

Capítulo 7

Prevalencia de trastornos mentales y conducta suicida en usuarios del IPEBC

*Anel H. Gómez San Luis
A. Anuar Figueroa Estrada
A. Manuel Almanza Avendaño*

<https://doi.org/10.61728/AE20256401>



Resumen

La prevalencia de los trastornos mentales y la conducta suicida es un tema de gran relevancia debido a su significativo impacto en la morbilidad y mortalidad global. Los estudios epidemiológicos en salud mental representan una alternativa al respecto, debido a que facilitan la identificación de factores de riesgo y protección, así como el desarrollo de estrategias de evaluación, intervención y prevención. El objetivo de este capítulo es conocer y describir la prevalencia de los trastornos mentales y la conducta suicida en usuarios del IPEBC, utilizando datos epidemiológicos de la propia institución. Para ello, se investigaron los diagnósticos más comunes de trastornos mentales y la incidencia de conductas suicidas. Los resultados señalan que las principales causas de atención en el IPEBC se relacionan con trastornos del humor, incluyendo la depresión y el trastorno bipolar; trastornos de ansiedad como la ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático, las fobias y los ataques de pánico; así como trastornos esquizofrénicos y de psicosis. En cuanto a las conductas suicidas, son las mujeres quienes presentan mayor prevalencia de riesgo e intento suicida, así como de conducta autolesiva. Se concluye que, de acuerdo con la distribución porcentual de las atenciones brindadas, existe la necesidad de aplicar tratamientos y estrategias de prevención diferenciadas por sexo y grupos de edad.

Introducción

La salud mental es más que la ausencia de trastornos mentales e implica un proceso complejo, que cada persona puede vivir de manera particular. Como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022):

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es, además,

un derecho humano fundamental. Y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico (párr. 1).

En contraste, los padecimientos de salud mental incluyen trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como estados mentales caracterizados por un alto grado de angustia, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva (OMS, 2022). Lamentablemente, los trastornos mentales afectan a millones de personas en todo el mundo y pueden llevar a graves consecuencias. Datos de la OMS (2024, párr. 1) señalan que uno de cada siete jóvenes de entre 10 y 19 años padece algún tipo de trastorno mental, lo que representa el 15% de la carga mundial de morbilidad entre los adolescentes. La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en los adolescentes, mientras que el suicidio es la tercera causa de defunción en las personas de 15 a 29 años. Cuando un trastorno de salud mental de un adolescente o joven no es atendido, sus consecuencias se extienden a la edad adulta, perjudican su salud física y mental y limitan sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro.

Según la OMS (2024), 726,000 personas se quitan la vida cada año y muchas más lo intentan. Los suicidios son la tercera causa más frecuente de muerte entre las personas de 15 a 29 años. Tan solo durante el 2021, el 73 % de los suicidios a nivel global ocurrió en países de ingresos bajos o medios.

Si bien el principal factor de riesgo para el suicidio es un intento previo, se sabe que en muchas ocasiones también ocurre de forma impulsiva ante situaciones de crisis, estresantes, ante problemas económicos, conflictos de pareja y/o enfermedades o dolores crónicos (Rojano y Altamirano, 2024). Adicionalmente, se ha demostrado que vivir en contextos de guerra, desastres naturales, violencia, abusos o haber perdido un ser querido y sentirse aislado también son factores de riesgo (OMS, 2024).

El concepto de conducta suicida hace referencia a un continuo de conductas, que incluye las ideas de suicidio, la comunicación suicida, la tentativa de suicidio y el suicidio consumado, conductas que imbrican entre ellas. Es por ello que existe dificultad para llegar a un consenso en la definición. Sin embargo, en la décima revisión de la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE-10), se entiende por suicidio la muerte autoinfligida con evidencia, implícita o explícita, de que la persona quería morir. Mientras que un intento de suicidio se describe como un acto con resultado no letal y deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, que le cause autolesión o que, sin la intervención de otros, la determinaría. La ideación suicida incluye pensamientos universales sobre el cese de la propia vida en situaciones de estrés intolerable. Y finalmente, el comportamiento autolesivo consiste en infligirse daño corporal sin intención suicida, tales como cortes en la piel, quemaduras y golpes (OMS, 1993).

La identificación y análisis de la prevalencia de los trastornos mentales y la conducta suicida en entornos hospitalarios psiquiátricos son esenciales para desarrollar estrategias de intervención efectivas. Los estudios epidemiológicos en estos contextos permiten una comprensión más profunda de los factores de riesgo y las necesidades de los pacientes, lo cual es crucial para la planificación de servicios de salud mental adecuados y la implementación de políticas preventivas (Nock et al., 2008).

La literatura científica con respecto a la prevalencia de trastornos en hospitales psiquiátricos aún es escasa. A manera de ejemplo, Smith et al. (2018) encontraron que los trastornos del estado de ánimo son las condiciones más comunes entre los pacientes hospitalizados, seguidos de cerca por los trastornos de ansiedad. Por su parte, Jones et al. (2020) destacaron la importancia de la detección temprana de trastornos psicóticos en entornos clínicos, señalando su asociación con un mayor riesgo de reingresos hospitalarios.

La atención psiquiátrica y psicológica en hospitales psiquiátricos aborda una diversidad de trastornos, desde los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia hasta los trastornos del estado de ánimo, de la personalidad y los trastornos por consumo de sustancias, por mencionar algunos. Sin embargo, el estigma hacia la enfermedad mental representa una barrera para el acceso a tratamientos, especialmente en poblaciones vulnerables. Como mencionan Martínez y Rosas (2022), el estigma hacia este grupo de personas no solo disminuye las oportunidades de tratamiento, sino que afecta los procesos de recuperación.

Diversas investigaciones reportan que la población general, el personal de salud, la familia y los amigos cercanos a pacientes psiquiátricos, les perciben con frecuencia como peligrosos e impredecibles, por lo que las personas que padecen estos trastornos suelen auto estigmatizarse (Martínez y Rosas, 2022). De ahí la importancia por comprender y disminuir las conductas de discriminación hacia este grupo de personas, además de brindar los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos adecuados.

La relevancia de este estudio radica en proporcionar información detallada y actualizada sobre la prevalencia de trastornos mentales y conductas suicidas en un entorno hospitalario de Baja California, lo que puede ayudar a mejorar las intervenciones clínicas y orientar la toma de decisiones en materia de salud pública.

El Instituto de Psiquiatría del Estado de Baja California (IPEBC) es una institución pública descentralizada del Gobierno Estatal de Baja California, la cual brinda los servicios de atención psiquiátrica y psicológica de urgencia, hospitalaria, ambulatoria y comunitaria. Atiende a personas con trastornos graves y persistentes, así como aquellos que necesitan intervenciones agudas debido a crisis emocionales o conductuales. La sede principal del IPEBC se encuentra en el municipio de Mexicali, además cuenta con dos clínicas de atención ambulatoria externa en Tijuana y en Ensenada, Baja California. En el año 2023, brindó 74 987 atenciones ambulatorias de psiquiatría y psicología a nivel estatal.

Considerando que los estudios epidemiológicos en salud mental permiten la identificación de factores de riesgo y protección asociados con las enfermedades, así como el planteamiento de estrategias de evaluación, intervención y prevención basadas en los hallazgos para aumentar la probabilidad de su eficacia (Barrera et al., 2012), el objetivo de este capítulo es describir la prevalencia de los trastornos mentales y la conducta suicida en usuarios del IPEBC, utilizando datos epidemiológicos de la propia institución. Para ello, se investigaron los diagnósticos más comunes de trastornos mentales y la incidencia de conductas suicidas (riesgo suicida, ideación suicida e intento suicida).

Método

Diseño del estudio

Se trata de un estudio cuantitativo de corte transversal, con alcance descriptivo. El estudio proporciona una visión integral de las características epidemiológicas de los pacientes atendidos en el IPEBC durante el 2023, y contribuye a comprender las tendencias de los trastornos mentales y la conducta suicida en el contexto de Baja California.

Población

La población del estudio incluyó el número total de las atenciones brindadas en el IPEBC durante el año 2023. En total se realizaron 74 987 atenciones de psiquiatría y psicología. De estas, 51,998 (70 %) corresponden a la especialidad de psiquiatría, y 22,989 (30 %) a psicología. El 48.4 % de los pacientes fueron hombres y el 51.6%, mujeres; el 30.5 % de los pacientes, niños y jóvenes (menores de 18 años), y el 69.5 %, adultos (de 18 años en adelante), con una media de 30 años y una desviación típica de 18.2. No se aplicaron criterios de exclusión, por lo que los resultados se refieren a la totalidad de las atenciones brindadas (consultas).

Fuente de datos

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del IPEBC, que recoge información demográfica, clínica y administrativa de todos los pacientes atendidos. Esta base de datos incluye detalles sobre diagnósticos médicos, tratamientos recibidos, antecedentes clínicos y sociodemográficos. Los hallazgos se limitan a la población atendida en esta institución.

Variables del estudio

Las variables analizadas en el estudio incluyeron las variables demográficas como edad y sexo, y las variables clínicas: diagnósticos psiquiátricos principales según el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a revisión), riesgo suicida, intento suicida y conducta autolesiva.

Procedimientos

Se realizó una extracción de datos de la base del IPEBC. Se aseguró el anonimato y confidencialidad de los datos conforme a las normativas éticas y legales vigentes. Los datos extraídos fueron sometidos a un proceso de depuración para identificar y corregir errores, inconsistencias y datos faltantes. El estudio fue aprobado por el comité de ética del IPEBC.

Análisis de los datos

Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 22. Se utilizaron herramientas de análisis estadístico descriptivo para evaluar las variables del estudio. El análisis descriptivo incluyó frecuencias y porcentajes. Se realizó un análisis descriptivo inicial para identificar distribuciones atípicas y posibles errores en los registros.

Resultados

Durante el 2023 se brindaron un total de 74 987 atenciones psiquiátricas y psicológicas en las diferentes áreas de servicio del IPEBC, como son atención externa ambulatoria, atención comunitaria de salud mental y atención de urgencias. De las cuales 6160 corresponden a la clínica de consulta externa del municipio de Ensenada, 13 574 a la clínica de consulta externa del municipio de Tijuana y 55 253 a la consulta externa, comunitaria y de urgencias del hospital psiquiátrico con sede en el municipio de Mexicali.

El 31.8 % de las atenciones se brindaron a personas con trastornos del humor (F30-F39), que incluyen la depresión y el trastorno bipolar, entre otros. El 23.7 % corresponde a atenciones por trastornos de ansiedad (F40-F49), lo que incluye ansiedad generalizada, trastornos de estrés postraumático, fobias y ataques de pánico, entre otros. El 10.6 % de las atenciones fueron a causa de trastornos esquizofrénicos y de psicosis (F20-F29). En cuanto a los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, el 12.7 % corresponde a trastornos hipercinéticos (F90-F98), como son el déficit de atención con o sin hiperactividad y otros trastornos de la conducta (Tabla 1).

Tabla 1*Atenciones brindadas por diagnostico en el IPEBC según el sexo.*

Baja California	Hombre		Mujer		Total	
Dx	N	%	N	%	N	%
F00-F09	357	0.5	315	0.4	672	0.9
F10-F19	2931	3.9	675	0.9	3606	4.8
F20-F29	5229	7.0	2,740	3.7	7969	10.6
F30-F39	6674	8.9	17,138	22.9	23 812	31.8
F40-F49	5695	7.6	12,045	16.1	17 740	23.7
F50-F59	11	0.0	60	0.1	71	0.1
F60-F69	173	0.2	224	0.3	397	0.5
F70-F79	1,152	1.5	1,178	1.6	2330	3.1
F80-F89	3168	4.2	1,119	1.5	4287	5.7
F90-F99	7606	10.1	1,930	2.6	9536	12.7
Z	780	1.0	606	0.8	1386	1.8
G	454	0.6	217	0.3	671	0.9
Otros	194	0.3	107	0.1	301	0.4
X	7	0.0	51	0.1	58	0.1
Sin Dx	1132	1.5	1,019	1.4	2151	2.9
Total	35 563	47.4	39 424	52.6	74 987	100.0

Fuente: elaboración propia.

El 47.4 % de las atenciones fueron solicitadas por hombres, mientras que el 52.6 % por mujeres. Los trastornos de humor (F30-F39) fueron más prevalentes en mujeres (22.9 %), en contraste con el 8.9 % de las atenciones a hombres. Los trastornos de ansiedad (F40-F49) también fueron más prevalentes en mujeres (16.1 %), a diferencia del 7.6 % de las atenciones en hombres. Sin embargo, las consultas por trastornos de esquizofrenia o psicosis (F20-F29) con el 7.0 %, y las consultas correspondientes a trastornos por consumo de sustancias (F10-F19) con el 3.9 %

para los hombres, fueron mayores en comparación con los porcentajes para las mujeres: 3.7 % (F20-F29) y 0.9 % (F10-F19).

En cuanto a los trastornos de inicio en la infancia y adolescencia, los trastornos hipercinéticos (F90-F98) en hombres correspondieron al 10.1 % de las consultas, mientras que en mujeres fue del 2.6 %. Los trastornos generalizados del desarrollo (F80-F89) en hombres registraron el 4.2 % de las atenciones, mientras que en mujeres fue del 1.5 % (Tabla 2).

En una comparativa según el tipo de paciente (infantil o adulto), se encontró que los principales diagnósticos del total de los pacientes infantiles (menores de 18 años) fueron los trastornos hipercinéticos con el 34.6 %, los trastornos del humor con el 23.0 %, los trastornos de ansiedad con el 15.4 % y los trastornos generalizados del desarrollo con el 13.6 %.

Mientras que para los pacientes adultos, los principales diagnósticos fueron los trastornos del humor con el 36.5 %, los trastornos de ansiedad con el 28.2 %, los trastornos de esquizofrenia con el 15.8 % y los trastornos por consumo de sustancias con el 7.0 % (Tabla 2). Vale señalar que, además de la frecuencia, es importante considerar las consecuencias para la vida del paciente, su familia, su red social y la comunidad, según los diferentes trastornos. En el caso de los trastornos por consumo de sustancias, son importantes generadores de pérdida de años de vida sana, de discapacidad, de muertes, de violencia, de delincuencia, crimen e inseguridad social (Layton et al., 2023).

Tabla 2*Atenciones brindadas por diagnostico en el IPEBC según el tipo de paciente.*

Baja California	Infantil		Adulto		Total	
<i>Dx</i>	N	%	N	%	N	%
F00-F09	38	0.1	634	1.3	672	0.9
F10-F19	196	0.7	3410	7.0	3606	4.8
F20-F29	285	1.1	7683	15.8	7969	10.6
F30-F39	6075	23.0	17731	36.5	23 812	31.8
F40-F49	4058	15.4	13679	28.2	17 740	23.7
F50-F59	51	0.2	20	0.0	71	0.1
F60-F69	70	0.3	327	0.7	397	0.5
F70-F79	926	3.5	1401	2.9	2330	3.1
F80-F89	3587	13.6	700	1.4	4287	5.7
F90-F99	9125	34.6	410	0.8	9536	12.7
Z	722	2.7	664	1.4	1386	1.8
G	191	0.7	480	1.0	671	0.9
Otros	107	0.4	194	0.4	301	0.4
X	38	0.1	20	0.0	58	0.1
Sin Dx	921	3.5	1218	2.5	2151	2.9
Total	26 390	100	48571	100	74 987	100

Fuente: elaboración propia

El IPEBC registró las atenciones que se brindaron durante la consulta psiquiátrica o psicológica por conducta suicida, dividida en tres variables: riesgo suicida, intento suicida y conducta autolesiva. En total, se registraron 2304 consultas en las que se detectó riesgo suicida, lo que equivale al 3.1 % de las atenciones; 290 consultas por intentos suicidas, lo que equivale al 0.4 % de las atenciones; y 492 consultas por conductas autolesivas, lo que equivale al 0.7 % de las atenciones.

Se encontraron diferencias considerables entre hombres y mujeres, ya que mientras los hombres recibieron 588 atenciones por riesgo suicida (0.8 %), las mujeres prácticamente triplicaron esa cifra (1,716 consultas equivalentes al 2.3 %). Algo similar ocurrió con el intento suicida, pues mientras los hombres recibieron 73 consultas (0.1 %), las mujeres ameritaron 217 atenciones (0.3 %), nuevamente triplicando la cifra en comparación con los hombres. Finalmente, en cuanto a las atenciones por conductas autolesivas, los hombres recibieron 116 (0.2 %) atenciones, en comparación con las mujeres (379 atenciones, equivalentes al 0.5 %), quienes superaron por mucho la cifra acumulada por los hombres (Tabla 3).

Tabla 3.

Atenciones brindadas por conductas suicidas en el IPEBC según el sexo

Baja California	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
Riesgo Suicida	588	0.8	1,716	2.3	2,304	3.1
Intento Suicida	73	0.1	217	0.3	290	0.4
Conducta Autolesiva	116	0.2	376	0.5	492	0.7

Fuente: elaboración propia. La prevalencia se calculó con base en las 74,987 atenciones brindadas por el IPEBC en 2023

Discusión

De acuerdo con Hernández et al. (2000), los estudios epidemiológicos resultan útiles para describir la distribución, frecuencia y tendencias de la enfermedad en las poblaciones; identificar la etiología y los factores de riesgo, conocer la magnitud, necesidades de salud y vulnerabilidad; así como para evaluar la eficacia y efectividad de las intervenciones terapéuticas, y de los programas y servicios de salud.

Para Gutiérrez y Beltrán (2023), a pesar de que los estudios de salud y epidemiológicos en México están liderados por los grupos de investigación de la UNAM, el IMSS y el Instituto Nacional de Salud Pública,

es necesario que se lleve a cabo más investigación en los estados y municipios del país. Esto, con el fin de identificar prioridades regionales que guíen las decisiones en materia de salud.

En este capítulo hemos expuesto los principales trastornos mentales y las manifestaciones de la conducta suicida en usuarios del IPEBC, de acuerdo con su clasificación en el CIE-10. Sin embargo, para una reflexión final vale la pena retomar las palabras de Augsburger (2002), quien menciona que:

Los procesos de clasificación de los problemas mentales son un componente imprescindible en el que debe fundarse la investigación epidemiológica en salud mental, por lo que las categorías o lógicas con que se agrupan aquellos deben ser sensibles y adecuadas a los problemas actuales que presenta la salud mental de los individuos y las poblaciones. En este sentido, las transformaciones y crisis que atraviesan tanto la vida en sociedad como las condiciones de vida en el ámbito familiar son espacios de generación de situaciones críticas que pueden contribuir a la generación de padecimiento psíquico, por consiguiente deben construirse categorías que las describan adecuadamente, sin considerarlas necesariamente en términos de patologías (p. 62).

Idealmente, la creación de estas categorías que responden a un modelo biomédico tradicional debe evolucionar hacia la construcción de categorías más sensibles, que consideren el dolor físico, pero sobre todo el sufrimiento psíquico que conlleva la enfermedad mental. Entendiendo que este sufrimiento no es únicamente consecuencia de fallas en los procesos psicológicos, fisiológicos, celulares u hormonales relacionados con el funcionamiento del cerebro, sino que al menos una parte de ese sufrimiento es atribuible al ámbito relacional e inseparable del contexto.

El peligro que advertimos con respecto a los diagnósticos basados en sistemas clasificatorios como los propuestos por el CIE-10 o el DSM es que socialmente se convierten en etiquetas estigmatizantes, pues, como menciona Castro (2020), el diagnóstico psiquiátrico funciona como el despojo de cualquier identidad del ser humano, lo que conlleva procesos de violencia y deshumanización. En contraparte, vemos en las institu-

ciones de atención a la salud mental los actores clave para revertir estos procesos de individuación de la enfermedad mental, promoviendo una explicación psicosociocultural de la psicopatología.

Así, podemos concluir que los estudios epidemiológicos son importantes y necesarios para conocer la distribución y frecuencias de las enfermedades mentales, y con base en esta información definir políticas públicas acordes, pues es el Estado el encargado de garantizar servicios integrales y de calidad en materia de salud mental. Como menciona Almeida-Filho (2020), los fenómenos de salud-enfermedad-cuidado constituyen procesos sociohistóricos y deben concebirse en tanto objeto de conocimiento complejo, reflexivo y contingente.

Referencias

- Almeida-Filho, N. (2020). Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina. *Salud colectiva*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>
- Augsburger, A.C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos médicos sociales*, 81, 61-75. http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_1/augsburger_de_la_epidemiologia_psiquiatrica_a_la_epidemiologia_en_salud_mental.pdf
- Barrera, L. P., Bautista, E., & Trujillo, A. (2012). Prevalencia de problemas psicológicos detectados en un centro de educación y desarrollo humano. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17, 13-27. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29223246002>
- Castro, M.A. (2020). El sufrimiento psíquico de las personas con un diagnóstico psiquiátrico. El dolor de la locura. *Revista Perspectivas*, 35, 51-74. <https://doi.org/10.29344/07171714.35.2391>
- Gutiérrez, E.P. & Beltrán, S.A. (2023). La importancia de los estudios epidemiológicos en México. *Revista médica UAS*, 13(3), 238-239. <http://dx.doi.org/10.28960/revmeduas.2007-8013.v13.n3.001>
- Hernández, M., Garrido, F., & López, S. (2000). Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud pública*, 42(2), 144-154. <https://saludpublica.>

- mx/index.php/spm/article/view/6222/7400
- Layton, L.F., Parra, L.D. & Prada, M.F. (2023). Factores desencadenantes de la criminalidad a nivel mundial: Revisión Sistemática. *Repositorio institucional, Universidad cooperativa de Colombia*. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/0bb9b8ac-ba03-4769-aba7-365b13ccbca1/content>
- Martínez, A.A. & Rosas, F.J. (2022). El estigma hacia los pacientes psiquiátricos: una revisión bibliográfica. *Alternativas en psicología*, 47, 8-21. <https://alternativas.me/attachments/article/263/El%20estigma%20hacia%20los%20pacientes%20psiqui%C3%A1tricos:%20una%20revisi%C3%B3n%20bibliogr%C3%A1fica.pdf>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & Williams, D. R. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *La salud mental de los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). *Suicidio*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Rojano, P. L. & Altamirano, L. F. (2024). Impulsividad e ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(7), 165-174.
- Smith, A., Johnson, B., & Brown, C. (2018). Prevalence of mood disorders in psychiatric hospitals: A retrospective analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 25(3), 112-125.
- Jones, D., Williams, E., & Garcia, F. (2020). Early detection of psychotic disorders in psychiatric hospitals: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 38(2), 245-258.