

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

FRECUENCIA DE LA IDEACION SUICIDA EN LOS MEDICOS RESIDENTES  
DE PRIMER INGRESO DEL HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO  
NACIONAL LA RAZA "DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA" UNIDAD  
MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD

**PRESENTA:**

DR PEDRO CÉSAR CASTILLO RAMOS

**QUE PARA OBTENER EL:**

TITULO DE ESPECIALISTA EN  
OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE  
CABEZA Y CUELLO

**Ciudad de México 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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3502.  
HOSPITAL GENERAL Dr. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 18 CI 09 002 001  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 027 2017101

FECHA Martes, 26 de octubre de 2021

**M.E. LAURA ALEJANDRA VILLANUEVA PADRON**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**Frecuencia de la ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso de la UMAE Dr. Gaudencio González Garza Hospital General Centro Médico Nacional La Raza**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3502-115

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dr. Guillermo Careaga Reyna**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3502

Imprimir

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **IDENTIFICACIÓN DE INVESTIGADORES:**

### **INVESTIGADOR RESPONSABLE**

**Dra. Laura Alejandra Villanueva Padrón**

Divisionaria de Investigación

Matrícula:11367164

U.M.A.E. Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional  
La Raza. Av. Vallejo y Av. Jacarandas S/N, colonia La Raza, Alcaldía Azcapotzalco.

Teléfono: 57245900. Extensión 24431

correo: [lauraalejandravillanueva@hotmail.com](mailto:lauraalejandravillanueva@hotmail.com)

### **INVESTIGADOR ASOCIADO**

**Dra. Beatriz Flores Meza**

Médico jubilado del servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Cabeza y Cuello

U.M.A.E. Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional  
La Raza

Maestro en ciencias médicas

Matrícula: 9608788

Calle Nextitla # 7 colonia Nextitla CP 11420 Alcaldía Miguel Hidalgo

Tel. 5532595744

correo: [betyfloresmeza@gmail.com](mailto:betyfloresmeza@gmail.com)

### **ALUMNO**

**Dr. Pedro César Castillo Ramos**

Ex residente de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

Matrícula: 99362226

Calle Juárez No. 83 Centro, Yahualica de González Gallo,

Jalisco, México. C.P. 47300.

Tel 344 784 06 41

correo: [drcesarcastle@yahoo.com.mx](mailto:drcesarcastle@yahoo.com.mx)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA  
UMAE HOSPITAL GENERAL DR GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA



---

**DRA. TERESA RAMOS CERVANTES**  
**DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

---

**DR. SILVIO JURADO HERNANDEZ**  
**JEFE DE SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO CMN LA RAZA**

---

**DRA. LAURA ALEJANDRA VILLANUEVA PADRÓN**  
**INVESTIGADOR PRINCIPAL, DIVISIONARIA DE INVESTIGACIÓN CMN LA RAZA**

---

**DRA. BEATRIZ FLORES MEZA**  
**MÉDICO JUBILADO DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO CMN LA RAZA**

---

**DR. GUILLERMO PIÑA URIBE**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO CMN LA RAZA**

---

**DR. PEDRO CÉSAR CASTILLO RAMOS**  
**EXRESIDENTE DE OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO CMN LA RAZA**

## **AGRADECIMIENTOS**

- A Dios por darme la vida.
- A mis padres y hermanos por su apoyo total e incondicional a pesar de la distancia.
- A Jesús Barba Fonseca por sus consejos.
- A mis maestras asesoras por su motivación, enseñanzas, consejos y orientación para culminar en este proyecto.

## INDICE

RESUMEN	7
MARCO TEORICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	15
HIPÓTESIS	16
OBJETIVOS	17
CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
MATERIALES Y MÉTODOS	19
VARIABLES DE ESTUDIO	20
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO	22
CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
RESULTADOS	25
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFIA	41
ANEXOS	46

## **RESUMEN:**

**“Frecuencia de la ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza “Dr. Gaudencio González Garza” Unidad Médica de Alta Especialidad”.**

## **INTRODUCCIÓN:**

El suicidio es un problema grave y prevenible de salud pública en muchos países, incluido México. Cerca de 800,000 personas se suicidan cada año; se estima que cada 40 segundos una persona se suicida en alguna parte del mundo. Es considerado como la segunda causa de mortalidad entre las personas de 15 a 29 años. Un fenómeno multifactorial que está cobrando cada día mayor importancia debido a su creciente prevalencia. Diversos estudios, tanto epidemiológicos como clínicos y experimentales han apoyado esta noción y han concluido que el suicidio se considera como un proceso integrado por una serie de comportamientos (ideas suicidas, los intentos suicidas, suicidio) que no necesariamente son secuenciales. Considerando a la ideación suicida como el mejor predictor de un intento de suicidio, y los intentos repetidos, a su vez, predicen la consumación. Actualmente está comprobado que la tasa de suicidio en médicos es mayor que en la población general. Siendo las especialidades de psiquiatría y las quirúrgicas en las que presentan mayores índices de suicidio. Por lo que consideramos importante conocer la frecuencia de la ideación suicida en los médicos residentes a su ingreso a las especialidades médicas para identificar ideaciones suicidas y tomar las medidas necesarias para canalizarlos a servicios de salud mental de una manera confidencial, durante los años de estudio y entrenamiento para evitar la consumación del suicidio. Por lo que una adecuada evaluación de la conducta suicida podrá predecir el riesgo.

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza “Dr. Gaudencio González Garza” Unidad Médica de Alta Especialidad

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Serie de casos, retrospectivo, transversal, observacional y analítico. Lugar de estudio: UMAE Hospital General “Gaudencio González Garza” Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se realizó un estudio de la frecuencia de

ideación suicida en médicos residentes de primer ingreso con la aplicación del cuestionario de Ideación suicida (Escala de Beck), validado. (Anexo 1). Análisis estadístico: análisis descriptivo en las variables cualitativas: frecuencia y proporciones y para las cuantitativas medias, según la distribución de los datos, para las variables cualitativas dicotómicas Xi cuadrada . Se usó el paquete estadístico SPSS .24

**Recursos e infraestructura:** Se cuenta con los recursos humanos como son: la Dra. Laura Villanueva y la Dra. Beatriz Flores, ambas con capacitación en y dirección de múltiples tesis de la especialidad de Otorrinolaringología y audiología y otoneurología .Así como de la participación del Dr. Pedro Cesar Castillo Ramos ex residente del servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza. **Experiencia del grupo:** los investigadores participantes, tienen años de experiencia en la educación de los residentes y les parece de sumo interés poder identificar alguna dato que facilite la atención oportuna de residentes con datos de ideación suicida.

**Palabras Claves:** ideación suicida, médicos residentes de primer ingreso

## **MARCO TEÓRICO**

### **ANTECEDENTES:**

El Suicidio es considerado un problema grave de salud pública mundial, predominando en personas jóvenes y en el que intervienen diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales. Este hecho es considerado perjudicial tanto para el individuo que lo comete, como su contexto, debido a la intención destructiva que hay en él. El suicidio es un problema de salud pública en muchos países, incluido México. Cerca de 800,000 personas se suicidan cada año; se estima que cada 40 segundos una persona se suicida en alguna parte del mundo. Es considerado como la segunda causa de mortalidad entre las personas de 15 a 29 años. Es un fenómeno multifactorial que está cobrando cada día mayor importancia debido a su creciente prevalencia. (1)

En 1976 Beck propuso que las ideas suicidas, los intentos suicidas y el suicidio consumado formaban parte de un continuo de suicidalidad de creciente severidad. (2) Y es este autor quien crea la escala de ideación suicida de Beck, una escala validada, vigente hasta la actualidad, que mide la intensidad y las dimensiones (el grado y la severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al internarlo. (3)

La ideación suicida es el mejor predictor de un intento de suicidio, y los intentos repetidos, a su vez, predicen la consumación.(4,5)

La revisión bibliográfica de De la Cruz et al en 1988 concluyen que: Los profesionales de la medicina presentan una prevalencia de suicidio superior a la de la población general. El método más usado por los médicos es el empleo de medicamentos que ellos mismos pueden proporcionarse. Los especialistas con elevado riesgo suicida son los psiquiatras, los otorrinolaringólogos, cirujanos, anestesistas y dentistas. (6)

Actualmente está comprobado que la tasa de suicidio en médicos es mayor que en la población general. (7)

Así identificando a la población en alto riesgo de suicidio y el conocimiento de factores que pueden influenciar esta población ayudaría a desarrollar estrategias de prevención, programas educativos y de salud en esta área. (8,9)

Varios estudios han demostrado factores de riesgo laborales asociados a ideación suicida y altos índices de suicidio en el personal sanitario respecto a la población general. (8,10,11) La

población de estudiantes de educación superior en el país (entre 18 y 25 años) constituye uno de los segmentos con mayor incremento de comportamiento suicida. (10)

La palabra suicidio es un término de dos raíces etimológicas: *Sui* (“de sí mismo”) y *Caedere* (“matar”), es decir, atentado contra la vida propia. (12) o “matarse a sí mismo”.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido al **suicidio** como el acto deliberado de quitarse la vida, es decir matarse deliberadamente;(1)

Se entiende por **intento de suicidio** todo comportamiento suicida que no causa la muerte.(1) Es un acto deliberado que lleva al individuo a hacerse daño él mismo, sin resultados fatales. (13)

La **ideación suicida** Corresponde al pensamiento de acabar con la propia existencia.(14) Se entiende como un síntoma frecuente e inespecífico (antecedente del intento o el suicidio consumado), que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes (15) En general algunos autores sostienen que la ideación suicida está conformada por cuatro etapas: el deseo de morir, la representación suicida (fantasías pasivas de suicidio), la ideación suicida sin un método determinado (idea de autodestrucción sin planteamiento de la acción) y la idea suicida planificada (suicidio planeado). Es evidente que a partir de este último factor se vuelve inminente la llegada del intento suicida que, de lograrse, se consideraría un suicidio consumado.(16,17)

Diversos estudios, tanto epidemiológicos como clínicos y experimentales han apoyado esta noción y han concluido que el suicidio se considera como un proceso integrado por una serie de comportamientos (ideas suicidas, los intentos suicidas, suicidio) (8,18,19) que no necesariamente son secuenciales (20)

Los suicidas tienen un estilo cognoscitivo peculiar, diferente del de los individuos normales y de los que tienen perturbaciones emocionales que no los orillan al suicidio.(21) Como dijo Beck: “La ideación suicida se compone de una serie de actitudes, planes y conductas posiblemente relacionados con los pacientes con ideación suicida que han sido diagnosticados con otros trastornos; sin embargo, la ideación suicida no es una construcción unitaria y sus dimensiones representan distintos patrones de pensamiento y de conducta, pero que están interrelacionados” (14)

La ideación es un indicador del riesgo suicida, pues desde hace décadas se ha comprobado que las personas que consumaron el suicidio presentaron previos pensamientos de quitarse la vida y lo comunicaron a algunos conocidos cercanos a ellos. (22)

Por su implicación como riesgo directo, el componente conductual es el que ha recibido mayor atención para su estudio y prevención;(23) La investigación del componente cognitivo resulta relevante por al menos dos consideraciones: primeramente, porque su estudio ayudará a explicar la activación del proceso suicida; en segundo lugar, porque con ello se contribuirá al desarrollo de métodos para la detección, atención y prevención del proceso suicida desde su inicio. (24)

Como conducta intervienen en su etiología variables biológicas, psicológicas ambientales y socioculturales; los efectos en las familias, los amigos y la sociedad, son complejos y perduran aún mucho tiempo después de la pérdida. El suicidio es una repercusión grave de algunos trastornos psiquiátricos.(1,25) Con frecuencia traslapes, destacan entre éstos la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la ansiedad, la anorexia nerviosa y los trastornos de la personalidad.(25,26,27,28,29)

En México en 2016 el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) reportó 6291 muertes por lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios), lo que representa una tasa de 5.1 suicidios por cada 100 000 habitantes. 5,116 eran hombres (8.6 por cada 100,000 hombres), y 1 173 por mujeres (1.9 por cada 100,000 mujeres) (30)

Por regla general, las prevalencias de la ideación suicida son más elevadas en la población adolescente que en la adulta. (9). Notablemente, en la mayoría de los países los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Las prevalencias internacionales de ideación suicida van desde 3.4% hasta 52.9% en los adolescentes y en los adultos (31), mientras que en México, el rango es de 1% a 40% en los mismos grupos. Además debe tenerse en cuenta que por cada suicidio consumado hay entre 10 y 20 intentos fallidos. (32)

Sin embargo aunque las estadísticas de suicidios consumados son alarmantes, es de mayor preocupación que la ideación suicida se encuentra en franco aumento en todo el mundo. (33) Por ello, desde hace varios años se ha intentado determinar la prevalencia de la ideación suicida en distintos grupos de población, así como los factores diferenciales que determinan su mayor o menor prevalencia por región geográfica, por sector socioeconómico o incluso, por actividad educativa o laboral.(34)

Desde hace algunas décadas, se ha mostrado que existe una relación causal entre el tipo de actividad laboral y la incidencia de suicidios; sin embargo, la evidencia que pretende establecer dicha relación es contradictoria.(35)

En este contexto, creciente evidencia muestra que los médicos, en comparación con la población general, presentan mayor riesgo de muerte por suicidio. (8,36,37)

En una revisión de diferentes bases de datos entre 2004 y 2013 se evidenció mayor riesgo de suicidio en los sectores de enfermería, farmacéutico, odontología y medicina. Las especialidades médicas con mayor riesgo son anestesiología y psiquiatría. La tasa de suicidio es mayor en mujeres. En cuanto los métodos más utilizados en EEUU son las armas de fuego, mientras que en otros países es la sobredosis de drogas, lo cual puede ser explicado por el fácil acceso a los mismos y el conocimiento de sus efectos. Y a su vez se lograron identificar factores que protegen contra el suicidio: Apoyo en el ambiente de trabajo en una situación de crisis, la posibilidad de discutir situaciones estresantes, y el automanejo de horarios o sobrecarga de trabajo.(8)

Los resultados de diversos estudios indican que el riesgo suicida tiende a incrementarse incluso a partir del inicio de la formación de pregrado en medicina. (38)

La formación de pregrado en medicina implica la exposición a variables contextuales institucionales y académicas particulares, que pueden contribuir a la experimentación subjetiva de estrés significativo por parte de los estudiantes de pregrado. Dichas variables contextuales se han correlacionado con el estado de salud general, (39) la estabilidad emocional y el rendimiento académico de los estudiantes de medicina. (40)

Los estudiantes de medicina al inicio de su carrera presentan alteraciones psicológicas o psiquiátricas de prevalencia similar a la observada en otras carreras; (41) sin embargo, al parecer esta situación se va modificando conforme el estudiante avanza en su preparación, especialmente antes de entrar al internado de pregrado y posteriormente en la residencia médica, especialmente si es de tipo quirúrgico. (42)

Se ha reportado que una fuente de insatisfacción en médicos residentes se relaciona con situaciones ambientales, tales como sobrecarga de trabajo en una institución pública de salud, trabajar sin los recursos necesarios, problemas con compañeros o jefes, acoso laboral o desempeñar actividades consideradas impropias para su calidad de médicos en adiestramiento (mensajero, camillero, secretario, etc). (8,43,44,45)

La bibliografía sobre depresión en profesionales de la medicina es abundante, pero no tanto la referente al suicidio a pesar de que es la complicación más grave de los trastornos psiquiátricos. Más del 50% de personas que consuman el suicidio cursaban con un trastorno depresivo; en menor proporción se encuentran la ansiedad y el abuso o dependencia de alcohol. Cuando existe comorbilidad de estos padecimientos, el riesgo para suicidio o intento de suicidio aumenta. (46,47)

En médicos residentes las prevalencias de depresión y ansiedad reportadas presentan rangos amplios probablemente porque estas condiciones usualmente son medidas con escalas que no son diagnósticas, de manera transversal y sin que se confirme la presencia de patología por medio de entrevista psiquiátrica estructurada. (48)

Los reportes en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS van de 25% a 79.6% para depresión y 39% a 69.9% para ansiedad,(49,50) con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año. (51)

Entre los profesionales de la salud existe una tendencia a evitar consultar con especialistas de la salud mental, lo que puede ser explicado por el miedo al estigma social y el miedo de poner en riesgo sus carreras. Lo que a su vez conlleva en muchos casos a comprometer la propia salud de los profesionales y la seguridad de sus pacientes.

Para ello, la Escala de Ideación Suicida de Beck, es una escala validada que mide la intensidad y las dimensiones (el grado y la severidad) de los pensamientos, deseos, preocupaciones y amenazas de suicidio, además de las características y las expectativas del individuo al internarlo. Es de utilidad para evaluar la frecuencia y la duración de los pensamientos suicidas, así como la actitud del paciente hacia ellos.

También se evalúan el grado del deseo de morir y del deseo de vivir, el deseo de intentar suicidarse, los planes para ello, en caso de que los hubiera, y los sentimientos subjetivos de control ante la idea de suicidarse. La escala está formada por 21 reactivos, cada uno de los cuales tiene 3 posibles alternativas, calificadas de acuerdo con su intensidad, de 0 a 2. La suma de éstas indica la severidad de las ideas suicidas. Los dos últimos reactivos no se califican, ya que miden su severidad y el número de intentos previos de suicidarse. En la evaluación de las conductas suicidas se considera su aparición en el último mes, de tal manera que por medio de los reactivos 4 y 5 se define si se sigue o se suspende la entrevista. El punto de corte planteado por Beck es: un puntaje mayor o igual a 10 indica que corre el riesgo de suicidarse. (3)

En algunas investigaciones se utilizó la Escala de Ideación Suicida de Beck, con un punto de corte de 1 o más. En cuanto a la confiabilidad de la escala, en un estudio realizado en México se reporta un alpha de Cronbach de 0.93, es decir que tiene una alta confiabilidad. (52)

La medición de la ideación suicida es aún más compleja y diversa, en lo que respecta a los instrumentos, a su temporalidad y a los puntos de corte utilizados por los investigadores para designar los casos de ideación suicida. Por lo que la ideación suicida presenta importantes variaciones en la población mexicana, especialmente, como era de esperarse, en la edad y el sexo. Asimismo, es necesario unificar criterios entre los investigadores, para poder obtener mejores registros de la ideación suicida. (9)

No obstante los datos, los estudios sobre ideación suicida en médicos en formación son escasos. Las cifras en estudiantes de medicina van de 1.4 a 32.3%,(38,53) en residentes, la prevalencia es más estable (de alrededor de 12%). (54,55).Es por este motivo que la intención del presente estudio es determinar la frecuencia de ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso para tomar las medidas necesarias para canalizarlos a servicios de salud mental de una manera confidencial, durante los años de estudio y entrenamiento para evitar la consumación del suicidio.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En México, los estudios publicados sobre ansiedad y depresión en estudiantes de medicina y médicos han comprobado una relación multifactorial con componentes predisponentes como el padecer enfermedades mentales, situaciones personales familiares, estrés a las que están sometidos durante su formación y en el ambiente de trabajo, jornadas laborales prolongadas y malos hábitos de alimentación y descanso, aunado a la ingestión de bebidas alcohólicas o drogas. Por lo que los médicos residentes se encuentran en una situación de mayor riesgo en comparación con la población general y otras profesiones de padecer ideación suicida (que puede ser desapercibidas por las instituciones médicas) intentos de suicidio y la consumación del mismo. Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la frecuencia de la ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza “Dr. Gaudencio González Garza” Unidad Médica de Alta Especialidad?**

## **JUSTIFICACIÓN**

La ideación suicida es considerada un problema de salud pública tanto nacional como internacional y aumenta su prevalencia en los médicos con respecto a la población general.

Genera un problema económico-social en el entorno familiar aun años después de ocurrido el suceso.

Los médicos que necesitan ayuda, no la buscan por el temor a la estigmatización en el ambiente de trabajo, por desconfianza a perder el mismo, por incertidumbre a la desconfianza por parte de sus pacientes y a que la atención de su salud mental no sea confidencial.

Debido a lo descrito previamente, se hace de manifiesto la necesidad de que las escuelas de medicina y las instituciones médicas reconozcan el problema y apliquen exámenes de valoración psicológica, incluyendo el cuestionario de Escala de Beck para identificar médicos residentes , personal médico y paramédico con ideaciones suicidas y así poder tomar las medidas necesarias para canalizarlos a servicios de salud mental de una manera confidencial, durante los años de estudio y entrenamiento para evitar la consumación del suicidio. Por lo que una adecuada evaluación de la conducta suicida podrá predecir el riesgo.

## **HIPÓTESIS**

**Alternativa:** La frecuencia de la ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza “Dr. Gaudencio González Garza” Unidad Médica de Alta Especialidad es alta.

**Nula:** La frecuencia de la ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza “Dr. Gaudencio González Garza” Unidad Médica de Alta Especialidad es baja.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la frecuencia de la ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza “Dr. Gaudencio González Garza” Unidad Médica de Alta Especialidad.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Relacionar la frecuencia de ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso de la UMAE Hospital General “Dr. Gaudencio González Garza” Centro Médico Nacional La Raza al aplicar el cuestionario de la Escala de Beck.

Conocer el género y edad de los médicos residentes participantes.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión:**

1. Se incluirán todos Cuestionarios de Beck que se aplicaron a Residentes de primer ingreso de ambos géneros del HGCMNR durante 2017 por parte de la Dirección de Investigación y Enseñanza del HGCMNR
2. Médicos Residentes de primer ingreso que hayan aceptado contestar el cuestionario de la Escala de Beck de ideación suicida, con firma de la carta de consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión:**

Médicos residentes que cuenten con el diagnóstico de ideación suicida.

### **Criterios de eliminación:**

Reactivos del cuestionario de la Escala de Beck de ideación suicida incompletos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

**Diseño:** Serie de casos (aplicación de encuesta validada)

### **Tipo de estudio:**

- Transversal
- Retrospectivo
- Observacional
- Analítico

### **Ubicación espacio temporal:**

Estudio a realizarse en el Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, Unidad Médica de Alta especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **Estrategia de trabajo:**

Una vez aprobado el protocolo por el comité de investigación en Salud, el Dr. Pedro Cesar Castillo Ramos, realizará la búsqueda de los resultados de las encuestas de escala de Beck de ideación suicida aplicada a los médicos residentes de primer año en 2017 de la UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza la cuales fueron realizadas por la Dirección de Investigación y enseñanza ,bajo consentimiento de los participantes , todos los datos se vaciaran en SPSS para realizar estadística descriptiva , análisis y conclusiones .

### **Tamaño de la muestra:**

**Población:** Total de médicos residentes de primer año que ingresaron a la UMAE Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" Centro Médico Nacional La Raza que contestaron completamente el cuestionario de la Escala de Beck de ideación suicida en el año 2017 en el IMSS.

**Tamaño de la muestra:** 114 encuestas de Escala de Beck de ideación suicida aplicada a los médicos residentes de primer año en el año 2017.

Fecha de realización del estudio : Enero a Noviembre 2021.

### **Análisis estadístico**

Para las variables cualitativas: frecuencia y proporciones y para las cuantitativas medias, según la distribución de los datos, para las variables cualitativas dicotómicas Xi cuadrada . Se uso paquete estadístico SPSS 24 y se considerarán significativos con un  $p < 0.05$  .

## **VARIABLES DE ESTUDIO:**

### **Género:**

Definición conceptual: Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre. De acuerdo a la diferencia entre genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales.

Definición operacional: El investigador asociado obtendrá esta información de la base de datos del servicio de enseñanza del HGCMNR La Raza.

Tipo de variable: Cualitativa nominal

Unidad de medida: Hombre o mujer.

### **Edad:**

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento.

Definición operacional: El investigador asociado obtendrá esta información de la base de datos del servicio de enseñanza del HGCMNR La Raza.

Tipo de variable: Cuantitativa continúa.

Unidad de medida: Años cumplidos.

### **Ideación suicida:**

Definición conceptual: Pensamiento de acabar con la propia existencia, posee dos dimensiones: el deseo y la planeación de la propia muerte. Es un síntoma frecuente e inespecífico que refleja el nivel del conflicto interno, que aumenta cuando una persona con poca capacidad de enfrentamiento tiende a experimentar situaciones estresantes.

Definición operacional: El investigador colaborador revisara cada una de las respuestas del cuestionario de ideación suicida de Beck validado, realiza la sumatoria de todos los puntos y calificará el grado de ideación suicida determinada.

Tipo de variable: Cuantitativa nominal

Unidad de medida: Cada reactivo se registró en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2. Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos

de que las puntuaciones de los reactivos 4 y 5 sean de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada reactivo se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros reactivos, ya que el reactivo 20 tiene sólo valor descriptivo y no se tiene en cuenta para la puntuación total ( ver Anexo 1)

**Médico residente de primer ingreso:**

Definición conceptual: Es el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. Además, estos deben estar avalados y supervisados por una institución universitaria.

Definición operacional: El investigador asociado obtendrá esta información de la base de datos del servicio de enseñanza del HGCMNR La Raza.

Tipo de variable: Cuantitativa nominal.

Unidad de medida: Primer año de la especialidad. Si ( ) No ( )

## **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Se realizó búsqueda bibliográfica actualizada del tema para iniciar el marco teórico del proyecto con la supervisión de la investigadora responsable y de la asociada.

Una vez aprobado el protocolo por el comité local de investigación médica participante, el Dr. Pedro César Castillo Ramos procedió a solicitar los cuestionarios de la Escala de Beck (Anexo 1) a la Dirección de investigación y Enseñanza que aplicado a los residentes de las diferentes especialidades de primer ingreso, en el año 2017 del Hospital General CMNR "Dr. Gaudencio González Garza" UMAE, región norte del IMSS. Los médicos residentes que entrarán al estudio deberán cumplir con los criterios de inclusión que consiste en haber contestado la escala de ideación suicida validada en su totalidad, así como firmado la carta de consentimiento informado y se eliminara a los que cuenten con antecedente de diagnóstico de ideación suicida.

Posteriormente se comenzará la captura de la información necesaria (Anexo 2). Los datos serán vaciados a una hoja de cálculo de Excel, para su análisis y descripción con ayuda del software SPSS V15.

Posteriormente se realizó el análisis de los resultados obtenidos, se realizaron cuadros, gráficas y descripción de los mismos, se efectuó discusión y conclusiones .

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se considera de **Categoría I, es decir, Investigación sin riesgo** debido a que se obtendrán los datos de un cuestionario que se aplicó ( Cuestionario de Beck) ya validado sobre ideación suicida , con previa autorización de los participantes al firmar una carta de consentimiento informado en su momento.

La realización de este estudio, no interfiere con los aspectos éticos señalados por la **Ley General de Salud** de los Estados Unidos Mexicanos, ya que no le confiere lesión o daño al paciente.

Nos mantendremos apegados a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de la **Declaración de Helsinki** de la **Asociación Médica Mundial**, adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, Octubre 1975, 35a Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983, 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, Septiembre 1989, 48a Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004.

### Reglamento de la ley General de Salud

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Títulos del primero al sexto y noveno 1987. Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de Atención a la Salud.

### Reglamento federal:

Título 45, sección 46 y que tiene consistencia con las buenas prácticas clínicas.

## Declaración de Helsinki:

Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión en Escocia, octubre 2000.

Principios éticos que tienen su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: **“Todos los sujetos en estudio firmarán el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas, manteniendo el anonimato de los participantes”**.

**Los posibles participantes son considerados un grupo importante de médicos en formación de especialista y que debido a las múltiples necesidades de aprendizaje y formación académica pudieran ser un grupo vulnerable** de poder desarrollar ideaciones de tipo suicida, por lo cual es de sumo interés la detección oportuna y adecuada de esta potencial situación.

El presente protocolo será sometido al Comité Local de Investigación y Bioética del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza para su autorización.

En todo momento **se mantendrá la confidencialidad de los datos personales de cada uno de los participantes** y se utilizara un folio asignado para la identificación de los mismos que solo los investigadores conocerán.

**El beneficio obtenido al realizar este estudio será la detección de alumnos con riesgo de suicidio**, actualmente la elaboración de este informe nos proporciona más datos para evitar riesgos de suicidio con los residentes y poder tomar acciones específicas y de ayuda para esta comunidad.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

El investigador responsable, así como los investigadores asociados, aseguran que no existe conflicto de interés para la realización de este estudio ni para su publicación.

## RESULTADOS:

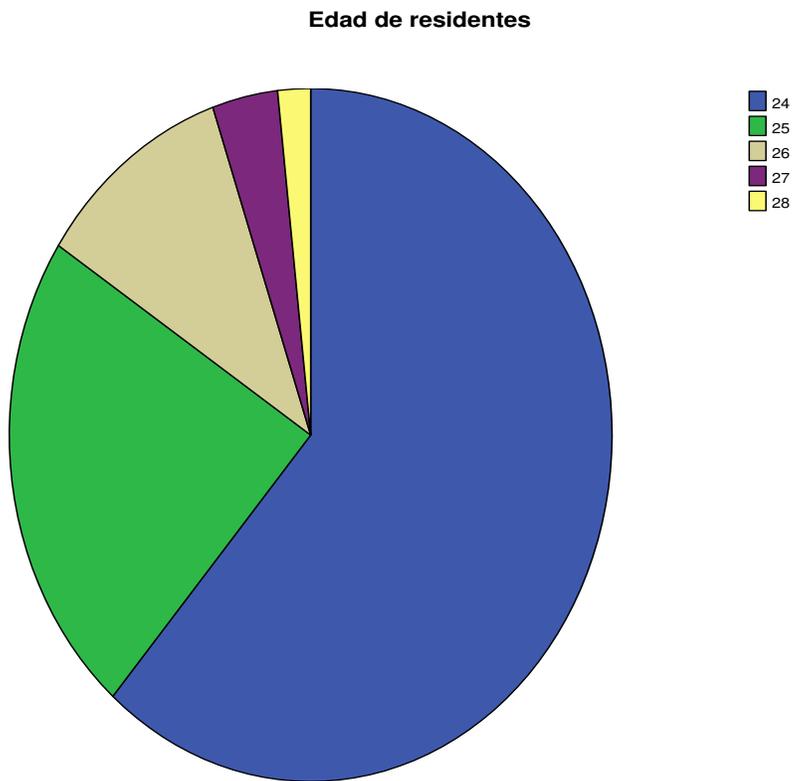
### RESULTADOS:

En el presente estudio participaron un total de 114 residentes de primer ingreso a la especialidad, de los cuales 62 (54.4 %) fueron mujeres y 52 (45.6 %) hombres.

#### Genero de los residentes

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Mujer	62	54.4
	Hombre	52	45.6
	Total	114	100.0

De los 114 residentes, la frecuencia por edades fue la siguiente: 70 de 24 años, 26 de 25 años, 12 de 26 años, 4 de 27 años y 2 de 28 años.

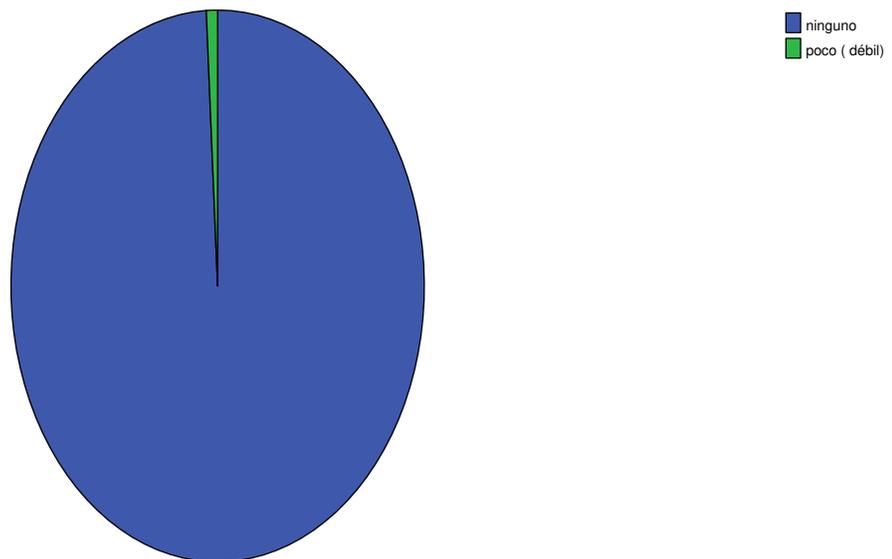


**Características de las actitudes hacia la muerte: 1.1 Deseo de vivir**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos moderado a fuerte	113	99.1
poco( débil)	1	.9
Total	114	100.0

**Características de las actitudes hacia la muerte: 1.2 Deseo de morir**

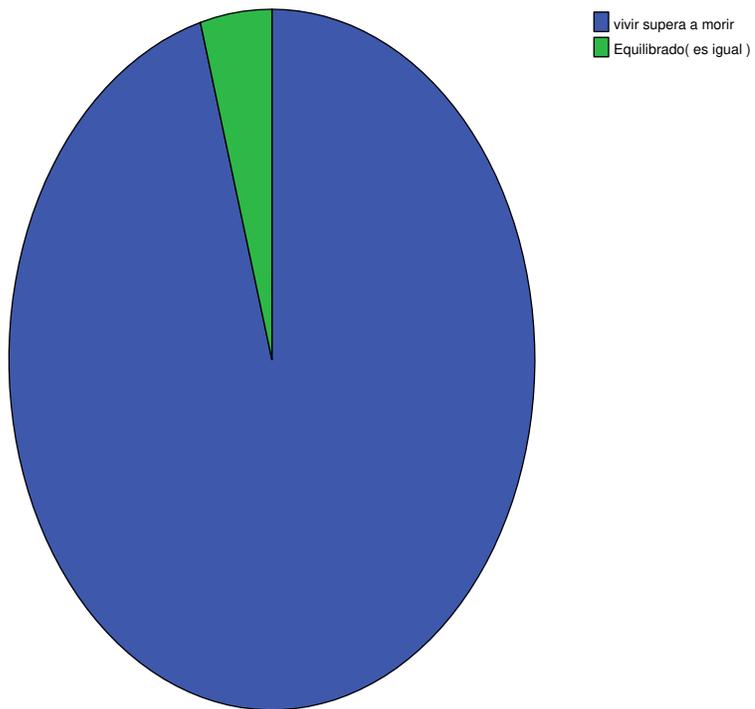
**Características de las actitudes hacia la muerte: 1.2 Deseo de morir**



**Características de las actitudes hacia la muerte: 1.3 Razones para Vivir/Morir**

**109 residentes contestaron: vivir supera a morir y 5 residentes contestaron: equilibrado (es igual)**

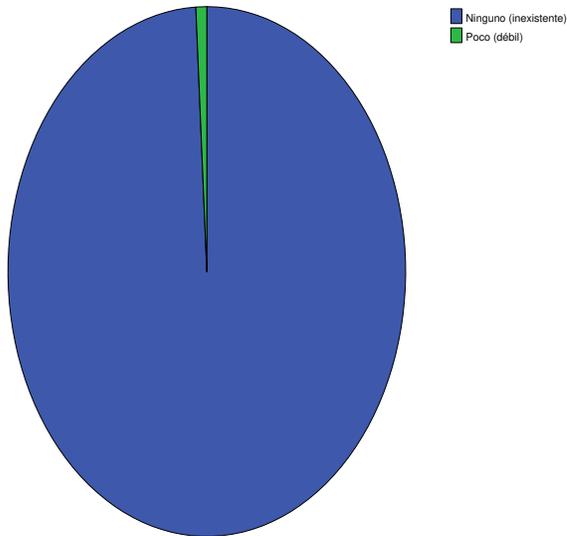
**Características de las actitudes hacia la muerte: 1.3 Razones para Vivir/Morir**



**Características de las actitudes hacia la muerte: 1.4 Deseo realizar un intento de suicidio activo**

113 residentes no tuvieron deseos de realizar un intento de suicidio activo y sólo 1 residente respondió poco (débil).

**Características de las actitudes hacia la muerte: 1.4 Deseo realizar un intento de suicidio activo**



**Características de las actitudes hacia la muerte:1.5 Deseo pasivo de suicidio**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Tomaría precauciones para salvar su vida	112	98.2
Dejaría la vida/Muerte a la suerte	1	.9
Evitaría los pasos necesario para salvar o mantener su vida	1	.9
Total	114	100.0

**Características de los pensamientos/ Deseo de suicidio: 2.1Duración**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Breves periodos pasajeros	114	100.0

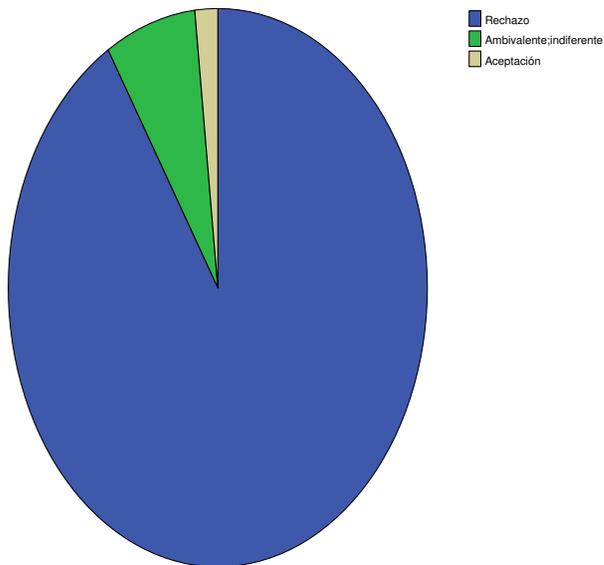
**Características de los pensamientos/Deseo de suicidio: 2.2Frecuencia**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Rara, ocasionalmente	113	99.1
Intermitente	1	.9
Total	114	100.0

**Características de los pensamientos/Deseos de suicidio 2.3 Actitud hacia los pensamientos/deseos**

**104 residentes contestaron: rechazo , 8 contestaron: ambivalente; indiferente y 2 contestaron aceptación.**

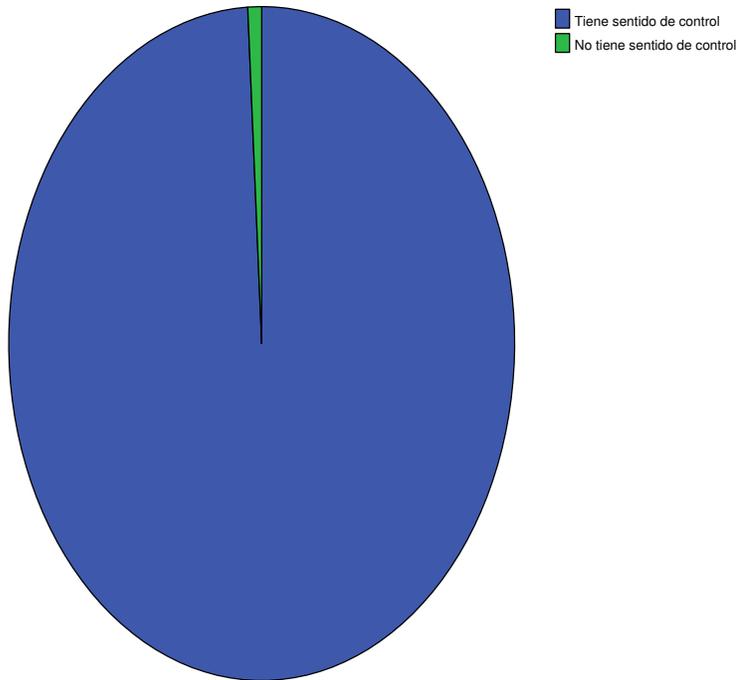
**Características de los pensamientos/Deseos de suicidio 2.3 Actitud hacia los pensamientos/deseos**



**Características de los pensamientos/Deseos de suicidio 2.4 Control sobre la acción/deseo de suicidio**

**113 residentes contestaron: tiene sentido de control y sólo 1 contestó: no tiene sentido de control.**

**Características de los pensamientos/Deseos de suicidio 2.4 Control sobre la acción/deseo de suicidio**



**Características de los pensamientos/Deseos de suicidio 2.5 Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos No lo intentaría porque algo lo detiene	111	97.4
Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen	3	2.6
Total	114	100.0

**Características de los pensamientos/Deseos de suicidio2.6Razones para pensar/desear el intento suicida**

x

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza	58	50.9
Combinación de 0-2	24	21.1
Escapar, acabar, salir de problemas	32	28.1
Total	114	100.0

**Características del intento2.1.1Método:Especificidad/oportunidad de pensar en el intento**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Sin considerar	111	97.4
Considerado, pero sin elaborar los detalles	2	1.8
Detalles elaborados/bien formulados	1	.9
Total	114	100.0

**Características del intento 2.1.2 Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Método no disponible, no oportunidad	110	96.5
	Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente	4	3.5
	Total	114	100.0

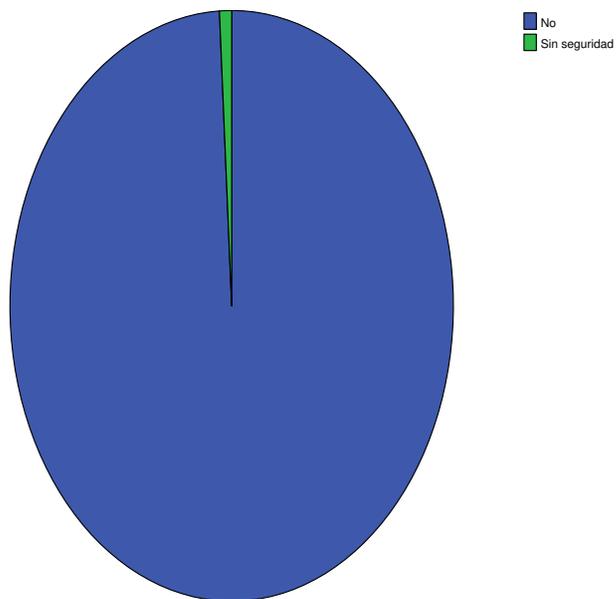
**Características del intento 2.1.3 Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento**

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente	99	86.8
	No está seguro de tener valor	12	10.5
	Está seguro de tener valor	3	2.6
	Total	114	100.0

### Características del intento2.1.4Expectativa/anticipación de un intento real

113 residentes contestaron que no, y 1 residente contestó sin seguridad.

Características del intento2.1.4Expectativa/anticipación de un intento real



### Actualización del intento3.1Preparación real

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Ninguna	113	99.1
Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)	1	.9
Total	114	100.0

### Actualización del intento 3.2 Nota suicida

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Ninguna	111	97.4
Considerado, pero sin elaborar detalles	2	1.8
Detalles elaborados/bien formulados	1	.9
Total	114	100.0

### Actualización del intento 3.3 Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos)

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos No	110	96.5
Sólo pensados, arreglos parciales	1	.9
Terminados	3	2.6
Total	114	100.0

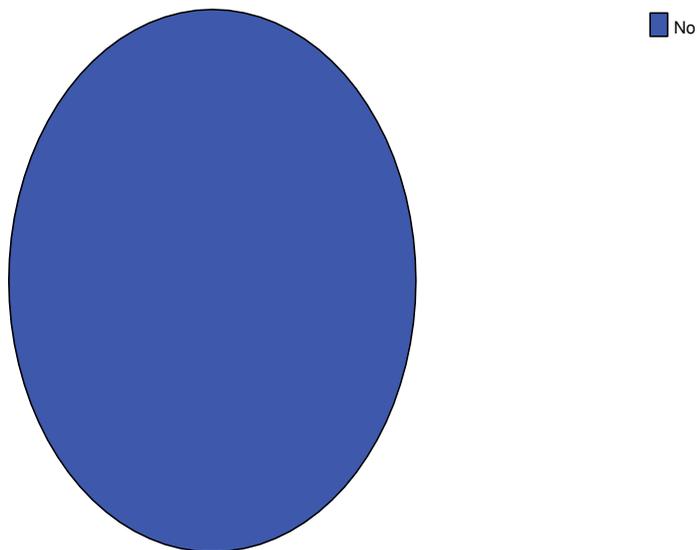
### Actualización del intento 3.4 Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Revela las ideas abiertamente	102	89.5
Revela las ideas con reservas	8	7.0
Encubre, engaña, miente	4	3.5
Total	114	100.0

### Actualización del intento 3.5 Intento de suicidio anterior

Ninguno de los residentes tuvo algún intento de suicidio anterior.

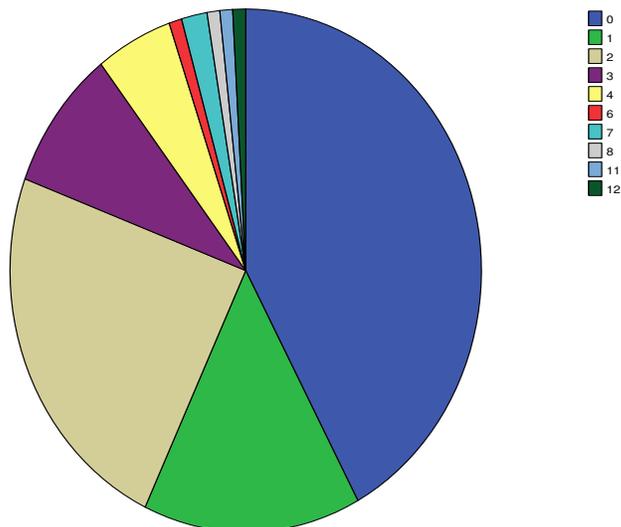
### Actualización del intento 3.5 Intento de suicidio anterior



### Puntaje final Escala de Beck

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	0	48	42.1
	1	17	14.9
	2	27	23.7
	3	10	8.8
	4	6	5.3
	6	1	.9
	7	2	1.8
	8	1	.9
	11	1	.9
	12	1	.9
	Total	114	100.0

Puntaje final Escala de Beck



Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el deseo activo y el pasivo de realizar un intento de suicidio activo y el punto final de la escala de ideación suicida de Beck con una  $p < 0.05$ .

## **DISCUSIÓN:**

Observamos en nuestros participantes que el 90% no tuvieron deseo de realizar un intento de suicidio y sólo 1 participante tuvo poco o débil deseo de realizarlo. Por lo que la escala de ideación suicida de Beck es muy confiable.

En la mayoría de los países los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres que en los hombres, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Lo que concuerda con la observación de que la tasa de suicidio es mayor en mujeres en los sectores de enfermería, farmacéutico, odontología y medicina, tal como lo reportan Mingote, Crespo et al en 2013.

En nuestra población no encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el género y el puntaje final de la escala de ideación suicida de Beck.

La edad promedio de nuestros participantes fue de 24 años. Lo que contrasta con lo observado por los autores Cano, Cicirello et al. quienes observaron que por regla general, las prevalencias de la ideación suicida son más elevadas en la población adolescente que en la adulta. Los extremos de la vida, como son jóvenes en edades activas y entre los hombres ancianos son grupos etáreos de mayor incidencia, de acuerdo cifras del INEGI.

En nuestro grupo de estudio encontramos una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el puntaje final de la escala de ideación suicida de Beck, lo que nos hace considerar la edad promedio de nuestro grupo, que era de 24 años.

### **Actitudes hacia la muerte:**

En el apartado de las actitudes hacia la muerte de la escala de ideación suicida de Beck encontramos que nuestra población obtuvo en >90 % de los participantes, puntajes de 0, es decir, no tenían problemas o pensamientos suicidas. Y en el 8.8% de los entrevistados, localizamos puntajes que van desde 1 hasta 3, lo que los sitúa en un puntaje bajo, ya que en esta sección el puntaje más alto corresponde a 10 puntos.

### **Características de los pensamientos/deseos de suicidio:**

Encontramos que el 50.9 % de la población tuvo un puntaje de 0, solamente 48.2 % presentaron puntajes de 1 hasta 4 y sólo 1 de los participantes tuvo un puntaje de 6, en este apartado el puntaje más alto correspondía a 12 puntos.

### **Características del intento:**

El 84.2 % de los participantes tuvieron puntaje de 0, y el 15.8 % restante tuvieron puntajes de 1 hasta 3, considerando el puntaje más alto de 8, lo que significa que nuestra población presenta un intento de suicidio muy bajo, y el resto lo han considerado en un momento o no están seguros.

**Actualización del intento:**

El 87.7 % presentó puntaje de 0, y el 12.3 % presentó puntajes entre 1 y 5, siendo el puntaje más alto de 8 puntos, lo que significa que un alto porcentaje de nuestra población sigue presentando puntajes bajos de 0 y el 12.3% restante presentó puntajes de 1 hasta 5, es decir, que sólo pocos de los participantes tenían pensado un reintento de suicidio. La gran mayoría de nuestra población nunca lo habían considerado.

Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el deseo activo y pasivo de realizar un intento de suicidio y el puntaje final de la escala de ideación suicida de Beck con una  $p < 0.05$ , lo que significa que el deseo de realizar un intento de suicidio activo y pasivo están estrechamente relacionados con el puntaje final alcanzado de la escala de Beck. En nuestra población encontramos que más del 90 % de los residentes alcanzaron puntajes de 0, es decir, no tenían riesgo de ideación suicida y sólo encontramos 1.8 % (2 participantes) con puntajes entre 11 y 12, lo que significa un bajo porcentaje de residentes con intencionalidad suicida.

## **CONCLUSIONES:**

1. La población de residentes de primer ingreso fue 114, de los cuales 62 correspondieron a mujeres (54.4 %) y 52 a hombres (45.6 %).
2. El promedio de edad de nuestros participantes fue de 24 años.
3. De acuerdo al puntaje final de la escala de Ideación Suicida de Beck más del 90 % de nuestra población no tuvo ideación suicida.
4. Menos del 2 % de la población analizada llegaron a presentar pensamientos suicidas.
5. Con respecto a las características de las actitudes hacia la muerte, el 2.7 % de nuestra población de estudio (3 participantes), presentaron el deseo de realizar un intento de suicidio activo o pasivo.
6. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la edad de los participantes y el puntaje final de la escala de ideación suicida de Beck, lo que nos hace considerar que la edad promedio de los residentes se encuentra en el rango donde hay menor riesgo para considerar un suicidio.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Organización Mundial de Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra; OMS; 2013. DISPONIBLE: [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/exe\\_summary\\_spanish.pdf?Ua=1](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?Ua=1)
2. Beck A, Kovacs M, Weissman A. Hopelessness and suicidal behavior. JAMA. 1976;234:1146-49.
3. Beck A, Steer R, Beck J, Newman C: Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. 1993; Suicide Life-Threat Behav, 23(2):139-145.
4. Borges G, Wilcox H, Medina M, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal Behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month Prevalence, Psychiatric Factors and Service Utilization. Salud Mental 2005;28(2): 41.
5. Borges G, Benjet C, Medina M, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. J American Academy child Adolescent Psychiatry
6. 2008;47(1):41
7. de la Cruz C, Corominas A, Sarró B. El suicidio en la profesión médica: revisión bibliográfica. Monografías Médicas Jano. 1988;2(9).
8. Mingote J, Crespo D, Hernández M, Navío M, Rodrigo C. Prevención del suicidio en médicos. 2013;59(231)176-204.
9. Cano M, Cicirello S, López A, Aguilar M. Current framework of suicidal ideation in health professionals. Med Segur Trab. 2014;60(234):219-238.
10. Mondragón L, Borges G, Gutiérrez R. La Medición de la Conducta Suicida en México: Estimaciones y Procedimientos. Salud Mental. 24 (6); 4-15, 2001.
11. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud Pública de México. 2010;52(4):292-304.
12. Gutiérrez AG, Contreras C, Orozco R. El Suicidio, Conceptos Actuales. Salud Mental. 2006;29 (5):66-74.
13. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 13ª ed. Barcelona: España; MASSON. 1992. 1181.7

14. Dijkstra R, Garnefski M: On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide Life-threat Behav*, 25(1):36-57, 1995.
15. Beck A, Kovacs M, Wiessman M. Assessment of suicidal intent: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1979; 47(2):343-352
16. Clum G, Patsiokas A, Luscomb R: empirically based comprehensive treatment program for parasuicide. *J couns clin Psychol*, 47:937-945, 1979.
17. Pérez BS. El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana Medicina General Integral*. 1999;15(2):196-217.
18. Córdova M, Rosales M, Caballero R. Ideación suicida en jóvenes universitarios: su asociación con diversos aspectos psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*. 2007;15(2):17-21.
19. Beck A, Weissman A, Lester D, Trexler L. Classification of suicidal behavior. II Dimensions of suicidal intent. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33:835-837.
20. Reinecke, M. Franklin-Scott, L. Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior. Trenton, NJ: John Wiley & Sons, Inc. 2005.
21. González-Forteza C, Villatoro J, Alcántar I, Medina-Mora ME, Fleiz C, Bermúdez P, Amador N. Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes de la ciudad de México 1997-2000. *Salud Mental*. 2002; 25 (6):1-12.
22. Beck A, Steer R, Sanderson W, Madland T. Panic disorder and suicidal ideation and behavior: Discrepant findings in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 1991;148:9.
23. McAuliffe C. Suicidal Ideation as an Articulation of Intent: A focus for Suicide Prevention? *Archives of suicide Research*. 2002;6(4):325-338.
24. Córdova M, Rosales J. Ideación suicida: treinta años de investigación en estudiantes universitarios mexicanos. *Psicología y Salud*. 2016;26 (2):233-243.
25. Rosales J, Córdova M, Ramos R. Ideación suicida en estudiantes mexicanos: un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*. 2012;22(1):63-74.
26. Mann JJ: Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4 (10):819-828.

27. Hjar M,Rascon R,Blanco J,López M. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993).Salud Mental.1996;19(4):14-21.
28. Inskip H,Harris E,Barraclough B.Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry. 1998;172:35-37
29. Jiménez A, Ibarra C, Peña-Losa-García L, Díaz-Galvis JL. El suicidio en instituciones psiquiátricas: descripción de dos casos. MedUNAB.2004;7:140-143.
30. Joiner T,Brown J,Wingate L. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. Annu Rev Psychol.2005;56:287-314.
31. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA: Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios. Cuaderno Número 4:5. México,1999.
32. INEGI. Estadística de Intentos de Suicidio y Suicidios.Cuaderno 8:20-25,México,2002.
33. Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Ginebra: comunicados de Prensa de la OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/releases/2004/pr61/es/#>
34. Raeisei A, Mojahed A. The relationship between personality styles of sociotropy and autonomy and suicidal tendency in medical students. Glob J Health Sci.2015; 7(3):345-50.
35. McLean L, booza J, Balon R. The impact of medical school on student mental health. Acad Psychiatry.2016;40(1):89-91.
36. Milner A, Spittal M, Pirkis J, LaMontagne A. suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2013;203:409-416.
37. Hawton K,Agerbo E,Simkin S,Platt B,Mellanby R. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers.J Affect Disord.2011;134:320-6.
38. Schernhammer E, Colditz G. Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). Am J Psychiatry. 2004;161:2295-302.
39. Schwenk T, Davis L, Wimsatt L. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. JAMA. 2010;304:1181-90.

40. Cherkil S, Gardens SJ, Soman D. Coping styles and its association with sources of stress in undergraduate medical students. *Indian J Psychol med.* 2013;35:389-93.
41. Yusoff M, Esa A, Mat Pa M, Mey S, Aziz R, Abdul Rahim A. A longitudinal study of relationships between previous academic achievement, emotional intelligence and personality traits with psychological health of medical students during stressful periods. *Educ Health.* 2013;26:39-47.
42. Mackenzie S, Wiegel J, Mundt M. Depression and suicide ideation among students accessing campus health care. *Am J Orthopsychiatry.* 2011;81(1):101-7.
43. Cruzado L. La salud mental de los estudiantes de medicina. *Rev Neuropsiquiatr.* 2016;79(2):73-75.
44. Reames H, Dunstone D. Professional satisfaction of physician. *Arch Intern Med.* 1989;149:1951-56.
45. Mechanic D. Physician discontent. Challenges and opportunities. *JAMA* 2003;290(7):941-46.
46. Viniegra V. El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Rev Med IMSS.* 2005;43:305-21.
47. Gutiérrez AG, Contreras CM, Orozco RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental* 2006;29(5): 66-74.
48. Lecrubier Y. The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. *Eur Psychiatry* 2001; 16(7): 395-399. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092493380100596X>.
49. Sepúlveda A, Romero A, Jaramillo L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2012;69(5):347-354.
50. Dávila J, Alfaro J, Padilla J. Prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes del Hospital de especialidades Centro Médico Nacional La Raza. *Medicina Interna de México.* 2006;22:73.
51. Betancourt M, Rodríguez C, Vallecillo I, Sánchez L. Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Psiquiatr Biol.* 2008;15(5):147-52. Disponible en <http://zl.elsevier.es/es/reiavista/psiquiatria-biologica-46/sumario/vol-15-num-05-13007008>.

52. Vázquez C. Depresión y grados de la misma durante la residencia de acuerdo a especialidad y año en curso. Tesis de especialidad en medicina interna 1998. UMAE, Hospital de Especialidades, C.M.R.
53. Mondragón L, Saltijeral M, Bimbela A, Borges G: La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. 1998; Salud Mental, 21(5):20-27.
54. Van Niekerk L, Scribante L, Raubenheimer P, Suicidal ideation and attempt among South African medical students. S Afr Med J 2012; 102:372-3. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22668910>.
55. Fagnanin R, Sueko C, Mosca P, Albuquerque V, Nogueira L. Clinical and demographic profile of users of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidad Federal de Sao Paulo. Sao Paulo Med J 2004; 122 (4):152-7. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v1224.pdf>.
56. Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal Thoughts among Medical Residents with Burnout. Arch Suicide Res 2008;12: 344-346.

## **Anexo 1**

### **CUESTIONARIO DE ENCUESTA DE BECK**

“Escala Beck de pensamientos suicidas”.

#### **I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE**

##### **1. Deseo de vivir**

- 0. Moderado a fuerte
- 1. Poco (Débil)
- 2. Ninguno (No tiene)

##### **2. Deseo de morir**

- 0. Ninguno (No tiene)
- 1. Poco (Débil)
- 2. Moderado a fuerte

##### **3. Razones para Vivir/Morir**

- 0. Vivir supera a morir
- 1. Equilibrado (es igual)
- 2. Morir supera a vivir

##### **4. Deseo de realizar un intento de suicidio activo**

- 0. Ninguno (inexistente)
- 1. Poco (Débil)
- 2. Moderado a fuerte

##### **5. Deseo pasivo de suicidio**

- 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.

#### **II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS DE SUICIDIO**

## 6. Duración

0. Breves períodos pasajeros
1. Períodos largos
2. Contínuos (Crónicos), casi contínuos

## 7. Frecuencia

0. Rara, ocasionalmente
1. Intermitente
2. Persistentes y contínuos

## 8. Actitud hacia los pensamientos/deseos

0. Rechazo
1. Ambivalente; indiferente
2. Aceptación

## 9. Control sobre la acción/deseo de suicidio

0. Tiene sentido de control
1. Inseguridad de control
2. No tiene sentido de control

## 10. Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar)

0. No lo intentaría porque algo lo detiene
1. Cierta duda hacia los intereses que lo detienen
2. Ninguno o mínimo interés en las razones que lo detienen

## 11. Razones para pensar/desear el intento suicida

0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza
1. Combinación de 0-2
2. Escapar, acabar, salir de problemas.

## II. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

## 12. Método: Especificidad/oportunidad de pensar el intento

- 0. Sin considerar
- 1. considerado, pero sin elaborar los detalles
- 2. detalles elaborados/bien formulados

13.Método: Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento

- 0. Método no disponible, no oportunidad
- 1. Método tomaría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente
- 2. Método y oportunidad disponible.
- 2ª Oportunidad futura o disponibilidad de anticipar el método.

14.Sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento

- 0. Falta de valor, debilidad, asustado, incompetente
- 1. No está seguro de tener el valor
- 2. Está seguro de tener valor

15.Expectativa/anticipación de un intento real

- 0. No
- 1. Sin seguridad, sin claridad
- 2. Sí

III. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16.Preparación real

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
- 2. Completa

17.Nota suicida

- 0.Ninguna
- 1. Considerado, pero sin elaborar los detalles
- 2. Detalles elaborados/bien formulados

18. Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos)

- 0. No
- 1. Sólo pensados, arreglos parciales
- 2. Terminados

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida

- 0. Revela las ideas abiertamente
- 1. Revela las ideas con reservas
- 2. Encubre, engaña, miente

20. Intento de suicidio anterior

- 0. No
- 1. Uno
- 2. Más de uno

El entrevistador selecciona, para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. En los casos de que las puntuaciones de los ítems 4 y 5 sean de 0 para ambos, es indicativo de la inexistencia de intencionalidad suicida, y no procede continuar aplicando la escala.

Cada ítem se puntúa de 0-2, y la puntuación total de la escala es la suma de los valores asignados a los 19 primeros ítems, ya que el ítem 20 tiene sólo valor descriptivo y no se tiene en cuenta para la puntuación total.