-5	Ejemplo: Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).
Número de diagnósticos Psiquiátricos	Continua	Número de diagnósticos psiquiátricos registrados al ingreso.	Número de diagnósticos.
Comorbilidad diagnóstica psiquiátrica	Categoría	Comorbilidad diagnóstica psiquiátrica	Ejemplo: TAG + TLP + Esquizofrenia.
Comorbilidad diagnóstica no psiquiátrica	Categoría	Comorbilidad diagnóstica no psiquiátrica	Ejemplo: Migraña + Epilepsia.
Asistencias a APC (previo internamiento)	Categoría	Asistió al servicio de APC	Si - NO
Intento suicida previo	Categoría	Antecedente de Intento	Si – No
Numero de intentos suicidas previos.	Continua	Numero de intentos suicidas previos.	Número de intentos
Reingreso	Categoría	Si el paciente fue hospitalizado en INPRFM durante el tiempo de seguimiento.	Si – no

Número de hospitalización	Continua	Cantidad de hospitalizaciones	Número de hospitalizaciones.
Atención psiquiátrica previa	Categoría	Atención psiquiátrica previa en otra institución o por medios privados.	Si – no.
VARIABLES DE SEGUIMIENTO			
Continuidad de seguimiento	Categoría	Acude a algún servicio de la institución durante el segundo semestre de seguimiento.	Si - no.
Reaparición del fenómeno	Categoría	Si hay recurrencia de suicidalidad	No- ideación – gesto – intento suicida.
Días para consulta externa	Continua	Días hasta fecha otorgada para consulta externa de seguimiento.	Número de Días.
Citas en el año	Continua	Cantidad de citas programadas en consulta externa durante el año de seguimiento.	Número de citas.
Asistencia	Continua	Cantidad de citas a las que acudió durante el año de seguimiento	Número de citas.
Porcentaje de asistencia	Continua	Porcentaje de asistencia respecto a las citas programadas	Porcentaje.
Recurrencia APC	Categoría	Si el paciente regresó al servicio de APC durante el año de seguimiento	Si-No
Motivo recurrencia APC	Categoría	Motivo de recurrencia	Suicidalidad. Efecto secundario.

			Otra causa subyacente.
Nueva hospitalización	Categórica	Si durante el seguimiento el paciente fue hospitalizado	Si-No
Motivo nueva hospitalización	Categórica	Motivo de nueva hospitalización	Ej. Suicidalidad, manía, episodio psicótico agudo.

Procedimiento y descripción de instrumentos.



Análisis estadístico.

Se realizó estadística descriptiva mediante frecuencias, porcentajes para variables categóricas, así como medias y desviaciones estándar para variables continuas.

7. Consideraciones Éticas

El proyecto se sometió a consideración y evaluación del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dicho estudio no presentó riesgos para la salud de los participantes. La información registrada en la base de datos guarda la confidencialidad de la información, bajo el resguardo del investigador; la información que se obtuvo no puede ni podrá asociarse a persona identificada o identificable y no aparece en alguno de los reportes que generen del estudio. Toda la información se registró en la base de datos creada por el investigador en el programa Office Excel con el número de expediente de la Institución y previa autorización de la Coordinación de Archivo Clínico, la cual se obtuvo a través del proceso específico.

8. Recursos materiales.

El investigador principal invirtió los recursos necesarios para llevar a cabo el proyecto.

Los recursos humanos que participaron en el estudio son; el residente, tutor teórico y tutor metodológico.

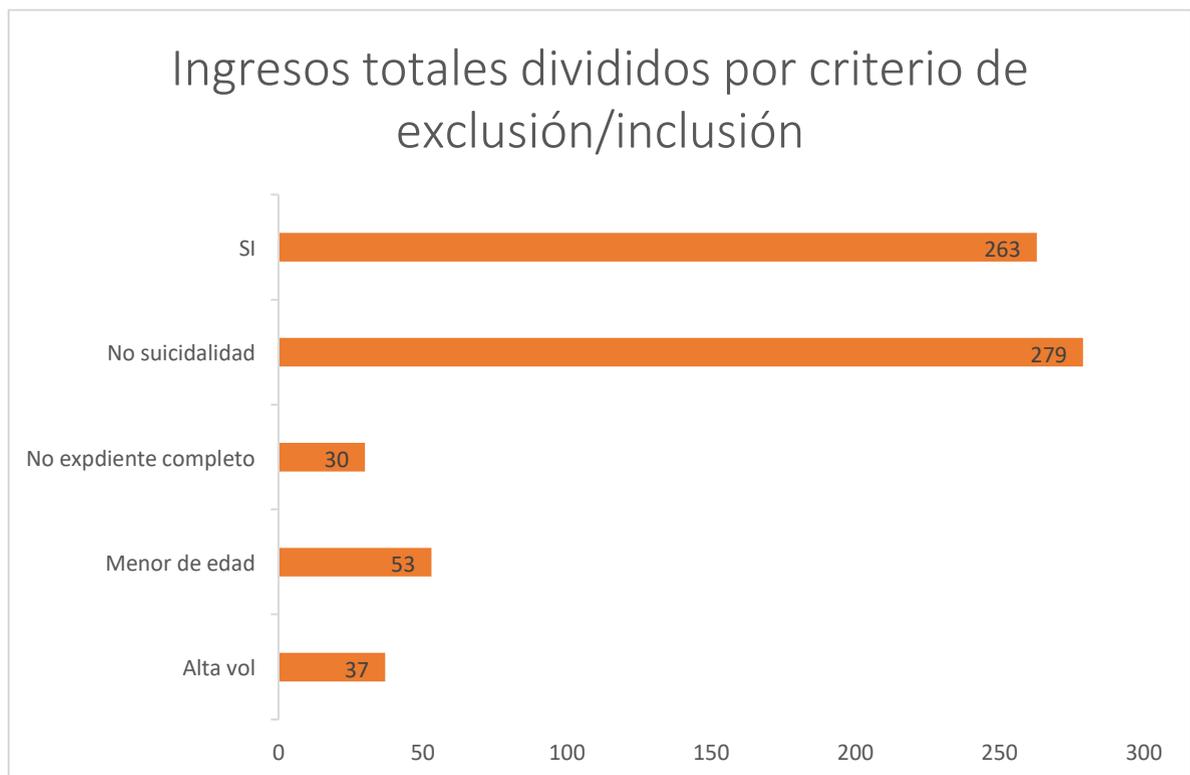
Fuente de datos: Expediente clínico.

9. Cronograma de actividades

Actividad	Julio 2019 – marzo 2020	Marzo 2020	Abril 2020 - noviembre 2020	Noviembre 2020 - Junio 2021
Entrega de anteproyecto	X			
Dictamen por el comité de tesis	X	X	X	
Entrega a comité de ética.			X	
Dictamen por el comité de ética			X	
Concentración de datos			X	x
Análisis de resultados				x
Elaboración de informe final				x
Entrega de proyecto				x

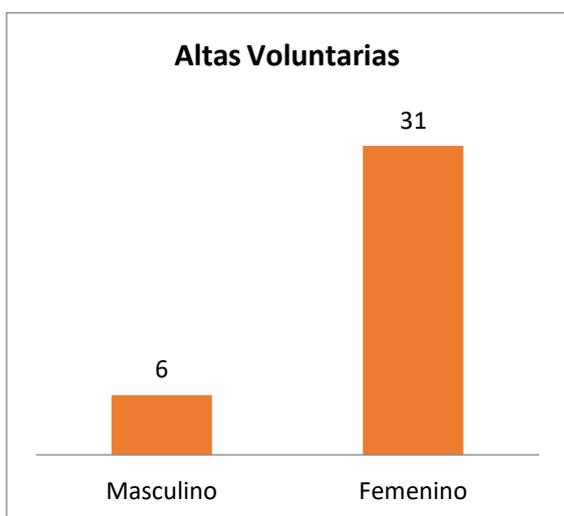
10. Resultados

Se documentaron un total de 662 ingresos, de los cuales 512 fueron del género femenino y 143 del género masculino, después de los criterios de exclusión se incluyeron 263 casos (gráfico 10.1)

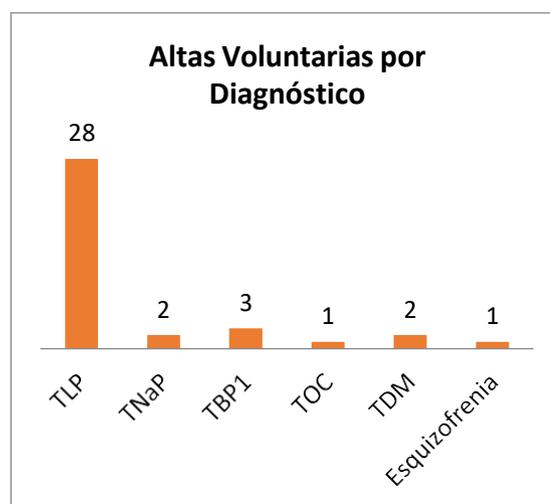


Gráfica 10.1.- total de pacientes hospitalizados en el 2018 en el INPRFM, se dividieron por criterios de exclusión y el total de los pacientes que se incluyeron en el estudio n=263.

De los datos obtenidos para los pacientes con altas voluntarias se describe el género y el diagnóstico que se otorgó al ingreso, nótese la gran cantidad de pacientes con diagnóstico de personalidad de que se egresaron por alta voluntaria 80% del total para el año 2018 n= 30 (gráfico 10.2 y 10.3)



Gráfica 10.2.- división de los pacientes que se dieron de alta voluntaria, por género.



Gráfica 10.3.- división de los pacientes que se dieron de alta voluntaria, por diagnóstico, TNaP; Trastorno Narcisista de la Personalidad, TLP; Trastorno Límite de la Personalidad, TDM; Trastorno Depresivo Mayor, TBP1; Trastorno Bipolar tipo 1, TOC; Trastorno Obsesivo Compulsivo

Respecto a los 263 expedientes de pacientes que cumplieron los criterios de inclusión 226 fueron de género femenino y 37 de género masculino, la distribución por diagnóstico principal se muestra en el gráfico 10.4.

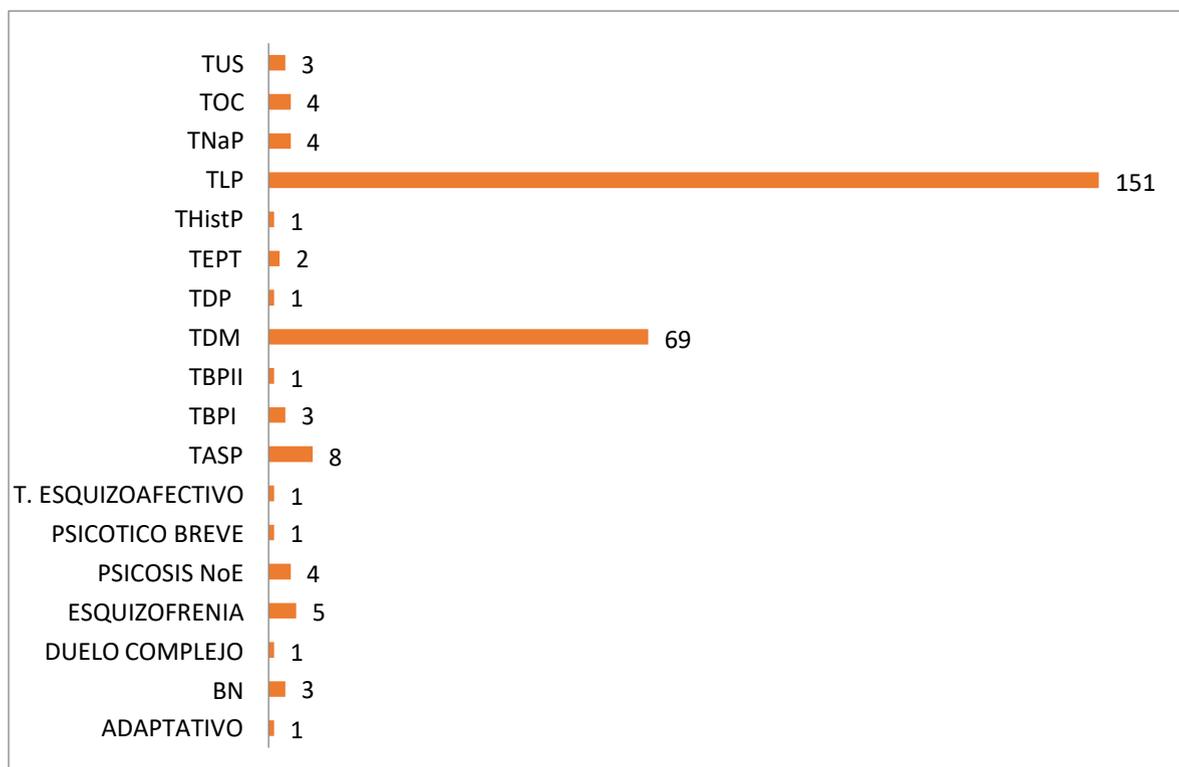
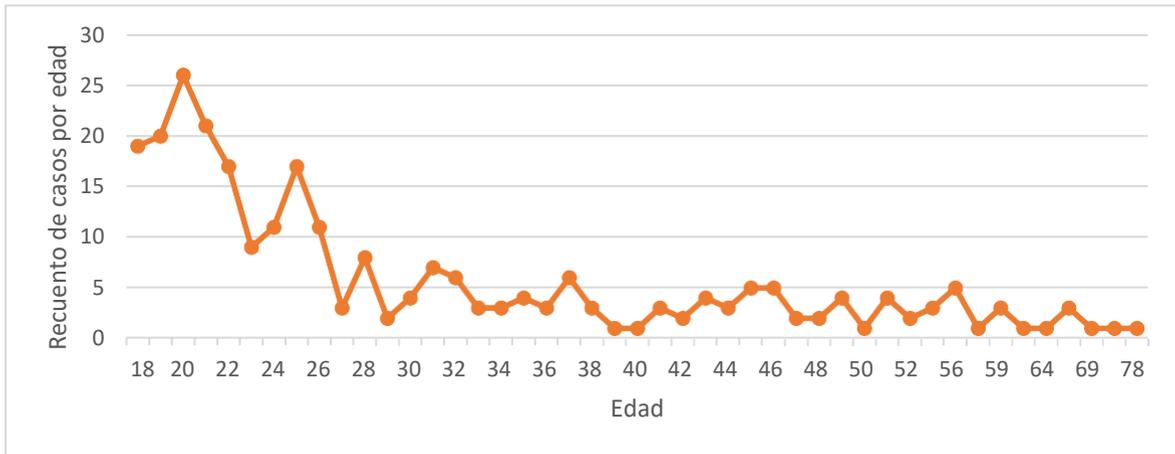


Gráfico 10.4 distribución de pacientes con suicidalidad al ingreso, por diagnóstico principal en el ingreso hospitalario, TUS; trastorno por uso de sustancias, TOC, trastorno obsesivo Compulsivo, TNaP; Trastorno Narcisista de la Personalidad, TLP; Trastorno Límite de la Personalidad, THistP; Trastorno Histriónico de la Personalidad, TEPT; Trastorno de Estrés Postraumático, TDP; Trastorno Depresivo Persistente, TDM; Trastorno Depresivo Mayor, TBP1; Trastorno Bipolar tipo 1, TBP2; Trastorno Bipolar tipo 2, TASP; Trastorno Antisocial de la Personalidad, Psicosis NoE; Psicosis de origen no especificado, BN; Bulimia Nervosa.

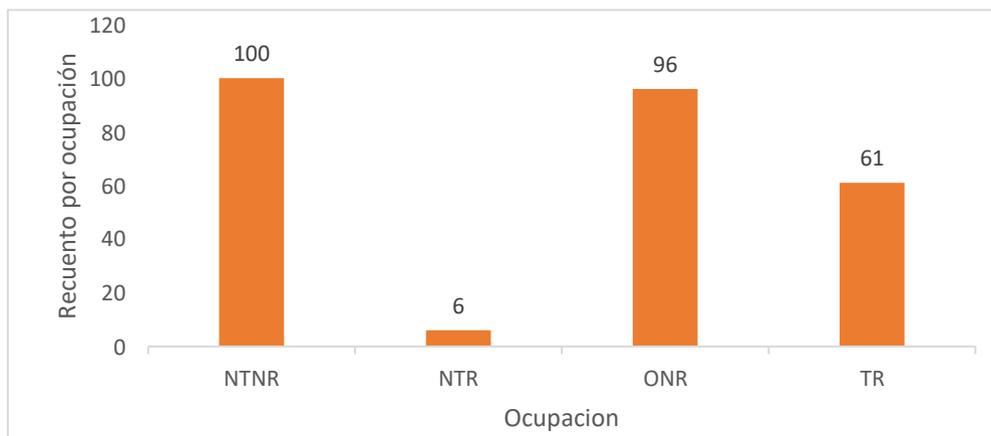
La edad de los pacientes incluidos se encontró en el rango desde los 18 a los 71 años, con un promedio de 30 años, en el gráfico 10.5 se incluyen los casos por edad, siendo a la edad de 20 años cuando más pacientes se ingresaron.



Gráfica 10.5.- Distribución de los ingresos con suicidalidad por edad.

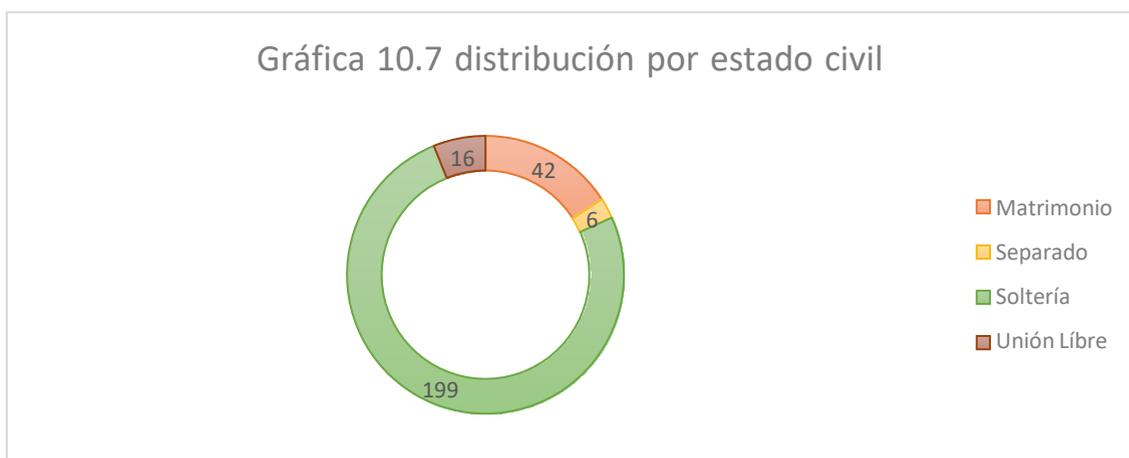
Respecto a la ocupación los casos más relevantes se encuentran en no trabajo y sin remuneración, casi igual el conteo respecto a ocupación no remunerada, en los primeros se encuentran los desempleados y que no tienen otra ocupación ni remuneración por pensión o ayuda gubernamental, en los segundos se encuentran estudiantes, trabajadores del hogar sin remuneración y personas que se dedican al voluntariado no remunerado, cabe mencionar que de éstos ningún paciente refirió

tener esa característica, por lo que el total de ocupación no remunerada es de estudiantes y trabajadores del hogar sin remuneración, gráfico 10.6.

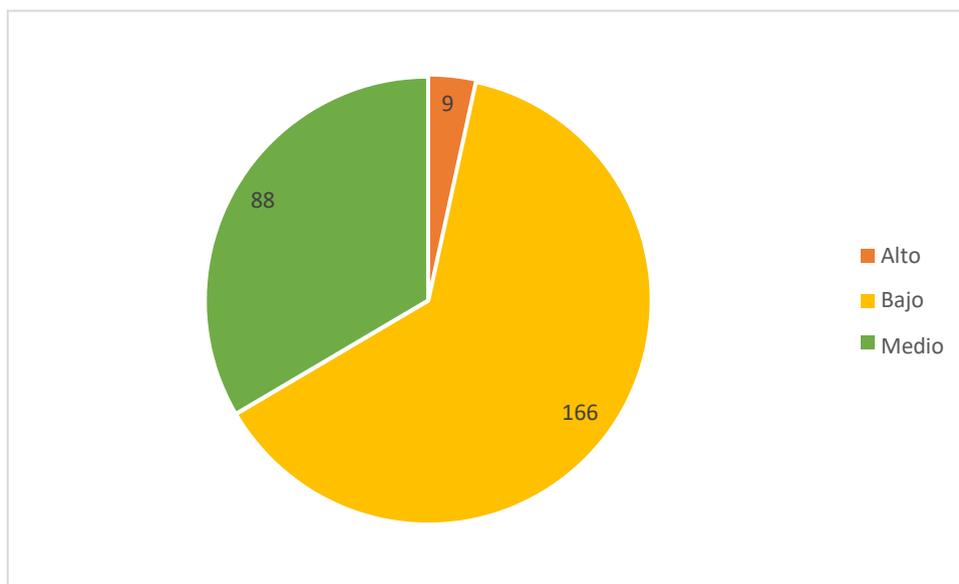


Gráfica 10.6.- Distribución de los pacientes por ocupación. TR; trabajo remunerado. ONR; Ocupación no Remunerada. NTR; No trabaja, pero recibe remuneración. NTNR; No trabaja ni recibe remuneración.

Por estado civil la inmensa mayoría se encontraba solteros en el momento de su ingreso (gráfica 10.7).

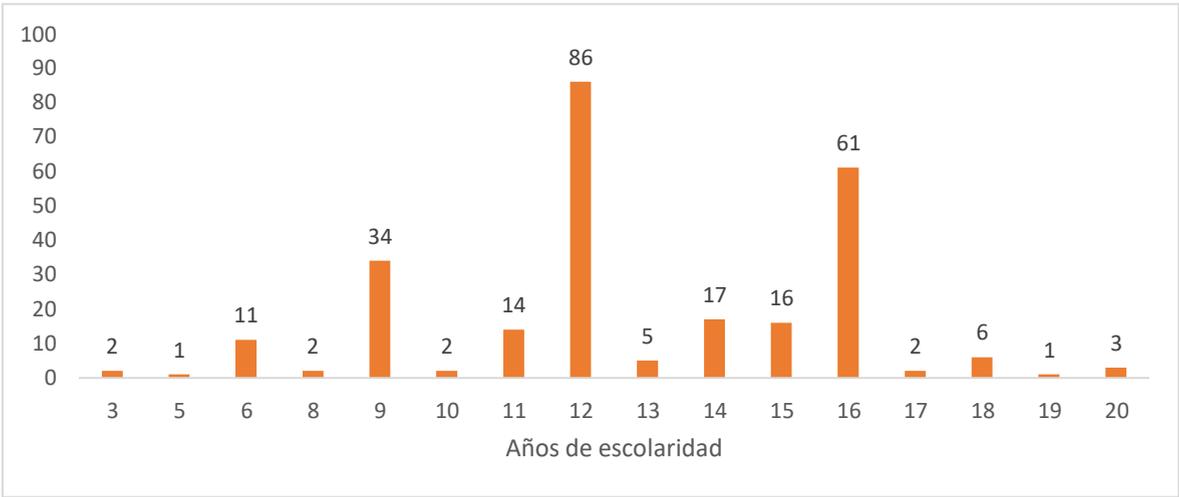


La clasificación hecha para el nivel socioeconómico mostró que un gran número de pacientes se clasifica en Bajo n=166 (grafico 10.8).



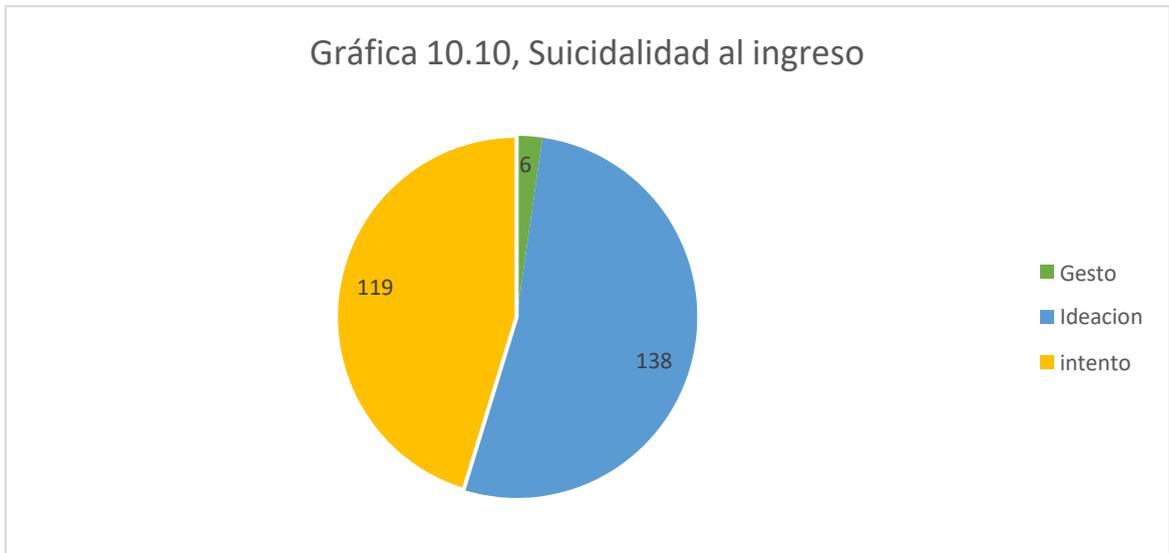
Gráfica 10.8.- distribución de los ingresos por nivel socioeconómico.

Los datos arrojados por escolaridad se muestran en el grafico 10.9, es importante aclarar que no se tomó en cuenta estudios preescolares, por lo que el primer año de primaria equivale al primer año de escolaridad.

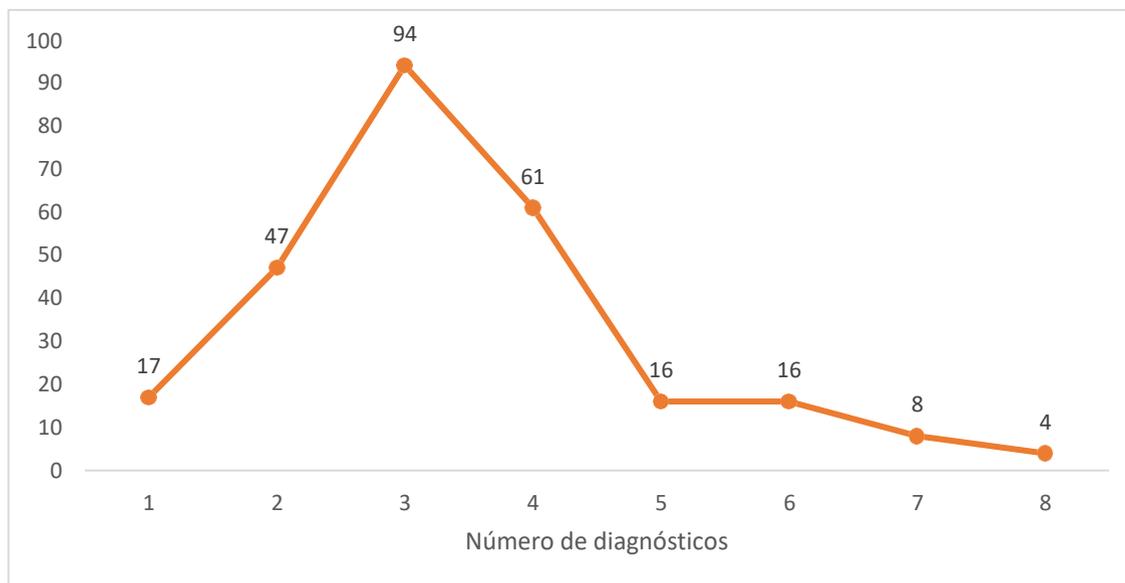


Gráfica 10.9.- Distribución de la muestra por años escolares cursados al momento del ingreso hospitalario.

Suicidalidad al ingreso, se muestra en la gráfica 10.10 la distribución por suicidalidad, el 52% ingresó por ideación suicida n=138.



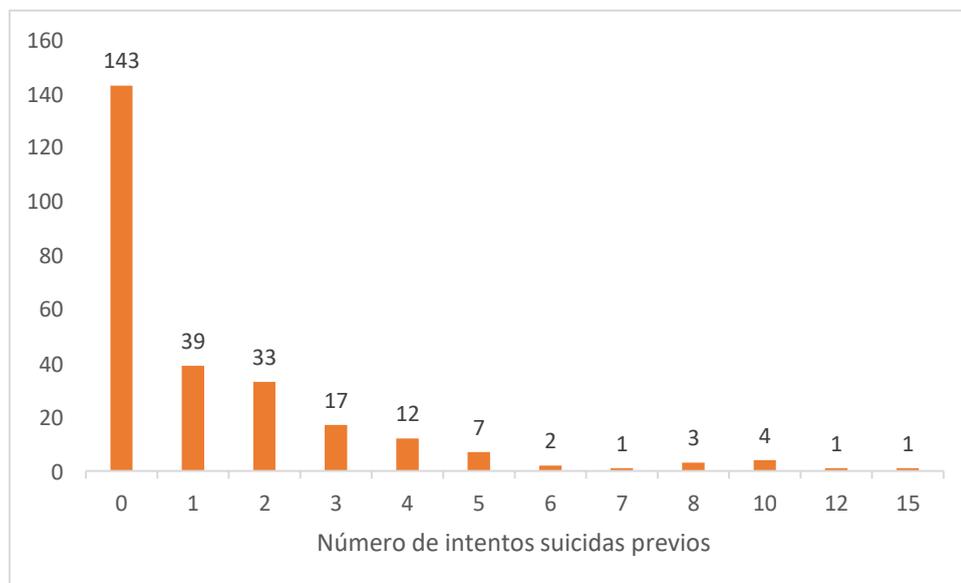
Número de diagnósticos, de los pacientes con un solo diagnóstico el más común fue TDM con 9 casos, la asociación más prevalente para dos diagnósticos fue de TLP + TDM n=153.



Gráfica 10.11.- Numero de diagnósticos que se otorgaron al ingreso hospitalario

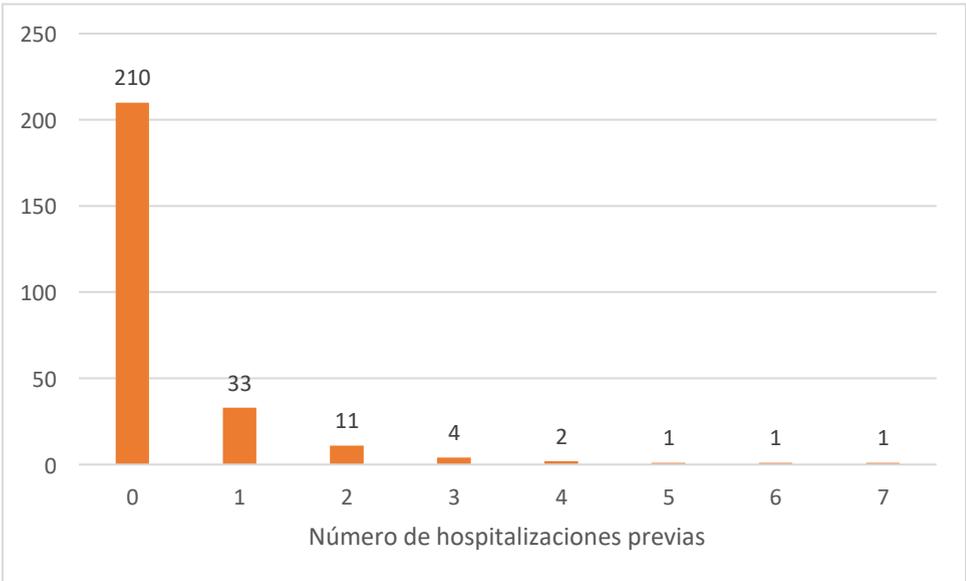
De los 263 pacientes valorados a su ingreso, solo 119 habían recibido atención previa en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua, en ese conteo se descarta la valoración en la que se decidió su ingreso hospitalario.

Respecto al número de intentos suicidas previos a la valoración al ingreso hospitalario el 54% n=143 no había realizado ningún intento suicida hasta el momento del ingreso.



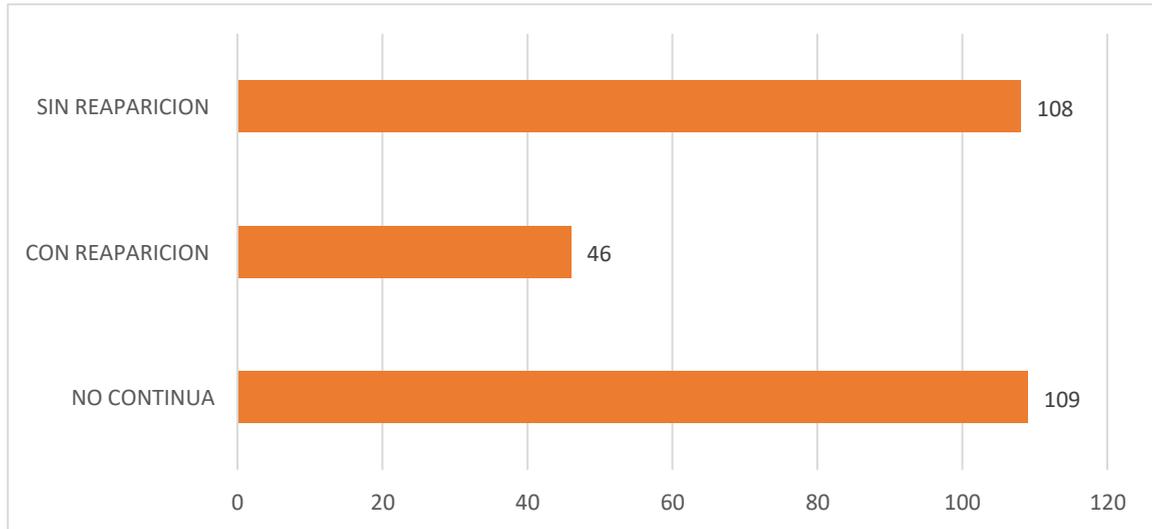
Gráfica 10.12, número de intentos suicidas previos a la valoración de ingreso hospitalario

Del total de pacientes 52 de ellos habían tenido hospitalizaciones previas en nuestra institución, yendo desde una y hasta los 7 ingresos previos (Gráfico 10.13), en los datos señalados no se contabilizaron hospitalizaciones previas en otras instituciones, debido a las inconsistencias en los datos, es interesante señalar que de los 263 pacientes el 48% n=126 ya recibía atención psiquiátrica previa, ya sea en nuestra institución, otras instituciones o el sector privado.



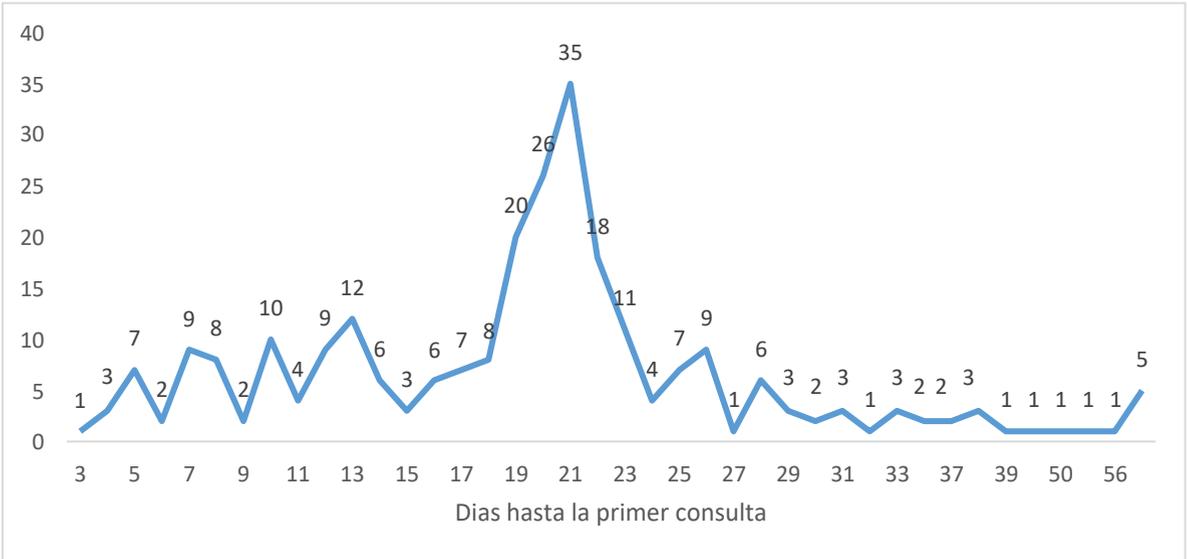
Gráfica 10.13, hospitalizaciones previas.

Los datos arrojados por las variables de seguimiento son las siguientes, se encontró que del total de pacientes el 41% n=109 ya no continúa en seguimiento en la institución en el año durante el cual se hizo el seguimiento y respecto al seguimiento de la reaparición del fenómeno de suicidalidad se encontró que en el 17% n=46 del total de la población estudiada hubo reaparición del fenómeno, es importante aclarar que no se puede extrapolar hasta el total de la población pues se consideran también los que no continuaron en seguimiento, del total de los pacientes que continuaron el seguimiento esa n=46 representa al 30% (gráfica 10.14)



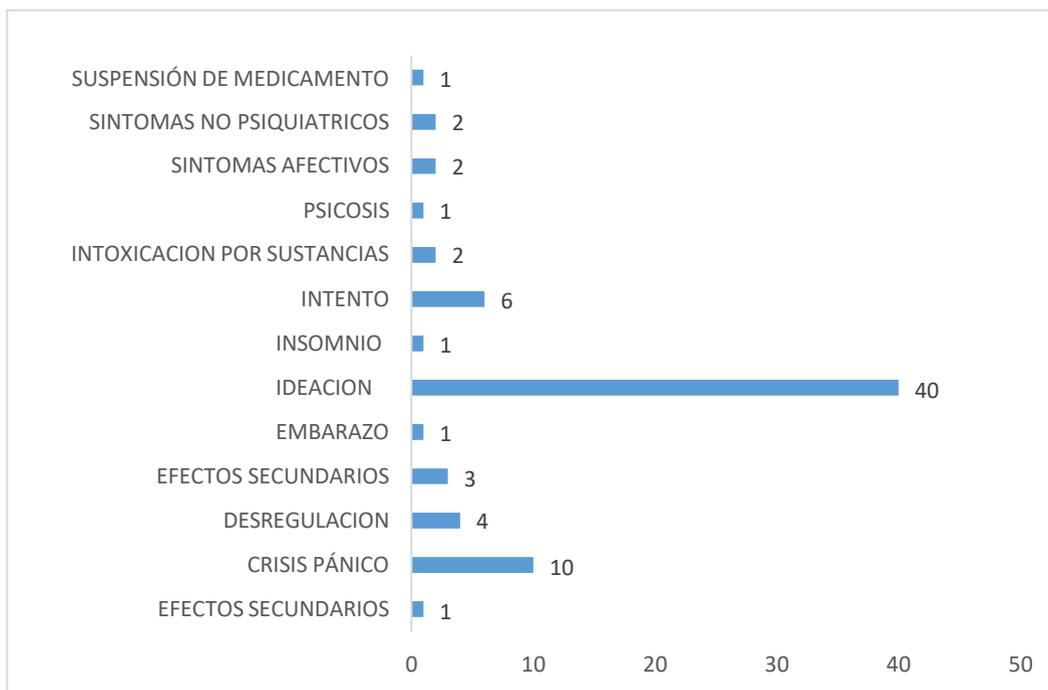
Gráfica 10.14.- Muestra el total de pacientes que no continúan en seguimiento y, de los pacientes que continúan cuántos tuvieron reaparición del fenómeno de suicidalidad.

Los días hasta la primera consulta fueron desde los 3 días y hasta los 56 días, con una media de 19.2 días, menos de la mitad de los pacientes (47%, n=73) fueron citados durante las primeras dos semanas desde su egreso y, solo al 14% de los pacientes (n=22) egresados se les citó en la primer semana (grafica 10.15), el último dígito: (5), representa los casos en los que el seguimiento se da en la consulta externa de la clínica de trastornos alimentarios, por las características individuales de la misma la cita se obtiene mediante una metodología diferente a las demás áreas de la consulta externa.



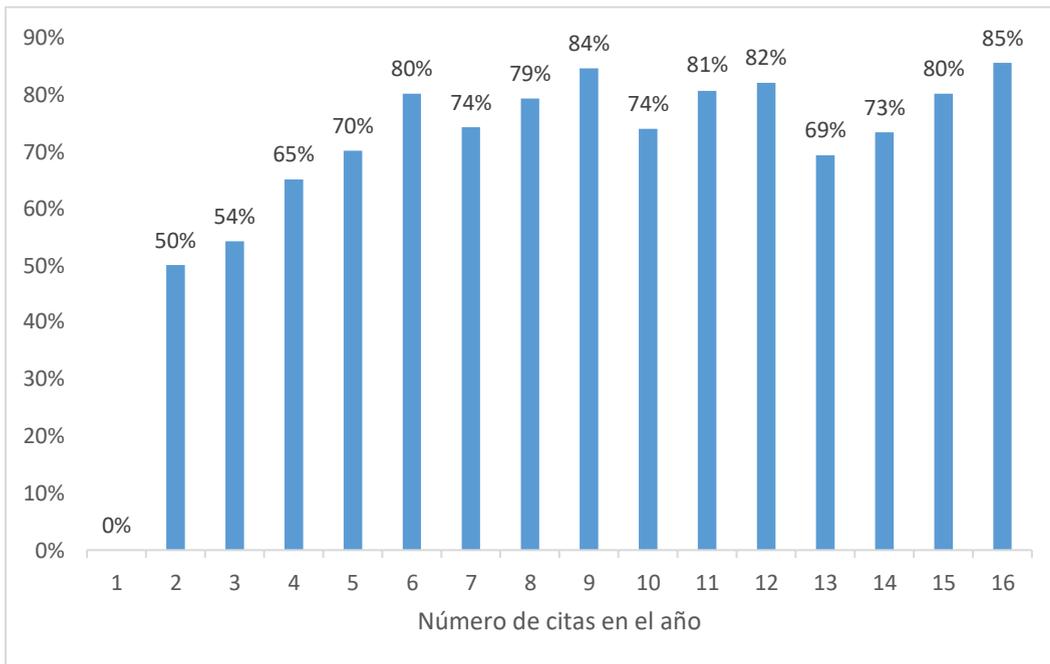
Gráfica 10.15.- Días hasta la primera consulta.

De los 154 pacientes que continuaron la atención en el instituto el 48% n=74 utilizó al menos en una ocasión nuevamente los servicios de APC durante el año posterior a su egreso, los motivos por los cuales acudieron se muestran en la gráfica 10.16, el dato previo de recurrencia del fenómeno de suicidalidad n=46 coincide con los datos obtenidos a saber la suma de ideación más intento n= 46, no se identificó ningún caso con gesto suicida.



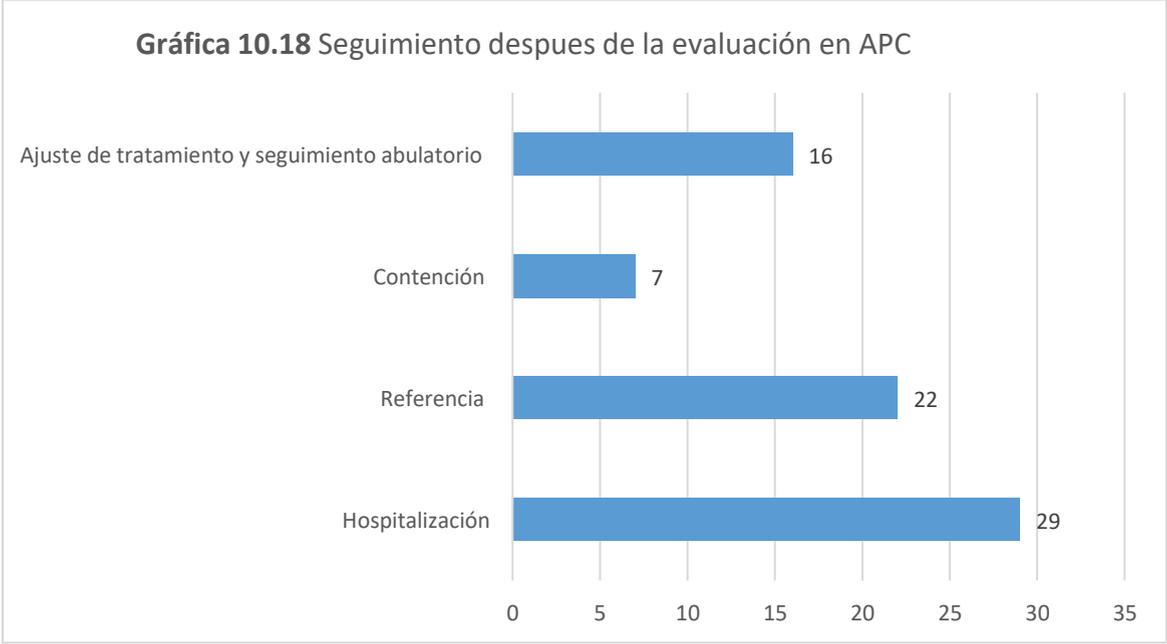
Gráfica 10.16.- causas de recurrencia al servicio de APC durante el año de seguimiento.

El número de citas otorgadas en el año varía desde 1 hasta 16, los pacientes que tienen una sola cita en el año, ninguno asistió, el hecho que hayan sido considerados como que continúan en seguimiento se debe a que fueron hospitalizados nuevamente, por lo tanto, usaron servicios del instituto al menos una vez durante el segundo semestre de su seguimiento. La grafica 10.17 muestra el porcentaje de asistencia comparado con el número de citas que se otorgaron, nos muestra que rebasadas las cinco citas en el año existe una adherencia similar y mejor.



Grafica 10.17.- Media de porcentaje de asistencia comparado con el número de citas que se otorgaron, nos muestra que rebasadas las cinco citas en el año existe una adherencia similar y mejor.

Después de la evaluación en APC los resultados y el seguimiento que se dio a cada uno de los casos se resume en la gráfica 10.18



11. Discusión

La presente investigación ha demostrado las características demográficas y clínicas de los pacientes que ingresan con suicidalidad al servicio de hospitalización en nuestra institución, debido a las características propias del servicio de hospital, se encuentra una gran diferencia respecto al género, con mayor número de usuarios de sexo mujer, es de importancia notar que los egresos por alta voluntaria un 80% de los mismos se dio en pacientes cuyo diagnóstico principal fue algún trastorno de personalidad, prevaleciendo el Trastorno Límite de Personalidad, con ello en cuenta posiblemente se pudiera replantear el formato de hospitalización para pacientes con diagnóstico de personalidad, no minimizando su condición clínica obviamente, ya sea con hospitalizaciones más cortas o un formato de seguimiento extrahospitalario.

Al analizar los datos de los diagnósticos principales de los pacientes que ingresaron se hace evidente nuevamente el punto expuesto previamente pues el 57% del total de ingresos con suicidalidad tuvo como diagnóstico principal el Trastorno Límite de Personalidad, que se eleva al 62% si se consideran los otros trastornos de personalidad del grupo B, nuevamente sin intención de minimizar la condición clínica de los pacientes con trastorno de personalidad probablemente un planteamiento de tratamiento extrahospitalario o de estancia corta, reduzca costos, estrés tanto en médicos como en

los pacientes, más esas conclusiones deben ser realizadas basados en un estudio pertinente, cual no es el caso del presente.

La edad de los pacientes al ingreso se encontró desde los 18 hasta los 71 años, pero tomando como referencia la edad de 45 años notamos que el 84% de los pacientes se encontró por debajo de los 45 años de edad, esto puede tomarse como un correlato de la literatura respecto al suicidio consumado que describe que la mayoría de los casos se encuentra por debajo de los 45 años.^{8,29,21,22}

Otro de los factores de riesgo importantes para suicidio es el desempleo,²² en la muestra se encontró que el 38% de los pacientes se encontraban en desempleo, porcentaje que llega hasta el 74% si se cuentan a los pacientes que tienen una ocupación pero que no reciben remuneración, por ejemplo, hogar, estudiantes o trabajadores de negocios familiares, hago esa aclaración en consecuencia a la posible explicación del factor de riesgo sea por ingresos económicos o como un sentido de utilidad, la soltería también influye como factor de riesgo que se encontró que el 75% de la población se encontraba soltero y seis de ellos (2.2%) estaban separados, al respecto los factores de riesgo asociados son conflictos interpersonales y rupturas de pareja, por lo que no es un dato relevante en nuestra población, a la par que la distribución por edad de nuestra muestra se carga a pacientes jóvenes que se espera aún no hayan contraído matrimonio (ver

gráfica 10.5). Los problemas financieros han sido descritos como factor de riesgo para suicidio²³ y en concordancia con esos datos la población estudiada muestra que el 63% (n=166) fue clasificada en un nivel socioeconómico bajo.

La distribución respecto a la suicidalidad y por fenómeno se encontró de la siguiente manera; el 52% n=138 con ideación suicida, el 45% n=119 con intento suicida y 3% n=6 con gesto suicida, ya se ha hablado de como un intento suicida previo es el principal factor para cometer suicidio,^{24,25,26,27} por lo que el dato que el 45% de los pacientes ingresó con intento suicida adquiere mas relevancia, eso aunado al dato recogido en la gráfica (10.12) que muestra que el 45% (n=120) de la población ya había presentado uno o mas intentos suicidas antes de la evaluación y sin contar el intento suicida que se documentó al momento del ingreso.

La comorbilidad psiquiátrica se ha descrito también como un factor de riesgo importante para suicidio,¹⁷ en la población estudiada se encontró que solo 17 pacientes tenían un diagnóstico (17%), los otros 246 pacientes (93%), tenían comorbilidad de entre 2 y hasta 8 diagnósticos con una media de 3.4 diagnósticos, la asociación mas prevalente fue de TLP + TDM con 153 casos.

Los datos arrojados por las variables de seguimiento son las siguientes, se encontró que del total de pacientes el 41% n=109 ya no continuó su atención en la institución durante

el año que se hizo el seguimiento, de los 154 pacientes que continuaron su atención, la reaparición del fenómeno de suicidalidad se encontró que en el 17% n=46 del total de la población estudiada hubo reaparición del fenómeno, es importante aclarar que no se puede extrapolar hasta el total de la población pues se consideran también los que no continuaron en seguimiento, del total de los pacientes que continuaron el seguimiento esa n=46 representa al 30%, es decir que de los 109 pacientes que ya no tenemos registro de ellos se esperaría que aproximadamente 30 de ellos hayan tenido reaparición del fenómeno de suicidalidad y, lo que suceda con esos 109 pacientes y en especial con esos 30 que se espera tengan nuevamente suicidalidad queda solo en suposiciones.

Los días hasta la primera consulta fueron desde los 3 días y hasta los 56 días, con una media de 19.2 días, el 12% de los pacientes (n=19) fueron citados después de un mes de su alta hospitalaria y, solo al 14% de los pacientes (n=22) egresados se les citó en la primer semana, estos datos son de especial relevancia tanto por que es el motivo principal de nuestro estudio pero mas importante porque se encontró en la literatura consultada que al alta hospitalaria psiquiátrica aumenta las tasas de suicidio,²⁸ durante la primera semana posterior al alta hospitalaria la tasa de suicidios es 300 veces más que la global y después del primer mes posterior al alta es 200 veces más que la global.

El seguimiento posterior al alta hospitalaria psiquiátrica a largo plazo se encuentra aproximadamente en 500 por 100,000 personas por año, lo cual sugiere un riesgo seis veces mayor de suicidio en la primera semana después de alta.²⁸

Si bien sabemos que el seguimiento a pacientes con suicidalidad es difícil, ya sea por idiosincrasia, recursos, tanto humanos como materiales; posiblemente se pudiera hacer algunas adecuaciones para tener mas acercamiento entre el área de consulta externa, trabajo social y el área de hospitalización, pues como se ha notado, no sabemos que ha pasado con 109 pacientes que tienen alto riesgo suicida y que simplemente dejaron de acudir y ellos solo del año 2018, se necesita otro estudio para responder esa cuestión, otra área que posiblemente pudiera cambiar es el tiempo en el que se da la primer cita subsecuente, al tratarse de pacientes con alto riesgo suicida y que se ha demostrado que el alta de hospitalización psiquiátrica es un factor de riesgo importante,²⁸ las consecuencias de que en promedio se de cita a los 19.2 días posterior al egreso, están fuera del alcance del presente estudio.

Fortalezas y limitaciones

Aunque ampliamente se ha descrito el alta de hospitalización psiquiátrica como factor de riesgo para suicidio, en nuestro país existe poca información respecto al seguimiento que se da en este tipo de pacientes, lo cual convierte a nuestro estudio en uno de los

primeros en realizar el seguimiento a dichos pacientes, al ser resultados en su mayoría cuantitativos se reduce el campo de posibles interpretaciones erróneas de la información, además que las variables fueron fácilmente identificadas gracias al sistema de entrevista que maneja la institución.

Respecto a las limitaciones se encuentra que algunas variables son susceptibles a interpretación del personal que realizó el registro, por ejemplo el nivel socioeconómico, la severidad de algunos trastornos para considerarlos diagnóstico principal, si bien no consideramos que lleguen a cambiar los resultados en general, consideramos de importancia, para interpretar con reserva esos datos.

Recomendaciones

Después de explorar los resultados del estudio podemos sugerir un ajuste en el tiempo hasta la primer cita posterior al alta hospitalaria, entendemos las limitaciones propias tanto de recursos humanos y materiales, pero si los pacientes con suicidalidad representan el 48% del total de la población hospitalizada en el 2018 (sin contar altas voluntarias, menores de edad o expedientes incompletos) tal vez sea una medida de reutilización de recursos para mejoría clínica de los pacientes y a posterior un mejor aprovechamiento de los mismos, pero se necesitan más estudios y con metodologías variadas para lograr responder esas hipótesis.

12. Bibliografía

1. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). "suicidio". Consultado julio 15, 2019. disponible en: <https://dle.rae.es/?id=YfnPoSq>
2. Bille-Brahe, Unni & World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). Suicidal behaviour in Europe: the situation in the 1990s / by Unni Bille-Brahe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108117>
3. Hjorthøj, C. R., Madsen, T., Agerbo, E., & Nordentoft, M. (2014). Risk of suicide according to level of psychiatric treatment: a nationwide nested case-control study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(9), 1357–1365. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0860-x>
4. Van Heeringen, K. (2003) The Neurobiology of Suicide and Suicidality. *Can J Psychiatry* 48(5), 292-300. <https://doi.org/10.1177/070674370304800504>
5. Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *Am J Psychiatry*. 164(7): 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2016). *Suicide Data*. Consultado Julio 10, 2019. disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
7. Clayton, P. (2007). *Capítulo 205: Conducta suicida*. En El manual Merk, (p. 1915). N.J. USA: El sevier.
8. INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA ESTADISTICA E INFORMATICA. (2018). *Comunicado de prensa No. 525/18*. Acceso julio 10, 2019, Sitio web: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>

9. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Consultado julio 20, 2019. disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
10. Preti, A., & Miotto, P. (2005). Suicide in classical mythology: cues for prevention. *Acta Psychiatr Scand*, 111(5), 384–391. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00488.x>
11. Farberow NL (1975). *Suicide in Different Cultures*. University, Baltimore, University Park Press.
12. Iglesia Católica. Catecismo de la iglesia católica (2019) *Suicidio No. 2281*. Versión digital, acceso julio 21, 2019, disponible en: http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html
13. Moratiel, V. (2018). *El suicidio como suprema libertad*. Consultado: Julio 20, 2019, de Filosofia&co. Disponible en: <https://www.filco.es/suicidio-como-suprema-libertad/>
14. Valdiviezo, L. (2013) Japón y el suicidio, *Observatorio de la Economía y la Sociedad del Japón*, Disponible en <http://www.eumed.net/rev/japon/>
15. Solano, P., Pizzorno, E., Pompili, M., Serafini, G., & Amore, M. (2018). Conceptualizations of suicide through time and socio-economic factors: a historical mini-review. *Ir j psychol med*, 35(1), 75–86. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.57>
16. Universidad Autónoma de México (2005) Suicidio. *Revista digital Universitaria* 6(11) Recuperado: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art1103c.htm>
17. Hawton K & van Heeringen K. (2011) Suicide. *Lancet*, 373(9672) 1372-1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
18. Oquendo M, Currier D, & Posner K. (2009) Reconceptualización de la nosología psiquiátrica: el caso de la conducta suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 2(2), 63–65. [https://doi.org/10.1016/S1888-9891\(09\)72246-3](https://doi.org/10.1016/S1888-9891(09)72246-3)

19. Dalca, I. M., McGirr, A., Renaud, J. & Turecki, G. (2013) Gender-specific suicide risk factors: a case-control study of individuals with major depressive disorder. *J. Clin. Psychiatry*, 74(12), 1209–1216. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08180>
20. Brent D.A. (2011). Assessment and treatment of the youthful suicide patient. En H. Hendin y J Mann (Eds.), *The clinical science of suicide prevention* (pp. 106-131). New York: New York Academy of Sciences.
21. Bennett, A. T., & Collins, K. A. (2001). Elderly suicide: a 10-year retrospective study. *Am J Forensic Med Pathol*, 22(2), 169–172. <https://doi.org/10.1097/00000433-200106000-00011>
22. Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., & Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides--a case-control study. *Psychol Med*, 31(7), 1193–1202. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004457>
23. Gomez, A. (2012) Evaluación del riesgo de suicidio, *rev. med. clin. condes*. 23(5) 607-615 [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
24. Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *Am J Psychiatry*, 162(2), 297–303. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.297>
25. Jaar E, Barrera A, Gómez A, Lolas F & Núñez C. (1994) Repetidores de intentos de suicidio. *Folia Neuropsiquiátrica*. 29(1), 55-65.
26. Leon, A. C., Friedman, R. A., Sweeney, J. A., Brown, R. P., & Mann, J. J. (1990). Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behavior: the application of survival analysis. *Psychiatry Res*, 31(1), 99–108. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(90\)90112-i](https://doi.org/10.1016/0165-1781(90)90112-i)
27. Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med*, 36(12), 1747–1757. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008786>

- 28.** Chung, D., Hadzi-Pavlovic, D., Wang, M., Swaraj, S., Olfson, M., & Large, M. (2019). Meta-analysis of suicide rates in the first week and the first month after psychiatric hospitalisation. *BMJ open*, 9(3), e023883. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023883>
- 29.** Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista ML. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. México,D.F. McGrawHill education.

