

Ideación e intento suicida en pacientes con padecimientos psiquiátricos en un hospital de la Ciudad de México

Janet Jiménez-Genchi,^{1*} Sofía G. Rodríguez-Paz,² Juana Ramírez-Rivas³ y Marcela de la A. Martínez-González³

¹Servicio de Investigación, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"; ²Programa de Posgrado en Psicología, Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, Universidad Nacional Autónoma de México; ³Servicio de Urgencias, Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Ciudad de México, México

Resumen

Antecedentes: Uno de los grupos poblacionales en mayor riesgo de suicidio lo constituyen las personas que asisten a instituciones de salud mental. **Objetivo:** Conocer las características demográficas y clínicas de las personas ingresadas por ideación e intento suicida al área de observación de un hospital psiquiátrico en un periodo de 10 meses no consecutivos. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y correlacional. Se recabaron 439 expedientes, de los cuales las mujeres representaron 62.9 % (n = 276), los hombres 36.7 % (n = 161) y las personas transgénero 0.5 % (n = 2); el rango de edad varió de 17 a 74 años. **Resultados:** La mayor incidencia de casos se observó entre los 18 y 25 años, el diagnóstico más frecuente fue el trastorno depresivo y 45.5 % (n = 200) de los casos presentó una tentativa suicida. El principal método para cometer un acto suicida fue el envenenamiento por diversos medicamentos seguido por las lesiones autoinflingidas con objeto punzocortante. Se encontró correlación positiva entre intento suicida y autolesiones ($\chi^2 = 1.965$, $p < 0.05$). **Conclusiones:** Los hallazgos resaltan la importancia de la identificación temprana de los factores de riesgo que pueden contribuir al incremento del comportamiento suicida.

PALABRAS CLAVE: Autolesiones. Ideación suicida. Intento suicida. Suicidio. Trastornos mentales.

Suicidal ideation and suicide attempt in patients with psychiatric disorders in a Mexico City hospital

Abstract

Background: One of the population groups at higher risk of suicide is that of people who attend mental health institutions. **Objective:** To know the demographic and clinical characteristics of people admitted for suicidal ideation and suicide attempt to the observation area of a psychiatric hospital in a period of 10 non-consecutive months. **Material and methods:** Retrospective, descriptive, correlational study. A total of 439 medical records were collected, out of which 62.9% (n = 276) corresponded to women, 36.7% (n = 161) to men and 0.5% (n = 2) to transgender people; age ranged from 17 to 74 years. **Results:** The highest incidence of cases was observed between 18 and 25 years of age; the most frequent diagnosis was depressive disorder, and 45.5% (n = 200) of the cases had a suicide attempt. The main method for committing a suicidal act was poisoning by taking various medications, followed by self-inflicted injuries with sharp objects. A positive correlation was found between suicide attempt and self-harm ($\chi^2 = 1.965$, $p < 0.05$). **Conclusions:** The findings highlight the importance of early identification of risk factors that may contribute to an increase in suicidal behaviors.

KEYWORDS: Self-inflicted injuries. Suicidal ideation. Suicide attempt. Suicide. Mental disorders.

*Correspondencia:

Janet Jiménez-Genchi
E-mail: janetgenchi@gmail.com

Fecha de recepción: 23-11-2022

Fecha de aceptación: 08-03-2023

DOI: 10.24875/GMM.22000378

Gac Med Mex. 2023;159:224-230

Disponible en PubMed

www.gacetamedicademexico.com

Antecedentes

El suicidio y la conducta suicida se consideran fenómenos universales. Mientras que el primero se define como “un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal”,¹ la segunda incluye “una variedad de comportamientos que incluyen pensar sobre el suicidio, planificar o intentar suicidarse y el suicidio en sí mismo”.² Es así como la conducta suicida se considera un continuo que involucra las siguientes facetas:³

- La ideación suicida, que se refiere a los pensamientos de incurrir en acciones destinadas a terminar con la propia vida.
- La planeación, que incluye la formulación de un método específico a través del cual se pretende morir.
- El intento de suicidio, que implica un comportamiento potencialmente autoagresivo en el que existe al menos alguna intención de morir, pero que no tiene un desenlace fatal.

Se considera que la ideación suicida es un precursor común del suicidio y está altamente correlacionada con los intentos de suicidio, que a su vez son factores potenciales de riesgo para una eventual muerte por suicidio.⁴

Los estudios que reportan la prevalencia de estos comportamientos suicidas son escasos. En una investigación realizada con datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, se reportó que las estimaciones de prevalencia de comportamientos como la ideación, planeación e intentos de suicidio en países desarrollados fueron de 2.0 %, 0.6 % y 0.3 %, respectivamente; mientras que en países en desarrollo fueron de 2.1 %, 0.7 % y 0.4 %.⁵

En cuanto a la región de las Américas, se estima que el comportamiento autolesivo constituye la sexta causa de años de vida perdidos por discapacidad.⁶ En México se ha reportado que la prevalencia general de ideación suicida, planeación e intentos de suicidio fue de 2.3 %, 0.8 % y 0.7 %, respectivamente.⁷ Asimismo, se observó que las prevalencias entre los hombres fueron aproximadamente la mitad de las correspondientes a las mujeres, y estas fueron más altas entre las más jóvenes.⁷ Es así que se ha reportado un incremento sostenido en la tasa de suicidios e intentos autolíticos en jóvenes en edad productiva, como sucede en el estado de Aguascalientes.⁸

Los diagnósticos de trastornos mentales se asocian importantemente a la ideación e intento de suicidio

en todos los países;⁹ algunos estudios señalan que hasta 90 % de las personas que mueren por suicidio ha presentado un padecimiento psiquiátrico.¹⁰ Se ha descrito que el riesgo de suicidio de los pacientes psiquiátricos es de tres a 12 veces mayor que el de las personas sin problemas mentales, riesgo que varía en función de la edad, el género, el diagnóstico y si el individuo es ingresado o no a una institución de salud mental. Asimismo, los pacientes psiquiátricos que estuvieron ingresados alguna vez durante el curso de sus vidas tienen un riesgo de suicidio cinco y 10 veces mayor, respectivamente, en comparación con grupos de control de población general.¹¹

Entre los trastornos que constituyen los factores de riesgo más relevantes se encuentran la depresión, los trastornos por uso de sustancias y la psicosis. Sin embargo, también los trastornos de ansiedad, de personalidad, de la alimentación, los relacionados con traumas, así como los trastornos mentales orgánicos se asocian a incremento del riesgo.¹² Entre los trastornos de personalidad que muestran un alto riesgo de intento suicida, los que se asocian con más frecuencia son el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad. El riesgo de suicidio para las personas con trastorno de personalidad límite es de 4 % a 8 % superior al de la población general.¹¹

Asimismo, se ha señalado que existe una asociación consistente del riesgo de suicidio con variables sociodemográficas. Se ha reportado que las mujeres tienen tasas más altas de ideación y tentativas suicidas, mientras que los hombres presentan una mayor frecuencia de muerte por suicidio.¹² Una de las explicaciones de tales diferencias es la relación con los métodos utilizados, ya que en los hombres es más probable observar el empleo de armas de fuego, ahorcamiento o precipitación desde lugares elevados, mientras que las mujeres suelen consumir sobredosis de sustancias psicoactivas o veneno.^{13,10}

En cuanto a la edad, se ha observado que el índice de suicidios está aumentando entre las personas jóvenes, ya que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los 15 y 24 años de edad, después de los accidentes y de los homicidios.¹⁴ En México, la planeación e intento suicida se presentan entre los 18 y 49 años, por lo tanto, son los jóvenes y adultos en edades productivas quienes se encuentran en alto riesgo.⁷

Respecto a la situación del estado civil, se ha observado que el matrimonio disminuye el riesgo de suicidio de forma significativa; sin embargo, el suicidio es más frecuente en solteros, mientras otras conductas como

la ideación, planificación e intentos son más frecuentes entre las personas separadas, divorciadas o viudas. Los hombres divorciados tienen tres veces más probabilidades de suicidarse que las mujeres.^{15,16}

Por otro lado, se ha señalado que las tasas de comportamiento suicida son más altas entre los desempleados y jubilados o pensionistas, lo que podría estar asociado a que perder un empleo o jubilarse puede implicar una situación altamente estresante.¹⁵ En México, de acuerdo con Borges *et al.*,⁷ el mayor porcentaje de personas que planearon o intentaron quitarse la vida contaba con un empleo remunerado.

En la literatura existen escasos estudios que describan las características clínicas y demográficas de personas con diversos padecimientos psiquiátricos que asisten a instituciones de salud pública por ideación o intento suicida.^{17,18} Tan solo en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” de la Ciudad de México, en el Servicio de Urgencias, durante 2018, se registraron 3213 ingresos por riesgo suicida y 3425 en 2019 (un año antes del inicio de la pandemia de COVID-19). En 2020 y 2021, debido en buena parte por las limitaciones para llegar a los hospitales y las medidas de aislamiento para toda la población, los ingresos por riesgo suicida descendieron a 1879 y 1894, respectivamente, lo que corresponde casi a 50 % menos que los años anteriores.¹⁹

Objetivo

Describir las características demográficas y clínicas de las personas ingresadas al área de observación del Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” por presentar comportamiento suicida (ideación e intento suicida) durante los últimos meses de 2019 y los primeros meses de 2022.

Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo, descriptivo y correlacional en torno al comportamiento suicida en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, donde se brinda atención médica psiquiátrica integral a usuarios de uno y otro sexo mayores de 18 años, con patología psiquiátrica aguda según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), no derechohabientes de ninguna institución social (a menos que existiera un convenio), provenientes de cualquier lugar de la República Mexicana.²⁰ La recolección de datos abarcó los períodos de agosto-diciembre de 2019 y enero-mayo de 2022; se decidió no incluir

2020 y 2021 debido a la baja afluencia de pacientes por la pandemia de COVID-19. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del hospital (número de aprobación CI-949).

La presente investigación se llevó a cabo en dos fases:

- Durante la primera se recabó la información proveniente de la hoja de informe diario de los médicos psiquiatras del área de observación: número de expediente, nombre, edad, género, probables diagnósticos, fecha de ingreso, días de hospitalización, observaciones y tratamiento. A partir de ello, se seleccionaron los casos que ingresaron al hospital por motivo de ideación o intento suicida y los que acudieron en el segundo semestre de 2019 y el primer semestre de 2022.
- En la segunda fase, los expedientes de cada paciente se recabaron en el Servicio de Archivo del hospital. Del expediente se extrajo la información de la nota de ingreso realizada por un médico psiquiatra adscrito al área de observación: datos sociodemográficos, motivo de ingreso, ser paciente de primera vez o subsecuente, número de hospitalización, diagnóstico psiquiátrico de acuerdo con la Décima Revisión de la CIE emitido por el médico psiquiatra, presencia de autolesiones, de alucinaciones auditivas imperativas y de antecedentes familiares de suicidio y enfermedad mental. Si el paciente ingresó por un intento suicida reciente, se consideró información como número de intento por el cual ingresó al hospital y letalidad. No se emplearon escalas clinimétricas ni psicométricas, únicamente la información de la nota médica. Se validaron los datos de expediente y nombre, a fin de evitar duplicar información, y se descartaron los casos que no contaron con la información suficiente o de cuales no fue posible obtener el expediente.

Análisis de datos

La información se analizó mediante estadística descriptiva, obteniendo frecuencias y porcentajes de distribución. Para dilucidar la relación entre las variables de interés, se llevó a cabo un análisis de chi cuadrada.

Resultados

Se recabaron 509 expedientes, de los cuales se integraron dentro del análisis 439 y fueron eliminados

70 debido a que no contaron con la información necesaria. Asimismo, es relevante señalar que en diciembre solo se tuvo acceso a aproximadamente la mitad de los casos registrados.

Se observó mayor frecuencia de mujeres, ya que constituyeron 62.9 % de la muestra (n = 276), mientras que los hombres representaron 36.7 % (n = 161) y las personas transgénero, 0.5 % (n = 2). El rango de edad varió de 17 a 74 años y la media fue de 32.97 años. El mayor número de casos se presentó alrededor de los 18 años, edad seguida de los 19, 20 y 25 años. Otros datos sociodemográficos de la muestra pueden consultarse en la Tabla 1.

De los 439 casos atendidos en el área de observación por comportamiento suicida, 66.5 % (n = 292) se identificó como paciente de primera vez, mientras que 33.5 % (n = 147) como paciente subsecuente, es decir, ya contaba con historial de internamiento.

Se encontró que del número de pacientes atendidos de primera vez que ingresaron por incurrir en un intento suicida (n = 145), 33.1 % (n = 48) acudió al presentar su primer intento de suicidio, 31.7 % (n = 46) por su segundo intento, 13.1 % (n = 19) por su tercer intento, 10.3 % (n = 15) por su cuarto intento, 5.5 % (n = 8) al tratarse del quinto y 6.2 % (n = 9) asistió por primera vez, con antecedentes de seis o más intentos de suicidio.

De acuerdo con lo anterior, 66.7 % (n = 293) cursaba con su primer internamiento, en 15.3 % (n = 67) era la segunda hospitalización, en 8.2 % (36) se trataba del tercer internamiento y 9.8 % (n = 43) de los pacientes tenía un historial de cuatro o más hospitalizaciones.

Respecto al comportamiento suicida, 2.1 % (n = 9) de los casos ingresó solo por ideación suicida, mientras que 8 % (n = 35) manifestó solo ideas de muerte y 86.1 % (n = 378) ingresó por manifestar ideas suicidas e ideas de muerte; 3.9 % (n = 17) de los casos declaró no presentar ningún tipo de ideación, sin embargo, sus motivos de ingreso se relacionaron con la presencia de un intento suicida reciente. Por otro lado, de los 439 casos totales, 22.8 % (n = 100) manifestó alucinaciones auditivas imperativas, mientras que 77.2 % (n = 339) no las presentó.

Otras variables asociadas al comportamiento suicida como el número de intentos, intentos previos y la presencia de autolesiones se pueden consultar en la Tabla 2. De los análisis de correlación que se llevaron a cabo, únicamente se encontró correlación positiva y significativa entre la presencia de un intento suicida y las autolesiones ($\chi^2 = 11.965$, $p < 0.05$). Lo

Tabla 1. Descripción de variables sociodemográficas (n = 439)

Variable	n	%	Variable	n	%
Creencia religiosa			Estado civil		
Catolicismo	203	46.6	Soltero	297	67.7
Ninguna	124	28.2	Casado	58	13.2
Cristianismo	41	9.3	Unión libre	35	8
Creyente	33	7.5	Divorciado	20	4.6
Testigo de Jehová	13	3	Separado	23	5.2
Agnosticismo	10	2.3	Viudo	5	1.1
Ateísmo	8	1.8	Concubinato	1	0.2
Otra*	7	0.1	Procedencia		
Ocupación			Ciudad de México	253	57.6
Sin actividad laboral	232	52.8	Estado de México	141	32.1
Empleo formal	53	12.1	Morelos	15	3.4
Trabajo del hogar	42	9.6	Guerrero	10	2.3
Estudiante	33	7.5	Hidalgo	6	1.4
Empleo informal	24	5.5	Querétaro	2	0.5
Comercio informal	17	3.9	Guanajuato	2	0.5
Profesional	14	3.2	Michoacán	2	0.5
Docente	8	1.8	Tlaxcala	2	0.5
Obrero	8	1.8	Puebla	1	0.2
Jubilado	2	0.5	Veracruz	1	0.2
			Jalisco	1	0.2
			Baja California	1	0.2
			Se desconoce	2	0.5

*Judaísmo, Santa Muerte, Yoruba y Veda.

anterior ha sido explicado por la presencia de variables de riesgo, por ejemplo, un diagnóstico psiquiátrico, como un trastorno de personalidad, que sumado a la habituación del dolor puede incrementar el riesgo de presentar una tentativa suicida.^{21,22}

Los diagnósticos primarios asignados a los pacientes de acuerdo con su género se resumen en la Tabla 3, donde también se observan los datos sobre los medios letales empleados por las personas que ingresaron tras haber presentado un intento suicida reciente.

En cuanto a los antecedentes familiares de suicidio, 5.0 % (n = 22) de los casos señaló tener familiares de la rama materna con historial de suicidio, mientras que 3.0 % (n = 13) indicó tenerlos por parte de la rama

Tabla 2. Descripción de variables clínicas del comportamiento suicida (intentos y autolesiones, n = 439)

Número de intento					
Sin intento	1	2	3	4	5 o más
54.4 % (n = 239)	12.9 % (n = 57)	11.6 % (n = 51)	7 % (n = 31)	5.4 % (n = 24)	8.4 % (n = 37)
Número de intentos previos					
Sin intento	1	2	3	4	5 o más
30.5 % (n = 134)	24.1 % (n = 106)	17.5 % (n = 77)	12.3 % (n = 55)	5 % (n = 22)	10.2 % (n = 45)
Autolesiones					
Ninguna	Cortarse la piel	Golpes	Jalarse el cabello	Quemarse y cortarse la piel	
59.9 % (n = 263)	38.3 % (n = 168)	1.4 % (n = 6)	0.2 % (n = 1)	0.2 % (n = 1)	

Tabla 3. Distribución de diagnóstico psiquiátrico (n = 439) y medios letales (n = 200) según género

Diagnóstico psiquiátrico	Hombres (n = 108)	Mujeres (n = 204)	Transgénero (n = 2)
Trastorno depresivo recurrente en episodio grave sin síntomas psicóticos	32	102	2
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	16	49	
Esquizofrenia paranoide	45	16	
Trastorno depresivo recurrente en episodio grave con síntomas psicóticos	10	17	
Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	5	20	
Otro (n = 125)			
Medios letales*	n = 70	n = 129	n = 1
Envenenamiento por medicamentos	18	61	
Lesiones con objetos cortantes	23	29	
Ahorcamiento	18	13	1
Saltar de un lugar elevado	6	17	
Envenenamiento por vapores y gases	1	3	
Arrojarse de objeto en movimiento	1	3	
Envenenamiento por alcohol	2		
Lesión por colisión de vehículo	1	1	
Lesión con disparo de arma		1	
Lesión por material explosivo		1	

*Nomenclatura basada en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades.

paterna, 2.3 % (n = 10) reconoció la pérdida de un hermano o hermana por suicidio, 1.6 % (n = 7) del padre, 1.6 % (n = 6) de la madre y 0.9 % (n = 4) de un hijo; 85.6 % (n = 376) de la muestra indicó no haber tenido familiares con antecedentes de suicidio.

Por otro lado, al indagar sobre los antecedentes de enfermedad mental, 21 % (n = 92) de los casos señaló

que algún familiar de la rama paterna presentaba algún padecimiento psiquiátrico, mientras que 21 % (n = 92) indicó que el antecedente pertenecía a la rama materna y 6.2 % (n = 27) declaró tener un antecedente por ambas partes, tanto materna como paterna; 51.9 % (n = 228) de los casos indicó no tener antecedentes familiares con carga de enfermedad mental.

Discusión

Los hallazgos de la presente investigación coinciden con los datos reportados en la literatura en cuanto a la edad y género de las personas que presentan riesgo suicida. Se encontró que el mayor número de casos se ubicó dentro del rango de 18 a 25 años, que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud constituye el grupo de edad de mayor riesgo.¹⁴ Asimismo, se observó que el mayor número de casos atendidos se presentó en el sexo femenino.

Por otra parte, el mayor número de casos señaló profesar la religión católica, sin embargo, en la literatura se ha reportado que las tasas más elevadas de suicidio se asocian a personas que no practican ninguna religión.²³ Se ha sugerido que el grado de ortodoxia y de integración constituye la medida más precisa del riesgo en esta categoría más que la simple afiliación religiosa institucional, ya que, como comentan Norko *et al.*, la religión solo podría fungir como un factor protector si el sujeto encuentra un sentido de pertenencia.²⁴

Asimismo, se observó un porcentaje elevado de pacientes solteros que al momento del ingreso no tenían ocupación laboral. Lo anterior se asocia a incremento en el riesgo de comportamiento suicida.^{1,15}

Al igual que en investigaciones previas, el riesgo de presentar una tentativa suicida aumentó ante la presencia de un mayor número de intentos previos.²⁵ En nuestra muestra, el principal método para cometer un acto suicida fue el envenenamiento por toma de diversos medicamentos, seguido por las lesiones autoinfligidas con objeto punzocortante. Al respecto, estos dos últimos métodos fueron mayormente empleados por mujeres, mientras que los hombres exhibieron un mayor porcentaje de lesiones con objeto punzocortante seguidas del ahorcamiento. Lo anterior coincide con lo reportado en otros estudios, por ejemplo, Borges *et al.*⁷ describieron que, en México, el método más común en las personas que atentaron contra su vida fue el apuñalamiento con objeto punzante, seguido de la sobredosis de drogas controladas o de venta libre, el ahorcamiento y la sobredosis de drogas ilícitas, uso de armas de fuego, envenenamiento, ahorcamiento y salto de un lugar elevado.

Como se ha señalado en otros análisis, un trastorno mental incrementa la posibilidad de presentar ideación e intento suicida.⁸ En estudios realizados en países en desarrollo se reporta la asociación del riesgo suicida con trastornos relacionados con el control de impulsos, abuso de sustancias o estrés

postraumático;⁵ sin embargo, en la presente investigación, el diagnóstico primario que mostró una mayor prevalencia fue el trastorno depresivo.

Respecto a los antecedentes familiares de suicidio y enfermedad mental, un porcentaje elevado de personas negó o desconoció dicha información, por lo que resulta difícil establecer su asociación con el riesgo suicida, lo cual concuerda con lo reportado en otras investigaciones.²⁶ Debe reconocerse que en nuestro país aún existe estigma ante el reconocimiento de padecer una enfermedad mental, por lo que los familiares pueden ocultar o desconocer sus propios antecedentes.

Conclusiones

El fenómeno suicida, presente en todas las épocas y culturas, actualmente es un destacado problema de salud pública. Si bien se ha identificado una variedad de factores de riesgo, uno de los más estudiados es la presencia de un trastorno mental previo, ya que el riesgo aumenta en comparación con la población en general. De ahí que es fundamental el seguimiento de pacientes con trastornos mentales que presentan conductas suicidas en instituciones especializadas durante y posterior al manejo intrahospitalario.

Los hallazgos de la presente investigación resaltan la importancia de realizar una identificación temprana de los factores de riesgo que pueden contribuir al incremento del comportamiento suicida, por lo cual se debe seguir fortaleciendo la atención oportuna a personas con trastornos depresivos en el primer nivel de salud.

Es importante señalar que la fácil disponibilidad de medios letales, como el acceso a medicamentos, constituye un importante factor de riesgo que debe ser considerado en el ámbito de salud pública para la prevención del incremento del riesgo suicida.

A la luz de la asociación positiva entre la presencia de autolesiones y la ejecución de una tentativa suicida, se considera relevante la implementación de intervenciones tempranas durante la adolescencia, ya que esta conducta se inicia en este periodo de la vida, pues funciona como una forma de afrontamiento que puede generar un incremento en la probabilidad de un posterior intento suicida.

Agradecimientos

Los autores agradecen al personal del Servicio de Urgencias y del Archivo Clínico del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.

Financiamiento

Los autores no recibieron financiamiento específico para este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que siguieron los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores obtuvieron la aprobación del comité de ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: Prevención del suicidio: recurso para consejeros. Organización Mundial de la Salud/Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Trastornos Mentales y Cerebrales; 2006.
2. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: Prevención del suicidio: un imperativo global. Organización Mundial de la Salud; 2014.
3. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133-54.
4. Large M, Corderoy A, McHugh C. Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2021;55:254-67.
5. Borges G, Nock MK, Haro-Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:1617-28.
6. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en las Américas. EE. UU.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
7. Borges G, Orozco R, Villatoro J, Medina-Mora ME, Fleiz C, Díaz-Salazar J. Suicide ideation and behavior in Mexico: Encodat 2016. *Salud Publica Mex.* 2019;61:6-15.
8. Hermsillo-de la Torre A, Vacío-Muro M, Ponce-de León O, Ortega-Parga S, Macías-López G. Anuario del comportamiento suicida en el estado de Aguascalientes 2013. México: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2015.
9. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med.* 2009;6:e1000123.
10. Brádvik L. Suicide risk and mental disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:2028.
11. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan y Sandock. Manual de psiquiatría clínica: EE. UU.: Wolters Kluwer; 2017.
12. Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry.* 2017;17.
13. Miller MD, Zhang Y, Prince L, Swanson SA, Wintemute GJ, Holsinger EE, et al. Suicide deaths among women in California living with handgun owners vs those living with other adults in handgun-free homes, 2004-2016. *JAMA Psychiatry.* 2022;79:582-8.
14. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Suiza: Suicidio. Organización Mundial de la Salud; 2021.
15. Cano-Montalbán I, Quevedo-Blasco, R. Sociodemographic variables most associated with suicidal behaviour and suicide methods in Europe and America. A systematic review. *Eur J Psychol Applied Legal Context.* 2018;10:15-25.
16. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5.
17. Fresán A, González-Castro TB, Peralta-Jiménez Y, Juárez-Rojop I, Pool-García S, Velázquez-Sánchez MP, et al. Gender differences in socio-demographic, clinical characteristics and psychiatric diagnosis in/ of suicide attempters in a Mexican population. *Acta Neuropsychiatr.* 2008;27:182-188.
18. Freyre J, Jiménez J, Castañeda C, Galindo A, Márquez M. Atención al intento suicida en un hospital psiquiátrico. *Psiquis.* 2018;27:3-9.
19. Ramírez J, Zárate L. Suicidio y COVID-19. Conferencia a cargo del servicio de urgencias en la sesión general del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. México: Secretaría de Salud; 2021.
20. Secretaría de Salud. Manual de procedimientos del Servicio de Urgencias y Observación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. México: Secretaría de Salud; 2015.
21. Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T. Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. *Clin Psychol Rev.* 2012;32:482-95.
22. Sánchez MI. Grado de ansiedad y depresión en pacientes con trastorno límite de la personalidad con y sin autolesiones. [Tesis para obtener el diploma de Especialista en Psiquiatría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2010.
23. Villaseñor C. Búsqueda de variables de riesgo, predictoras asociadas con tentativa de suicidio en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. [Tesis para obtener el diploma de Especialista en Psiquiatría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013.
24. Norko MA, Freeman D, Phillips J, Hunter W, Lewis R, Viswanathan R. Can religion protect against suicide? *J Nerv Ment Dis.* 2017;205:9-14.
25. Conejo C. Factores de riesgo en los pacientes con intento suicida hospitalizados en Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. [Tesis para obtener el título de Especialista en Psiquiatría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2018.
26. Rodríguez DG. Antecedente familiar de conducta suicida y su relación con el riesgo suicida. [Tesis para obtener el diploma de Especialista en Psiquiatría]. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.