

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA EN EL ÁREA
DE URGENCIAS DEL HGR NO.1 CHIHUAHUA”**

POR:

DRA. SELENE OROPEZA ACEVEDO

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALIDAD EN URGENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS

CHIHUAHUA, CHIH., MÉXICO

MARZO DE 2025



Universidad Autónoma de Chihuahua
Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas
Secretaría de Investigación y Posgrado.



La tesis **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HGR NO.1 CHIHUAHUA”** que presenta Selene Oropeza Acevedo, como requisito parcial para obtener el grado de: Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas ha sido revisada y aprobada por la Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas

DR. SAID ALEJANDRO DE LA CRUZ REY
Secretario de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Chihuahua

DRA. NORMA GUADALUPE ARAUJO HENRÍQUEZ
Jefe de Enseñanza
Hospital General Regional No. 1

DR. JAIME IVÁN RUIZ CERECERES
Profesor Titular de la Especialidad
Hospital General Regional No. 1

DR. OSCAR JESÚS CHÁVEZ DOMÍNGUEZ
Director de Tesis
Hospital General Regional No. 1

DRA. SYLVIA JEANETTE VEGA GONZÁLEZ
Asesora
Hospital General Regional No. 1

Se certifica, bajo protesta de decir verdad, que las firmas consignadas al pie del presente documento son de carácter original y auténtico, correspondiendo de manera inequívoca a los responsables de las labores de dirección, seguimiento, asesoría y evaluación, en estricta conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente de esta institución universitaria.

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HGR NO.1 CHIHUAHUA”

Resumen

El suicidio se define como la muerte ocasionada por un acto de autolesión concebido con el objetivo de resultar letal. Representa un problema de salud de relevancia global. Chihuahua registra la tasa más elevada de suicidios a nivel nacional, constituyendo un fenómeno de salud complejo que engloba una serie de factores genéticos, ambientales y psicológicos-conductuales, cuya identificación oportuna resulta esencial para el personal sanitario. El objetivo es identificar los factores de riesgo asociados a intentos suicidas. Se realizó un estudio retrospectivo correlacional incluyendo los pacientes que acudan al área de urgencias por intento suicida en el año 2024 obteniendo información del PHEDS aplicando un cuestionario donde se incluyen factores sociodemográficos. Incluimos un total de 385 pacientes, de los cuales 306 (79.48%) fueron mujeres y 79 (20.52%) fueron hombres, la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima fue de 81 años, con una edad media de 28.73 y una desviación estándar ± 14.181 . La mayoría eran solteros con un total de 182 (47.27%), secundaria 159 (41.3%), con trabajo activo 221 (57.4%), estudiantes 79 (20-52%). Los que ya se conocían con trastornos mentales fueron 324 (84.16%) en su mayoría depresión y ansiedad. El suicidio es una tragedia prevenible, las personas con problemas de salud mental y jóvenes tienen mayor riesgo de suicidarse, y por eso, es importante detectar a tiempo los factores de riesgo que llevan a cometer dicho acto, para su prevención.

Palabras clave: Autolisis, Inmolación, Trastornos mentales, Depresión, Ansiedad

“RISK FACTORS ASSOCIATED WITH SUICIDE ATTEMPTS IN THE EMERGENCY AREA OF HGR NO. 1 CHIHUAHUA”

Abstract

Suicide is the death caused by an act of self-harm designed to be lethal. It is a major global health problem. Chihuahua has the highest suicide rate nationwide. It is a complex health event that involves a set of genetic, environmental, and psychological-behavioral factors that are of utmost importance for healthcare personnel to identify in a timely manner. The objective is to identify the risk factors associated with suicide attempts. A retrospective correlational study was conducted including patients who came to the emergency department for a suicide attempt in 2024, obtaining information from the PHEDS by applying a questionnaire that included sociodemographic factors. We included a total of 385 patients, of which 306 (79.48%) were women and 79 (20.52%) were men. The minimum age was 16 years and the maximum age was 81 years, with a mean age of 28.73 and a standard deviation ± 14.181 . The majority were single (182, 47.27%), secondary school (159, 41.3%), actively employed (221, 57.4%), and students (79, 20.52%). Those already known to have mental disorders were 324 (84.16%), mostly depression and anxiety. Suicide is a preventable tragedy; people with mental health problems and young people are at greater risk of committing suicide, and therefore, it is important to detect the risk factors that lead to committing this act in time for its prevention.

Keywords: Autolysis, Immolation, Mental Disorders, Depression, Anxiety



GOBIERNO DE
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL CHIHUAHUA
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

25 de febrero de 2025,
Chihuahua, Chih.

DR. SAID ALEJANDRO DE LA CRUZ REY
Secretario de Investigación y Posgrado

Presente:

ASUNTO: TÉRMINO DE TESIS

Por medio del presente hago de su conocimiento que se ha revisado el informe técnico para protocolos del sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) de la tesis "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HGR NO. 1 CHIHUAHUA" con número de registro: R-2024-805-080 presentada por la **DRA. SELENE OROPEZA ACEVEDO**, que egresó de la especialidad de Medicina de Urgencias, la cual se encuentra finalizada, por lo que no existe inconveniente para poder continuar con trámite de titulación.

Sin más por el momento envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Norma Guadalupe Araujo Henríquez
Coordinadora de Investigación en Salud
IMSS

Dra. Norma Guadalupe Araujo Henríquez
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
norma.araujo@imss.gob.mx

Agradecimientos

A mi adorado hijo, esta tesis es un peldaño más en la escalera de nuestros sueños. Cada página escrita es un eco de tus risas y un reflejo de la esperanza que me inspiras. Tu amor ha sido mi mayor motivación para superarme para brindarte lo mejor. A mis padres, mis pilares de vida, cuyo amor incondicional y sacrificios me han dado la fuerza para llegar hasta aquí. Esta tesis es un homenaje a su dedicación y un agradecimiento por inculcarme el valor del esfuerzo. A mi esposo, mi compañero de vida, gracias por tu apoyo inquebrantable, por celebrar mis logros como si fueran tuyos y por sostenerme en los momentos de duda. Tu amor ha sido mi refugio e impulso. A mi querida hermana, confidente y amiga. Gracias por creer en mi incluso cuando yo dudaba. Tu aliento y cariño han sido un regalo invaluable en este camino, fuiste el impulso para crear esta investigación, fuiste el impulso para la familia de cuidar nuestra salud mental cuando tuviste un intento de suicidio, por lo que espero que esta investigación sea de ayuda para muchos también.



ÍNDICE

Marco teórico.....	1
Justificación.....	20
Planteamiento del problema.....	21
Objetivo	21
Hipótesis.....	22
Material y métodos	22
Diseño estudio	22
Universo del estudio.....	22
Lugar	22
Periodo.....	22
Tamaño de muestra y muestreo	23
Criterios de selección.....	23
Criterios de inclusión:.....	23
Criterios de exclusión:.....	23
Criterios de eliminación:.....	23
Variables	24
Definición de las variables	24
Operacionalización de Variables.....	26
Descripción general del estudio	27
Análisis estadístico.....	28
Aspectos éticos	28
Recursos, financiamiento y factibilidad	29
Cronograma de actividades.....	30
Resultados	31
Discusión.....	43
Conclusiones.....	46
Bibliografía	47
Anexos	51



Marco teórico

Introducción

El suicidio se define como la muerte ocasionada por un acto de autolesión concebido con el objetivo de resultar letal. El comportamiento suicida engloba una variedad de comportamientos, desde el intento de suicidio que implica la intención de terminar con la vida mediante una conducta suicida, y las acciones preparatorias hasta el suicidio completo. La ideación suicida se refiere al proceso cognitivo que implica la contemplación, consideración o planificación del suicidio. (1,2)

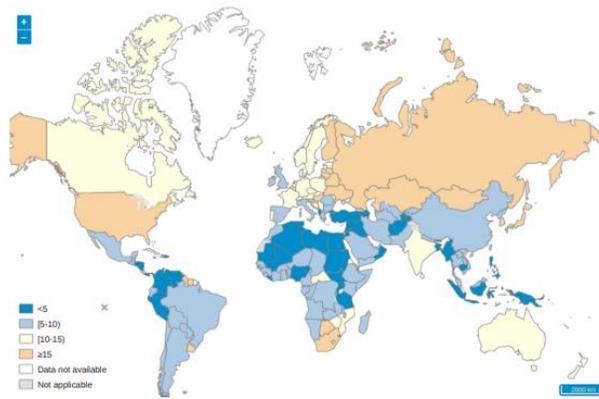
Epidemiología Mundial

Según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, publicadas hoy en la publicación "Suicide worldwide in 2019". Cada año, la mortalidad por suicidio supera a la causada por VIH, paludismo o cáncer de mama, o incluso por conflictos bélicos y homicidios. En 2019, más de 700 000 individuos se suicidaron, lo que equivale a 1 de cada 100 fallecimientos. Este fenómeno ha motivado a la Organización Mundial de la Salud a desarrollar nuevas directrices para asistir a las naciones en la optimización de la prevención del suicidio y los cuidados asociados. En la población juvenil de 15 a 29 años, el suicidio emerge como la cuarta causa predominante de mortalidad, seguido de los traumatismos derivados del tránsito, la tuberculosis y la violencia interpersonal. Las tasas fluctúan entre distintos países y regiones, así como entre los sexos masculino y femenino. La Figura 1 ilustra mediante un mapa la tasa bruta de suicidio a escala global durante el año 2019 para ambos géneros. El número de suicidios en hombres supera en un doble al de las mujeres (12,6 por 100 000 hombres en comparación con 5,4 por 100 000 mujeres). Las tasas de suicidio masculino suelen ser más elevadas en las naciones de ingreso elevado (16,5 por cada 100 000 individuos). Las tasas de suicidio femenino más elevadas se registran en las naciones de ingreso medio bajo (7,1 por 100 000). Las tasas de suicidio registradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las regiones de África (11,2 por 100 000), Europa (10,5 por 100 000) y Asia Sudoriental (10,2 por 100 000) superaron la media global (9,0 por 100 000) en 2019. La Región del Mediterráneo Oriental

registró la tasa de suicidio más reducida (6,4 por 100 000). A nivel global, la incidencia de suicidios experimenta una disminución, a excepción de las regiones americanas. Por el contrario, en la Región de las Américas, las tasas experimentaron un incremento del 17% en el mismo intervalo temporal. (3,4)

La Imagen 2 ilustra mediante representaciones gráficas la tasa global de suicidio y la tasa bruta de suicidio, divididos por regiones y naciones del año 2019 en función de los géneros.

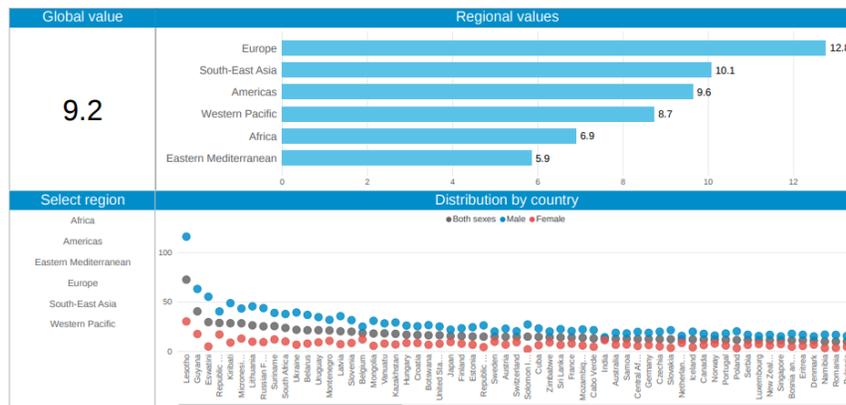
Imagen 1. Tasa bruta de suicidio a nivel mundial del año 2019 de ambos sexos. (por 100 000 habitantes)



Fuente: OMS 2024

Imagen 2. Tasa bruta de suicidio dividido por regiones y países a nivel mundial del año 2019 dividido por sexos. (por 100 000 habitantes) Fuente:

OMS 2024

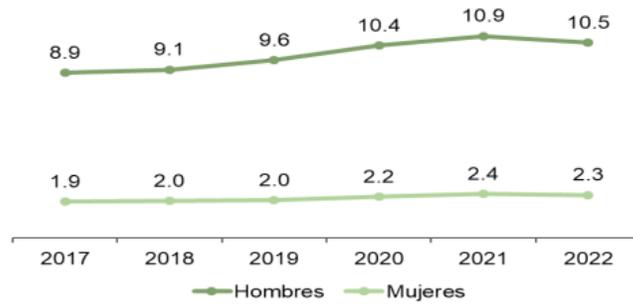




Epidemiología en México

Como se indicó anteriormente, se ha documentado una reducción en la tasa de mortalidad por suicidio, aunque la Organización Mundial de la Salud indica que en el continente americano esta ha experimentado un incremento. En México, se ha observado un incremento en la incidencia de suicidios. En 2017, la incidencia de suicidio ascendió a 5.3 por cada 100 mil habitantes (6 494); en 2022, ascendió a 6.3 (8 123). Esto representa un incremento de 1 629 casos de suicidios en 2022 en comparación con los registrados en 2017. A lo largo del periodo comprendido entre 2017 y 2021, se documentó un incremento en la tasa de suicidio; no obstante, para el año 2022, se observó una reducción. Durante ese año, se registraron 213 decesos menos atribuidos a esta causa, con un incremento más significativo en 2021, atribuible a la pandemia de COVID-19. En el año 2022, la tasa de suicidio en hombres se registró en 10.5 por cada 100 mil individuos, mientras que en mujeres se registró en 2.3 por cada 100 mil, tal como se ilustra en la Figura 1. Los datos presentados indican que ocho de cada diez defunciones atribuibles a suicidios (81.3 %) se producen en hombres y dos de cada diez en mujeres (18.7 %). La incidencia de suicidios varía en cada estado. Chihuahua registró la tasa más elevada (11.2 por cada 100 mil individuos). Siguió las tendencias observadas en Yucatán (9.6) y Aguascalientes (8.8). En contraste, las tasas de suicidio más reducidas se registraron en Oaxaca, Veracruz y Guerrero, con valores de 2.8, 2.3 y 2.0, respectivamente. En la Imagen 3 se puede apreciar un mapa que representa en un mapa la tasa estandarizada de suicidio por entidad federativa por cada 100 000 habitantes en 2022. (5)

Gráfica 1. Tasa de suicidio según sexo por cada 100 000 habitantes del año 2017 al 2022.



Nota: Se consideran los suicidios ocurridos en el año mencionado.
 Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022. Base de datos. Censo de Población y Vivienda 2020. Cuestionario Básico

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2020.
 Base de datos. Censo de Población y Vivienda 2020. Cuestionario básico.

Imagen 3. Tasa estandarizada de suicidio por entidad federativa por cada 100 000 habitantes en el año 2022.



Nota: Se consideran los suicidios ocurridos en el año mencionado.
 Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2022. Base de datos. Censo de Población y Vivienda 2020. Cuestionario Básico

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2022. Base de datos. Censo de Población y Vivienda 2020. Cuestionario básico.



Epidemiología en Chihuahua

Los informes más recientes se encuentran disponibles en un boletín informativo publicado por el Instituto Chihuahuense de Salud Mental durante el periodo comprendido entre enero y septiembre de 2020. Se han documentado 337 casos de suicidios consumidos, lo que equivale a una tasa de 8.95 por cada 100,000 habitantes en el Estado de Chihuahua.

Dentro del total de casos de suicidios, 288 han sido registrados en hombres y 49 en mujeres, lo que representa una tasa de 15.4 y 2.6 respectivamente. Dentro de los 67 municipios del estado de Chihuahua, se registró al menos un caso de suicidio en 38 de ellos. La mayor incidencia de suicidios se registró en los municipios de Juárez (87), Chihuahua (82), Cuauhtémoc (24), Balleza (12) y Camargo (12), con una tasa de 6.0, 8.9, 13.4, 61.2 y 22.6, respectivamente. No obstante, considerando la tasa de suicidio, los municipios con mayor registro fueron Nonoava con 66.9, Belisario Domínguez con 64.1, Bachíniva con 62.5 y Balleza con 61.2, tal como se ilustra en la Tabla 1. El segmento etario con mayor número de registros de suicidio consumido es el de 20 a 24 y 25 a 29 años, con un 17% (n=36), seguido del grupo de 30 a 34 años, con un 12% (n=32).

En lo que respecta al método empleado, el 67% se atribuyó a la suspensión, el 10% a la utilización de arma de fuego y el 3% a la ingesta de envenenamiento. En cuanto al lugar de suicidio consumado, se destaca la casa habitación con un 63% y la vía pública con un 16%. (6)



Tabla 1. Estadística de suicidio por municipio del Estado de Chihuahua durante enero – septiembre del 2020.

Municipio	Número	Tasa de mortalidad*
Juárez	87	6.0
Chihuahua	82	8.9
Cuauhtémoc	24	13.4
Balleza	12	61.2
Camargo	12	22.6
Guerrero	11	25.3
Guachochi	9	16.2
Hidalgo del Parral	9	7.2
Jiménez	9	20.2
Nuevo Casas Grandes	8	12.0
Meoqui	6	12.4
Delicias	6	3.9
Madera	5	16.6
Saucillo	5	13.6
Ascensión	5	18.9
Guadalupe y Calvo	4	6.9
Bachiniva	4	62.5
Bocoyna	3	9.8
Ocampo	3	33.6
Urique	3	13.6
Ahumada	3	24.9
Batopilas	3	18.9
Allende	2	22.4
Belisario Domínguez	2	64.1
Buenaventura	2	8.1
Carichi	2	21.0
Guazapares	2	19.7
Namiquipa	2	7.8
Nonoava	2	66.9
Ojinaga	2	6.4
Aquiles Serdán	1	6.4
Chinipas	1	10.4
Gómez Farías	1	10.2
Praxedis G. Guerrero	1	26.4
Tenósachi	1	15.5
Casas Grandes	1	7.9
János	1	7.4
Santa Barbara	1	8.8
Estado de Chihuahua	337	8.9

*Por cada 100,000 habitantes
 Elaborado por: Instituto Chihuahuense de Salud Mental.
 Fuente: Fiscalía General del Estado.

Fuente: Elaborado por Instituto Chihuahuense de Salud Mental. Fiscalía General del Estado.

Etiología del Suicidio

El suicidio constituye un fenómeno de salud complejo que engloba una serie de elementos genéticos, ambientales y psicológicos-conductuales. Las investigaciones sobre autopsias psicológicas evidencian de manera inequívoca que, en cada instancia de suicidio, los individuos fallecidos experimentaban una serie de factores de riesgo asociados al suicidio. La mortalidad por suicidio es significativamente más prevalente entre individuos con trastornos psiquiátricos (7) en comparación con los controles de igual edad y género.



En ciertas investigaciones, aproximadamente el 90% de los individuos que fallecen debido al suicidio presentan un trastorno de salud mental diagnosticable en el instante de su deceso. (8)

No obstante, se ha localizado un estudio que sostiene que, inicialmente, se confunde un factor de riesgo con una causalidad psiquiátrica, y se apunta hacia un significado clínico, repetitivo y autoevidente del acto suicida (el suicidio es una consecuencia de padecer un trastorno del comportamiento suicida). En segundo lugar, conceptualiza el suicidio y la conducta suicida como un "síntoma", o incluso un trastorno mental en sí mismo, que finalmente conduce a alteraciones bioquímicas, neurológicas y genéticas-hereditarias, incluso a pesar del estudio de la neurobiología del suicidio.

Desde esta perspectiva biomédica, el suicidio se interpretaría como un fenómeno experimentado por el individuo y no como una acción llevada a cabo bajo circunstancias dramáticas con un propósito específico. En última instancia, el porcentaje del 90% anula o disminuye el núcleo fundamental del suicidio, que es la capacidad de toma de decisiones y acción de un individuo en un contexto específico. El análisis del suicidio como lo primordial y verdaderamente; un fenómeno dilemático-intencional-comportamental-contextual que involucra una multitud de factores: culturales, sociales, existenciales, psicológicos, clínicos y biológicos. Estas inferencias facilitan la exploración del suicidio más allá de la perspectiva biomédica y del factor diagnóstico. (9)

La mayoría de los estudios bibliográficos evidencian que la presencia de trastornos mentales constituye un factor de riesgo para el suicidio o conductas suicidas. No obstante, esto no implica que todos los individuos con trastornos mentales recurran al suicidio o adopten comportamientos suicidas. En un estudio llevado a cabo en México en un centro psiquiátrico, se examinaron los factores de riesgo asociados con los pacientes que efectuaron intentos suicidas. Se recabaron 439 expedientes, de los cuales las mujeres constituyeron el 62.9 %, los hombres el 36.7 % y las personas transgénero el 0.5 %. El rango etario osciló entre 17 y 74 años. Dado que la prevalencia más alta de casos se registró entre los 18 y 25 años, el diagnóstico



predominante fue el trastorno depresivo, y el 45.5 % de los casos manifestó una tentativa suicida.

El procedimiento predominante para perpetrar un acto suicida consistió en el envenenamiento por diversos fármacos, seguido por las lesiones autoinfligidas mediante un objeto de corte. Se identificó una correlación positiva entre el intento suicida y las lesiones autoinfligidas. (10)

Aunque los métodos empleados en ocasiones se coinciden con los empleados en los intentos de suicidio (por ejemplo, el corte de las muñecas), las autolesiones no suicidas se distinguen de las suicidas, dado que los pacientes no tienen la intención de que los actos resulten letales. Los pacientes pueden señalar explícitamente una ausencia de intención, o esto puede ser supuesto a partir de la reiterada utilización de métodos que evidencian ser no letales. Pese a la ausencia de lesiones inmediatas, el peligro a largo plazo asociado a los intentos de suicidio y a los suicidios logrados se intensifica, por lo que la autolesión no suicida no debe ser considerada de manera desmedida.

Los casos más frecuentemente observados de autolesiones no suicidas comprenden:

- La incisión o puñalada en la piel utilizando un objeto punzante (como un cuchillo, una cuchilla de afeitar, agujas, navajas, tijeras).
- Quemadura cutánea (comúnmente ocasionada por el uso de un cigarrillo)

Los pacientes frecuentemente experimentan lesiones recurrentes en una única sesión, manifestándose múltiples lesiones en el mismo lugar, generalmente en áreas que pueden ser ocultas con facilidad pero que son accesibles (por ejemplo, antebrazos, cara anterior de los muslos). El comportamiento se reitera con regularidad y genera patrones extensos de cicatrización. Los pacientes tienden a manifestar inquietud acerca de los eventos lesivos.



La autolesión no suicida suele iniciarse durante la etapa temprana de la adolescencia. Las tasas derivadas de las investigaciones de población general presentan similitudes entre los sexos masculino y femenino. La evolución natural es incierta, sin embargo, el comportamiento parece experimentar una reducción tras la etapa de la adultez temprana. La prevalencia también es elevada en las comunidades delictivas, las cuales tienden a tener una predominancia masculina.

Las razones subyacentes para la autolesión no suicida no están claramente definidas, sin embargo, la autolesión puede manifestarse de la siguiente manera:

- Un método para mitigar la tensión o los sentimientos negativos
- Un método para abordar las dificultades interpersonales ♣ Una estrategia para abordar las dificultades interpersonales
- Una estrategia para abordar las dificultades interpersonales
- Autocastigo a causa de deficiencias percibidas
- Autocastigo debido a fallos percibidos
- Autocastigo debido a fallos percibidos

Algunos pacientes perciben la autolesión como una actividad positiva, por lo que suelen abstenerse de solicitar o aceptar orientación profesional. Este comportamiento también se vincula con trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias. (11) No obstante, se ha identificado como un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

El intento de suicidio se refiere al conjunto de acciones emprendidas por el individuo, quien, al ejecutarlas, manifiesta al menos una intención preliminar de suicidio. Tanto la tentativa de suicidio como el suicidio representan las dos manifestaciones más emblemáticas de la conducta suicida.

Los individuos con ideación suicida y aquellos con comportamiento suicida también representan factores de riesgo. La habilidad adquirida para involucrarse en comportamientos suicidas puede erradicar el temor del individuo a la muerte, y puede manifestarse como consecuencia de la exposición al trauma y la violencia, las conductas autolesivas no suicidas, el consumo de sustancias y el acceso a



medios, factores que pueden potenciar la capacidad de un individuo para ejecutar una acción que culminaría en la muerte. Es crucial subrayar que la ideación y la conducta suicida son dimensiones distintas, en lugar de constituir un constructo común con distintos niveles de severidad. A pesar de que algunas investigaciones han documentado correlaciones significativas entre la conducta suicida y el suicidio, se identificó un estudio que efectuó una revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 51 publicaciones referentes a la conducta y la ideación suicidas como factor de riesgo. Los hallazgos de este estudio son clínicamente pertinentes, dado que no es infrecuente que los pacientes manifiesten comportamientos suicidas, pero rechacen la ideación suicida vigente, mientras que otros pacientes manifestarán pensamientos suicidas en ausencia de comportamientos suicidas.

Este estudio propone que, en la medida en que se conceptualizan la ideación y las conductas suicidas como factores de riesgo, los pacientes con cualquiera de estos fenómenos presentan un riesgo de suicidio aproximadamente equivalente, pero únicamente moderadamente elevado. Los individuos con ideación suicida únicamente no deben ser excluidos como si no presentaran conductas suicidas. No existe una justificación razonable para que los individuos con comportamientos suicidas deban recibir atención de salud mental más restrictiva en comparación con aquellos con ideación suicida únicamente. (12)

Por consiguiente, se exhorta a los profesionales médicos a llevar a cabo evaluaciones meticulosas y minuciosas en pacientes tanto con comportamiento suicida como con ideación suicida.

A pesar de la marcada correlación entre el comportamiento suicida y los trastornos mentales, no se evidencia una correlación lineal; la mayoría de los individuos con trastornos mentales no manifiestan este comportamiento. En términos generales, los trastornos mentales potencian notablemente la probabilidad de un evento autolesivo. La probabilidad de suicidio en individuos con trastornos mentales se duplica en comparación con la población sin dicho trastorno, con la excepción del trastorno del desarrollo de la capacidad intelectual y el deterioro cognitivo de mayor magnitud.



Los trastornos mentales constituyen un factor precipitante para el comportamiento suicida, sin distinción de género. La identificación de estos trastornos en el servicio de urgencias podría contribuir a la reducción de la reiteración de este comportamiento y a su prevención.

En una revisión de un artículo, que comprendió 44 artículos vinculados al suicidio y a las afecciones mentales, se llegó a la conclusión de que los pacientes con trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor exhiben un elevado índice de realizar intentos de suicidio. Además de una comorbilidad psiquiátrica (consumo de alcohol, tabaco y trastorno de personalidad límite), un incremento en los intentos de suicidio previos, se incrementa la probabilidad de este comportamiento. (13)

El trastorno bipolar implica una considerable carga de discapacidad y presenta un riesgo elevado de mortalidad por suicidio en comparación con otros trastornos psiquiátricos. La predicción del suicidio es compleja; sin embargo, determinados factores de riesgo, que incluyen antecedentes de intentos de suicidio previos y antecedentes familiares de intentos de suicidio o suicidio consumado, junto con una predominancia de una polaridad depresiva, pueden ser empleados para evaluar el riesgo en pacientes con trastorno bipolar. En la actualidad, no se disponen de biomarcadores genéticos, de neuroimagen o clínicos validados que puedan ser empleados en la evaluación del riesgo de suicidio. (14)

Un factor de riesgo adicional en el conjunto de trastornos psiquiátricos más significativos es el trastorno depresivo. Se ha identificado un estudio que evidencia un elevado riesgo de suicidio entre los pacientes con depresión resistente al tratamiento. Se realizó una investigación sobre los factores de riesgo asociados al suicidio e intentos de suicidio entre los casos y controles con depresión resistente al tratamiento, empleando información proveniente de registros suecos a escala nacional. Dentro del total de 119.407 pacientes que iniciaron un tratamiento con antidepresivos con un diagnóstico de depresión, 15.631 pacientes que iniciaron un tercer ensayo de tratamiento secuencial durante el mismo episodio depresivo fueron categorizados como depresión resistente al tratamiento. Se estableció una comparación entre los casos de suicidio e intentos de suicidio con hasta tres



controles estrechamente emparejados, además de evaluar factores de riesgo sociodemográficos y clínicos. Totalmente, 178 pacientes fallecieron a causa del suicidio y 1.242 experimentaron un intento de suicidio durante el período de seguimiento.

Los antecedentes de intentos de suicidio, particularmente si se produjeron menores de un año después del intento, constituyeron un factor de riesgo independiente considerable para el suicidio, así como una educación superior en comparación con un nivel educativo inferior. En el escenario del intento de suicidio, los factores de riesgo autónomos más significativos fueron los antecedentes de intentos de suicidio, el consumo excesivo de sustancias, los trastornos de personalidad y la comorbilidad en la piel. Los episodios de suicidio, particularmente aquellos recientes, constituyen factores de riesgo significativos para el suicidio perpetrado entre los pacientes con depresión resistente al tratamiento. (15)

Un documento identificado detalla los variados factores de riesgo previamente citados, categorizándolos en factores psicosociales y factores biopsiquiátricos. Los factores psicosociales incluyen: la pérdida reciente, la pérdida de los progenitores durante la infancia, inestabilidad familiar, características de personalidad tales como impulsividad, agresividad, labilidad de humor, así como una historia familiar de trastornos psiquiátricos, ansiedad social, soledad y desesperanza. En el ámbito de los factores biopsiquiátricos, se incluyen: la pertenencia al género masculino, la depresión, el alcoholismo, la adicción a sustancias, la esquizofrenia, el trastorno de personalidad antisocial, el intento previo de suicidio, enfermedades discapacitantes, dolorosas o terminales, y la incapacidad para afrontar y resolver problemas. (16)

Actualmente, el movimiento feminista está en ascenso, y tal como se evidencia en la sección de epidemiología durante los años de la pandemia de Covid-19, se observó un incremento en la tasa de suicidio. La instauración del confinamiento debido a la pandemia de Covid-19 provocó un aumento en los índices de padecimiento emocional y psicológico, los cuales frecuentemente se correlacionan con el comportamiento suicida en las poblaciones de diversas naciones. (17) A pesar de que es más prevalente entre los hombres, se observó un aumento también



en las mujeres. En un estudio, se determinó que este fenómeno puede atribuirse a víctimas de violencia doméstica, crisis económicas, rupturas o separaciones sentimentales. (18)

La existencia de mecanismos de protección puede atenuar las repercusiones de los sucesos adversos y los retos a los que se enfrenta la sociedad. Los factores de protección incluyen atributos individuales (como la autoestima y la autoeficacia) o el contexto en el que residen (como las relaciones con amigos, familiares y red de apoyo), que robustecen a los individuos y los respaldan en la gestión de situaciones problemáticas.

Estos elementos no operan de manera autónoma, sino que interactúan con el objetivo de facilitar la modificación del comportamiento, fomentando una experiencia de protección ante situaciones de riesgo y asistiendo en la resolución de dificultades. (19)

Otros factores protectores incluyen el sentimiento de responsabilidad hacia otros, la sensación de pertenencia, el apoyo social en contextos laborales, educativos, familiares o donde se desarrolla el individuo, la satisfacción con la vida, las habilidades de afrontamiento, las competencias para resolver problemas, las habilidades para evaluar la realidad, la religiosidad, la percepción de conexión, el vínculo terapéutico y otros elementos de relevancia para el paciente. (20)

Métodos de Suicidio

Globalmente, el ahorcamiento constituye el método predominante de suicidio para ambos géneros, especialmente en naciones de elevados ingresos y en la población de edad avanzada; con la excepción de los Estados Unidos, donde las armas de fuego se emplean con mayor frecuencia como estrategia suicida; y el envenenamiento por sustancias sólidas o líquidas, predominantemente pesticidas. (21)

Otros métodos de suicidio posibles serían los relacionados con las carreteras. A nivel global, se identifican tres métodos predominantes de suicidio. Estos comprenden prácticas como el ahorcamiento, la utilización de armas de fuego y el



envenenamiento por ingesta de pesticidas. Además, es conocido que los suicidios relacionados con el tráfico vehicular son una práctica frecuente y pueden ser categorizados como suicidios de conductores o suicidios de peatones. Los suicidios de conductores frecuentemente consisten en colisiones de un único vehículo y ocupante, y se originan por tres métodos principales: conducir un vehículo fuera de la infraestructura vial con la intención de autolesionarse; conducir un vehículo contra la infraestructura vial con la intención de autolesionarse, o conducir un vehículo contra otro vehículo con la intención de autolesionarse. De manera similar, los suicidios de peatones se originan por: saltar de un piso o sobre la infraestructura vial con el objetivo de autolesionarse (esto puede ser desde un vehículo en movimiento); interponerse en el trayecto de un vehículo en movimiento con la intención de autolesionarse; o acostarse frente a un vehículo en movimiento en una carretera con la intención de autolesionarse. No obstante, resulta complejo distinguir entre los suicidios ocasionados por accidentes de tráfico, lo que resulta en la ausencia de estadísticas oficiales para este método de suicidio. (22)

Prevención

El potencial suicida se identifica como un individuo que experimenta un sufrimiento intenso y, debido a su desesperanza, las expectativas futuras no logran superar un presente doloroso. Posteriormente, para la prevención de este fenómeno, resulta imprescindible identificar a la población en situación de vulnerabilidad. Es esencial enfatizar la necesidad de concienciar a padres, educadores y profesionales de la salud familiar acerca de la crucial relevancia de identificar precozmente los factores de riesgo del suicidio, tales como la ansiedad, la depresión o el abuso de sustancias, con el fin de establecer un diagnóstico y un tratamiento adecuado y oportuno. (15)



Las intervenciones preventivas en el adolescente se enumeran a continuación:

- Es fundamental reconocer que la depresión puede manifestarse tanto en la población infantil como en la adolescente.
- Es imperativo prevenir a toda costa el acceso de los adolescentes a mecanismos de suicidio.
- Se debe mantener una vigilancia activa cuando un adolescente exhiba indicadores y manifestaciones de desesperanza e impulsividad.
- El suicidio posee una fundamentación biológica, por lo que no se puede conceptualizar como cobardía o un acto de rebeldía.
- El diagnóstico inapropiado e inadecuado puede resultar en un tratamiento inadecuado y, consecuentemente, en un riesgo suicida.
- Capacitación de padres y educadores para que adquieran habilidades para identificar indicadores y manifestaciones de desesperanza en la población juvenil.

En una investigación llevada a cabo en España, la estrategia de salud mental define metas dirigidas a la optimización de la salud mental en la población, particularmente en grupos identificados de alto riesgo, implementando estrategias orientadas a la reducción y prevención de la conducta suicida. En Cataluña, España, se implementó el Código de Riesgo de Suicidio, cuyo propósito primordial es la identificación, recolección de información e intervención ante la conducta suicida, otorgando prioridad a la identificación de individuos "con código de riesgo de suicidio". El protocolo se segmenta en tres etapas distintas. En la etapa inicial, se identifica el riesgo de suicidio; en el entorno hospitalario, un experto del servicio de urgencias psiquiátricas lleva a cabo una evaluación inicial.

Durante la segunda etapa, es imperativo que el paciente sea tratado en un servicio ambulatorio dentro de los diez días subsiguientes al alta hospitalaria o a la intervención de urgencias. En última instancia, la tercera etapa implica un monitoreo longitudinal de al menos 12 meses, durante el cual se realiza una reevaluación periódica del nivel de riesgo autolítico. (23, 24)



Es beneficioso considerar los siguientes cinco aspectos en la evaluación y gestión del riesgo de suicidio. Inicialmente, un individuo que manifiesta pensamientos suicidas puede estar expuesto al riesgo de suicidio, incluso si no se manifiestan síntomas claros de un trastorno psiquiátrico. En segunda instancia, la evaluación del riesgo de suicidio debería considerar los factores predisponentes y precipitantes, incluyendo los eventos vitales recientes. En tercer lugar, el riesgo de suicidio debe ser mitigado a través de un monitoreo periódico y una intervención psicológica breve; para aquellos individuos con indicadores de trastorno mental, también se debe contemplar la implementación de terapia farmacológica. En cuarto lugar, tanto el individuo que se suicida como los miembros de la familia y aquellos que proporcionan asistencia deben comprometerse en la garantía de un ambiente seguro, mediante la erradicación de los instrumentos de suicidio, tales como las armas de fuego.

Finalmente, si se percibe un alto o incierto riesgo de suicidio, se debe remitir inmediatamente al individuo a los servicios de salud mental. Asimismo, se debe contemplar la implementación de herramientas de evaluación del riesgo para facilitar la estratificación del riesgo y facilitar la comunicación entre los distintos servicios. Los expertos en salud mental han subrayado la importancia de establecer y preservar una relación terapéutica para disminuir la probabilidad de suicidio. (25)

En una investigación efectuada exclusivamente con pacientes diagnosticados con trastorno bipolar, se evidenció que la intervención precoz y el tratamiento con estabilizadores del estado anímico y/o antipsicóticos, junto con la observación y el seguimiento cercanos, constituyen el método más eficiente para la mitigación del suicidio en dichos pacientes. El litio puede proporcionar la ventaja de disminuir la probabilidad de conducta suicida en el paciente. La terapia electroconvulsiva podría ofrecer un método rápido y eficiente para el tratamiento del suicidio en el trastorno bipolar.

La implicación directa de los integrantes de la familia o amistades, un ambiente social de respaldo, junto con el apoyo psicológico, pueden ofrecer un beneficio adicional. (13)



Para identificar el grado de riesgo de suicidio en un individuo, se deben tener en cuenta todos los factores de protección, factores de riesgo y indicadores de alarma, teniendo en cuenta que estos pueden variar en función de la historia de vida individual de cada paciente.

- Se debe evitar la minimización de las emociones del otro individuo. Invariablemente exhiben respuestas con sensibilidad.
- Se debe recordar al individuo que todo permanecerá bajo confidencialidad; sin embargo, se requerirá la emisión de una alerta en caso de que el individuo manifieste indicadores de alerta.
- Reconozca y agradezca la confianza depositada por el individuo en usted.
- Se deben evitar los prejuicios.
- En caso de ser factible, oriente al individuo hacia un espacio privado y exento de cualquier objeto que pueda ser utilizado para provocarle daño.

Es imperativo fomentar factores de protección, con la posibilidad de sugerir a la persona que se incorpore a colectivos deportivos, sociales y culturales. El siguiente gráfico expone los mitos más prevalentes en la población en relación con el suicidio. (26)

Ciertos mitos en relación con el suicidio incluyen: la exposición al suicidio puede inducir suicidios, si un individuo ha intentado suicidarse, buscará internarse el resto de su vida, únicamente los individuos con trastornos mentales pueden cometer suicidio, las personas con ideas suicidas no presentan riesgos, y un auténtico suicida no avisa. Algunas de las realidades relativas al suicidio incluyen: el discurso sobre el suicidio puede salvar la vida de un individuo, aunque los intentos pueden ser recurrentes, lo que no implica que el individuo lo intentará hasta alcanzarlo. Es crucial evitar el estigma hacia aquellos que han experimentado intentos de suicidio, aunque ciertos trastornos del estado de ánimo pueden constituir un factor de riesgo. No es necesario un diagnóstico clínico para que un individuo fallezca por suicidio, la percepción de riesgo puede ser sutil, manifestándose en forma de bromas, declaraciones explícitas y publicaciones en plataformas de redes sociales, aunque la probabilidad de que esto ocurra es reducida.



Una investigación llevada a cabo en una institución de primer nivel en la Ciudad de México, donde se llevaron a cabo 35 entrevistas al personal sanitario, determinó que la falta de una entidad rectora y programas a escala nacional que guíen las medidas para la prevención y tratamiento de las conductas suicidas es un problema. Estos programas deben tener en cuenta las restricciones del entorno y las características sanitarias, junto con las necesidades de los profesionales de la salud. La ausencia de interacción comunicativa entre los niveles de atención sugiere la necesidad de integrar el sistema de salud mental. Además, indican la necesidad de fortalecer la formación y entrenamiento del personal de salud mental en la identificación y el tratamiento de comportamientos suicidas, con el objetivo de optimizar la calidad de la atención, así como mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia entre los diversos niveles de atención. Es imperativo proporcionar respaldo emocional al personal encargado de estos servicios, para afrontar las circunstancias cotidianas que enfrentan en el proceso de atención. (27)

Existe evidencia clara de que la restricción de medios potencialmente letales de suicidio se asocia con una disminución del suicidio (28). Este es un tema difícil en los Estados Unidos, ya que la discusión a menudo se traslada al debate sobre el control de armas. Aunque las armas de fuego se utilizan solo en una pequeña minoría de los intentos de suicidio, dada su letalidad, representan la mitad de todos los suicidios en los Estados Unidos. (29) Los estudios sobre la eficacia de la legislación de control de armas para reducir los suicidios en los Estados Unidos han producido resultados mixtos. Muchos estudios no se centraron en el suicidio per se, sino más bien en la violencia con armas de fuego.

Un estudio reciente mostró que la presencia de leyes específicas relacionadas con la posesión de armas de fuego (por ejemplo, verificaciones de antecedentes universales, períodos de espera obligatorios) se asoció con una trayectoria atenuada en las tasas de suicidio en relación con los estados sin tales leyes. En los estados sin tales leyes, tanto el suicidio por arma de fuego como las tasas generales de suicidio mostraron un aumento más pronunciado durante el período del estudio, en comparación con la pendiente más modesta de aumento en los estados con las



leyes y regulaciones. Una disminución en la trayectoria de los suicidios con armas de fuego no fue compensada por los suicidios que utilizaron otros métodos, y los autores señalaron que sus hallazgos deberían mitigar las preocupaciones de que las personas suicidas se matarán simplemente sustituyendo otro método cuando no tienen acceso a un arma de fuego.

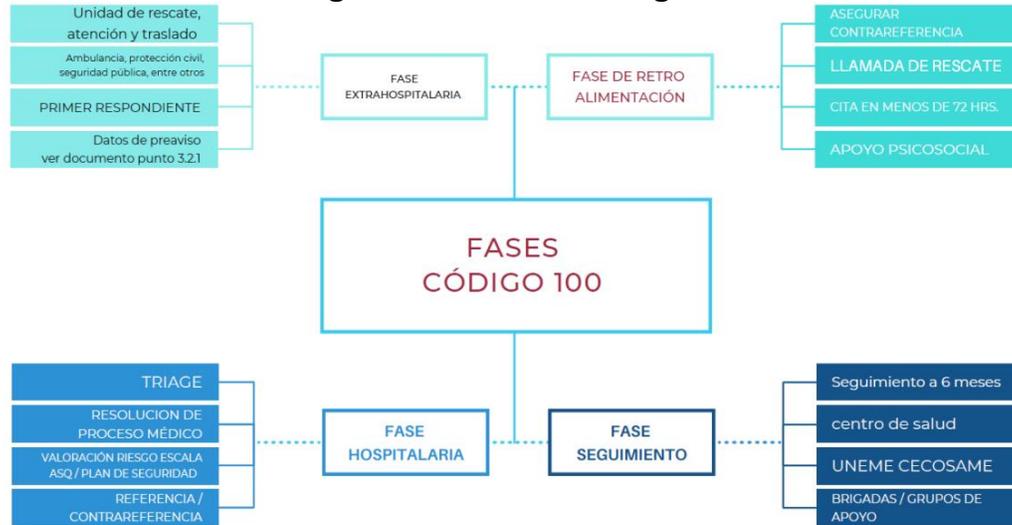
En otros estudios de universidades de Estados Unidos sobre medios letales, se evidenció que la disminución en la disponibilidad de armas de fuego en el campus (en comparación con los hogares) y otras características del entorno del campus son la base de las tasas de suicidio más bajas para los estudiantes universitarios en relación con sus compañeros de la misma edad. Cabe destacar en el estudio el hallazgo de que, aunque las tasas de suicidio por arma de fuego y ahorcamiento para los estudiantes universitarios eran menores que las de la población general, las tasas de suicidio por salto y envenenamiento para los estudiantes universitarios no eran significativamente diferentes de las de la población general. Varias instituciones han tomado medidas tangibles para prevenir los suicidios por medio de saltos. La Universidad de Cornell erigió cercas, que fueron reemplazadas por redes alrededor de los puentes del campus que fueron los sitios de varios suicidios; La Universidad de Nueva York instaló barreras en la Biblioteca Bobst para evitar que los estudiantes saltaran al atrio de abajo.

La Universidad Estatal de Ohio instaló cercas en los techos de los estacionamientos del campus después de varias muertes. Los esfuerzos para prevenir las muertes por saltos en la población general mediante la colocación de barreras y redes han tenido resultados positivos, como se ha encontrado en varios estudios, y estas acciones no han sido seguidas por la sustitución de métodos. (30)

En el estado de Durango, se implementó un programa nacional de prevención del suicidio denominado Código 100. Este sistema facilita la toma de decisiones clínicas en relación con el comportamiento suicida en hospitales generales o centros de atención dentro de las redes integradas del sistema de salud. Facilita la comparación entre la atención proporcionada a un usuario de servicios de salud mental y a un usuario de servicios de salud pública, minimizando el estigma y en el

contexto de los cuatro ejes transversales, que incluyen equidad de género, interculturalidad, ciclo vital y derechos humanos. Indican la relevancia de instruir al personal de enfermería, paramédico y médico en el ámbito de urgencias para gestionar pacientes que acuden con pensamientos suicidas o intentos de suicidio. Se segmenta en diversas fases, las cuales se ilustran gráficamente en la Imagen 4.

Imagen 4. Fases del Código 100.



Justificación

Desafortunadamente Chihuahua es el número uno a nivel nacional con más números de suicidios, por lo que considero que es de suma importancia esta tesis, ya que a nivel hospitalario e institucional se lograría conocer los factores de riesgo significativos de la población para lograr una atención oportuna y así, desde primer nivel, evitar los intentos suicidas, ya sea por medio de envío con psiquiatría o psicología para evitar los intentos suicidas o los suicidios consumados. Dentro de la residencia de Urgencias considero que es muy importante, ya que nosotros día a día encontramos a estos pacientes en nuestra área, y posterior a su recuperación, debemos canalizarlos adecuadamente para que reciban la atención necesaria para evitar que estas situaciones vuelvan a suceder.



Planteamiento del problema

El suicidio constituye un problema de salud debido a las repercusiones que genera en los aspectos sociales, psicológicos y económicos tanto en las familias como en la nación. La detección de los factores de riesgo y protectores asociados a este comportamiento es crucial para la formulación de estrategias de prevención. Por consiguiente, se busca llevar a cabo esta revisión con el propósito de actualizar los aspectos vinculados a los intentos de suicidio y identificar los factores de riesgo y protectores que intervienen en esta lesión autoinfligida intencionalmente con los pacientes que acuden al departamento de urgencias por este motivo. Esta información sería de gran relevancia en las áreas de atención primaria, y aplicar medidas preventivas apropiadas para su identificación temprana. Se hace referencia a las disciplinas de psicología, psiquiatría y sugerencias para modificaciones en los estilos de vida que fomenten una vida más saludable y mejoren la salud mental.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al intento suicida en la población del área de urgencias del Hospital General Regional No. 1 del estado de Chihuahua, Chihuahua?

Objetivo

Objetivo General

Identificar los factores de riesgo asociados a intentos suicidas en los pacientes de urgencias del Hospital General Regional No. 1 del estado de Chihuahua, Chihuahua.

Objetivos Específicos

Observar cual es el método más frecuente empleado en el intento suicida.

Conocer las características demográficas y clínicas de las personas ingresadas por intento suicida al área de urgencias.



Hipótesis

Hipótesis de Investigación

El factor de riesgo principal más frecuente en el intento de suicidio es un intento de suicidio previo en los pacientes de urgencias del Hospital General Regional No. 1 del estado de Chihuahua, Chihuahua.

Hipótesis Nula

El factor de riesgo principal en el intento de suicidio es el alcoholismo.

Material y métodos

Se realizó un estudio de tipo correlacional retrospectivo, haciendo una revisión bibliográfica sobre los factores de riesgo y factores protectores al intento suicida a nivel internacional y en Chihuahua. Se recopiló, analizó y sintetizó la información de diferentes fuentes a través de una búsqueda automatizada de bases de datos de: PubMed, Google Académico, Cochrane, publicaciones de la OMS y OPS en idioma inglés y español incluyendo un total de 33 artículos en su mayoría de ellos no mayores de 4 años de antigüedad.

Diseño estudio

Correlacional

Retrospectivo

Universo del estudio

Pacientes derechohabientes del IMSS en el área de urgencias del Hospital General Regional No. 1 del estado de Chihuahua, Chihuahua.

Lugar

Hospital General Regional No. 1 Chihuahua, Chihuahua

Periodo

Enero a diciembre 2024



Tamaño de muestra y muestreo

Se incluyeron a todos los pacientes que hayan acudido al servicio de urgencias del Hospital General Regional No. 1 en el periodo de enero a diciembre 2024.

Derechohabientes IMSS en el Estado de Chihuahua 3,156,294.

El tamaño de muestra se calculó en una población finita, con un nivel de confianza del 95%, tomando la población total derechohabientes IMSS en el Estado de Chihuahua que son 3,156,294, con un margen de error de 5%.

La fórmula se coloca a continuación:

$$Z^2 * (p) * (1-p) / c^2$$

Considerando 385 sujetos en total.

El tipo de muestreo de este estudio es de tipo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes IMSS del Estado de Chihuahua
- Mayores de 16 años de edad

Criterios de exclusión:

- Menores de 16 años
- No derechohabientes IMSS
- Que sea residente de otro estado

Criterios de eliminación:

- Que en el sistema PHEDS no cuente con todos los datos del cuestionario



Variables

Variable dependiente:

- Intento suicida

Variable Independiente:

- Conducta Suicida
- Factores de riesgo

Variables Intervinientes:

- Sexo
- Edad
- Escolaridad
- Estado Civil
- Ocupación
- Religión
- Vivienda
- Tabaquismo
- Etilismo
- Drogas
- Enfermedades cronicodegenerativas
- Enfermedades psiquiátricas
- Método suicida
- Red de apoyo

Definición de las variables

Intento suicida: Conducta autolesiva con el objetivo de suicidarse, aunque no resulta en un desenlace fatal.

Conducta Suicida: Cuando la persona presenta algún grado de intención de acabar con la propia vida.

Factores de riesgo: Rasgo de una persona o población que se ve expuesta a padecer un proceso mórbido, que se refiere a un tipo de afectación a la salud.

Sexo: Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.



Edad: Número de años cumplidos referidos por el paciente.

Escolaridad: Grado máximo de estudios que una persona ha aprobado en una institución educativa reconocida por el sistema educativo nacional.

Estado Civil:

Ocupación: Actividades o labores que desempeña con o sin remuneración económica.

Religión: Conjunto de convicciones o dogmas relativos a la divinidad, de sentimientos de reverencia y temor hacia ella, de directrices morales para el comportamiento individual y social, y de prácticas rituales, predominantemente la oración y el sacrificio destinados a su veneración.

Vivienda: Residencia cuyo objetivo primordial es proporcionar refugio y alojamiento a los individuos.

Tabaquismo: Haber fumado 100 cigarrillos o más en su vida y que continúa fumando al momento del estudio.

Etilismo: Incapacidad de controlar el consumo de alcohol debido a una dependencia física y emocional.

Drogas: La adicción resultante de la exposición reiterada a una sustancia psicoactiva, ya sea un medicamento o una sustancia psicoactiva, ya sea legal o ilegal.

Enfermedades cronicodegenerativas: Se refieren a aquellas afecciones que están provocando una degradación física y/o mental en los individuos afectados, induciendo un desequilibrio y afectando a los órganos y tejidos.

Enfermedades psiquiátricas: Trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento.

Método suicida: Herramienta utilizada con el fin de quitarse la vida.

Red de apoyo: Conjunto de interacciones que vinculan a un individuo con su contexto social, o con individuos con quienes se forjan vínculos solidarios y comunicativos para abordar necesidades particulares.

Operacionalización de Variables

Variable Dependiente				
Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Estadístico
Intento suicida	Conducta autolesiva con la intención de suicidarse, pero que no es fatal.	Cualitativa Ordinal	Si No	Frecuencias y Proporciones

Variables Independientes				
Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Estadístico
Conducta suicida	Cuando la persona presenta algún grado de intención de acabar con la propia vida	Cualitativa Ordinal	Sí No	Frecuencias y Proporciones
Factores de riesgo	Rasgo de una persona o población que se ve expuesta a padecer un proceso mórbido, que se refiere a un tipo de afectación a la salud.	Cualitativa Nominal	Si No	Frecuencias y Proporciones

Variables Intervinientes				
Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Estadístico
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras	Cualitativa Dicotómica	Femenino Masculino	Frecuencias y Proporciones
Edad	Número de años cumplidos referidos por el paciente	Cuantitativa Discreta	Años	Medidas de tendencia central. Medidas de dispersión.
Escolaridad	Grado máximo de estudios que una persona ha aprobado en una institución educativa reconocida por el sistema educativo nacional	Cualitativa Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Bachillerato licenciatura	Frecuencias y Proporciones
Ocupación	Actividades o labores que desempeña con o sin remuneración económica	Cualitativa Nominal	Si No	Frecuencias y Proporciones
Religión	Conjunto de convicciones o dogmas relativos a la divinidad, de sentimientos de reverencia y temor hacia ella, de directrices morales para el comportamiento individual y social, y de prácticas rituales, predominantemente la oración y el sacrificio destinados a su veneración.	Cualitativa Nominal	Ateo Católico Cristiano Testigo de Jehová Agnóstico Satanismo	Frecuencias y proporciones
Vivienda	Edificación cuya principal función es ofrecer refugio y habitación a las personas	Cualitativa Ordinal	Vive solo Vive con familia Vive con otra persona	Frecuencias y proporciones



Tabaquismo	Haber fumado 100 cigarros o más en su vida y que continúa fumando al momento del estudio.	Cuantitativa Dicotómica	Si No	Frecuencias y Proporciones
Alcoholismo	Incapacidad de controlar el consumo de alcohol debido a una dependencia física y emocional.	Cuantitativa Dicotómica	Si No	Frecuencias y Proporciones
Drogadicción	La adicción resultante de la exposición reiterada a una sustancia psicoactiva ya sea un medicamento o una sustancia psicoactiva, ya sea legal o ilegal.	Cuantitativa Dicotómica	Si No	Frecuencias y Proporciones
Enfermedades crónico-degenerativas	Se refieren a aquellas afecciones que están provocando una degradación física y/o mental en los individuos afectados, induciendo un desequilibrio y afectando a los órganos y tejidos.	Cualitativa Ordinal	Diabetes Mellitus Enfermedad renal crónica Hipertensión arterial Hipotiroidismo Cáncer	Frecuencias y Proporciones
Enfermedad psiquiátrica	Trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento	Cualitativa Ordinal	Depresión Ansiedad Bipolar Esquizofrenia Límite Déficit de atención e hiperactividad Obsesivo compulsivo	Frecuencias y Proporciones
Método suicida	Herramienta utilizada con el fin de quitarse la vida.	Cualitativa Ordinal	Ahorcamiento Arma de fuego Envenenamiento Precipitación	Frecuencias y Proporciones
Red de apoyo social	Conjunto de interacciones que vinculan a un individuo con su contexto social, o con individuos con quienes se forjan vínculos solidarios y comunicativos para abordar necesidades particulares.	Cualitativa Dicotómica	Si No	Frecuencias y Proporciones

Descripción general del estudio

Previa autorización de la presente investigación por el Comité Local de Investigación en Salud y el Comité de ética para llevar a cabo esta investigación.

La información para este análisis fue recopilada a través un instrumento de recolección de datos realizada por el autor, así como del expediente electrónico PHEDS con la muestra obtenida en el área de Urgencias del Hospital General Regional No. 1 del IMSS, Chihuahua de enero 2024 a diciembre 2024.



No se necesitó carta de consentimiento informado, ya que la información será obtenida del PHEDS, y se realizó una carta de excepción de consentimiento informado firmado (Anexo 2) y autorizado por el director de Tesis.

Se creó una base de datos en Excel con los 385 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión por lo que fueron incluidos en el estudio por la tesista encargada de la investigación.

Toda la información obtenida de la base de datos fue procesada con el programa Microsoft Excel para sacar desviación estándar, frecuencias y porcentajes.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el software Microsoft Excel 2023. Se realiza estadística descriptiva para todas las variables de la muestra y su correlación, para la estadística inferencial de los pacientes que puedan tener riesgo de intentos suicidas.

Aspectos éticos

Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud

TITULO SEGUNDO

De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos

CAPITULO I

Disposiciones Comunes

Artículo 17

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.



Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos Humanos:

Tesista

- Dra. Selene Oropeza Acevedo, Médico Residente de Urgencias Médico Quirúrgicas
- Tareas: elaboración del protocolo, desarrollo del trabajo de campo, análisis de la información, elaboración y redacción de la tesis.

Investigador Responsable

- Dr. Oscar Jesús Chávez Domínguez, Médico Adscrito Urgenciólogo Intensivista, Coordinador del turno vespertino Del Hospital General Regional No. 1 Chihuahua, Chih.
- Tareas: Responsable de la dirección y formulación del protocolo, así como del trabajo de campo, la generación de informes, la orientación en el análisis de la información, los resultados, la redacción y elaboración de la tesis final.

Investigador Asociado

- Dra. Sylvia Jeanette Vega González
- Tareas: asesoría en el análisis de la información, resultados, redacción.

Recursos Materiales:

- Computadora
- Impresora
- Artículos de oficina: lápiz, bolígrafos, hojas de papel, laptop personal.

Recursos Financieros:

- Todos los gastos financieros a cargo del tesista.

Factibilidad:

El proyecto es viable porque solo se tiene que sacar información del expediente PHEDS, y puede ser reproducible.



El tesista contó con asesoría de sus médicos adscritos de urgencias adjuntos a la investigación.

Se cuenta con pacientes candidatos para su inclusión en la investigación.

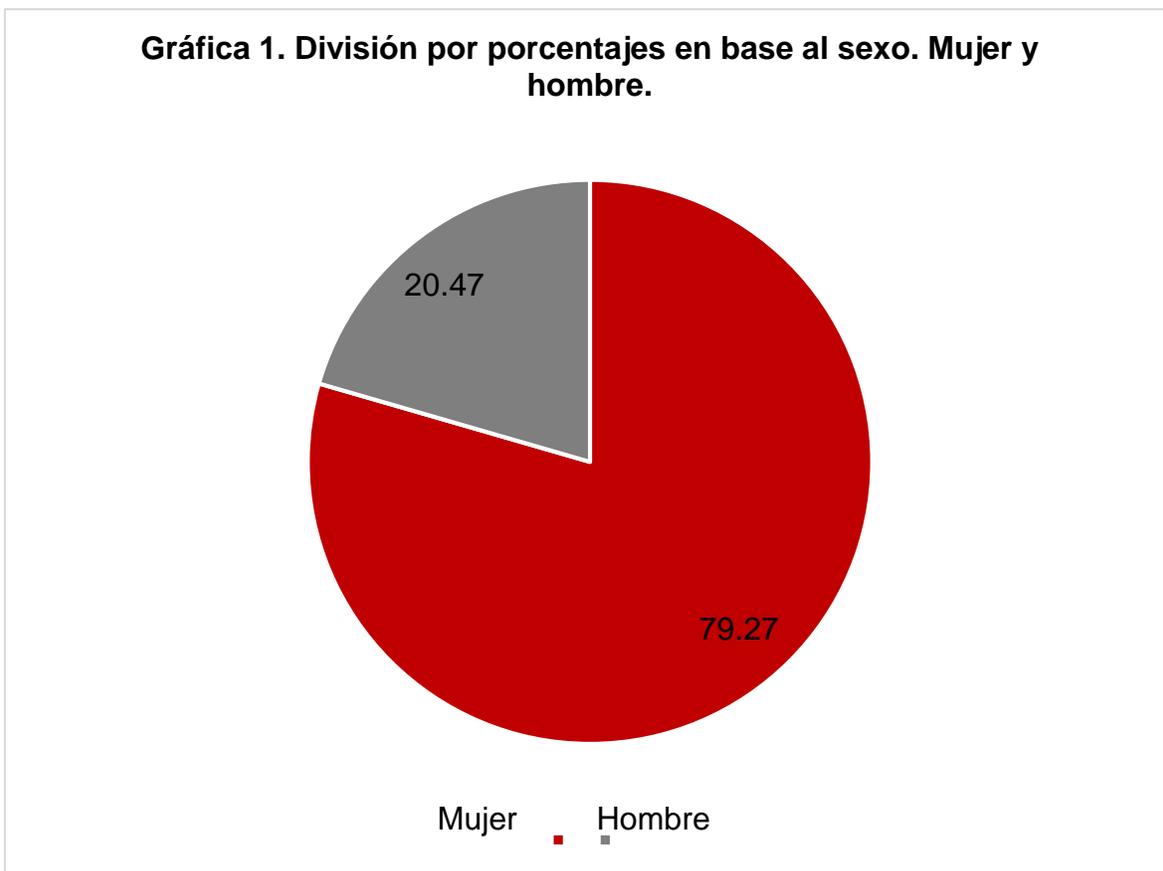
Por otro lado, no se alterarán ni se modificarán las políticas de salud o de atención institucional, así mismo se solicitó la aprobación de las autoridades del Hospital General Regional No. 1.

Cronograma de actividades

ACTIVIDAD	Mes I	Mes II	Mes III	Mes IV	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4
Inicio del anteproyecto	X							
1ra revisión		X						
Corrección final			X					
Entrega al comité de investigación local				X				
Inicio real del estudio					X			
Recolección de datos					X			
Captura de datos						X		
Análisis de resultados						X		
Resultados preliminares							X	
Conclusiones y recomendaciones							X	
Informe final								X
Presentación en eventos académicos								X

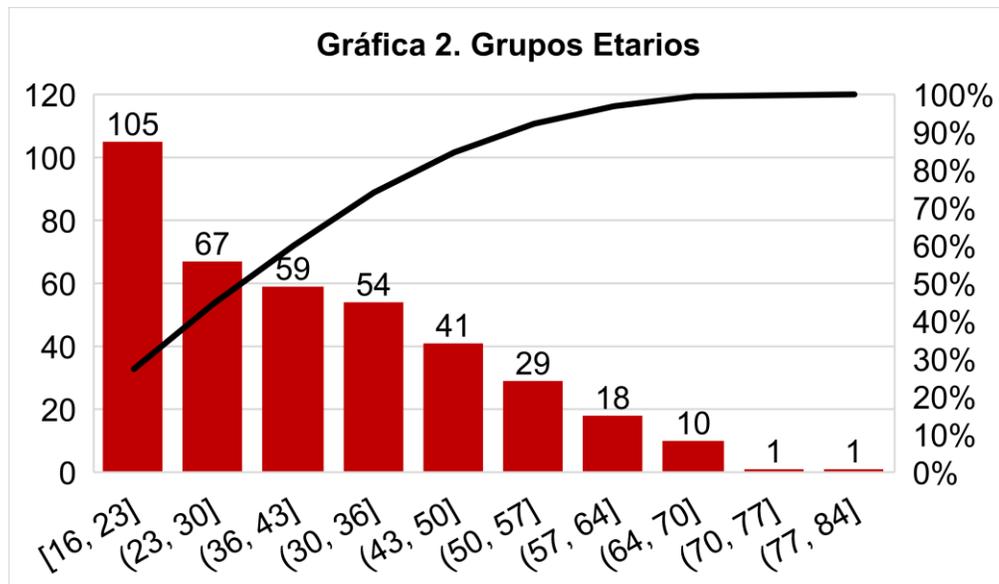
Resultados

Incluimos un total de 385 pacientes, de los cuales 306 (79.48%) fueron mujeres y 79 (20.52%) fueron hombres, representándose en la Gráfica 1. una gráfica de pastel dividido por porcentajes.





En la Gráfica 2. Se representa una gráfica de grupos etarios, donde la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima fue de 81 años, con una edad media de 28.73 y una desviación estándar ± 14.181 . Se dividió por rango de edades, en el cual se encuentra que de 16 - 23 años fueron 105 pacientes (27.27%), de 23-30 años fueron 67 pacientes (17.4%), de 30 - 36 años fueron 54 pacientes (14.02%), de 36 - 43 años fueron 59 pacientes (15.32%), de 43 - 50 años fueron 41 pacientes (10.64%), de 50 - 57 años fueron 29 pacientes (7.5%), de 57 – 64 años fueron 18 pacientes (4.6%), de 64 – 70 años fueron 10 pacientes (2.59%), de 70 – 77 años fue 1 paciente (0.25%), y de 77 – 84 años fue 1 paciente (0.25%).



En el Cuadro 1. Se encuentran distintos factores sociodemográficos, dentro del estado civil se encuentra que los solteros con un total de 182 (47.27%), casados 84 (21.82%), unión libre 48 (12.47%), divorciados 59 (15.32%), viudos 12 (3.12%). En el acompañamiento se encuentran los que viven solos con 46 (11.95%), en familia 334 (86.75%), con conocidos 2 (0.57%), y en la sección de otros solo 1 paciente (0.26%) que vivía en situación de calle. En la escolaridad, los que no tienen ningún nivel educativo fueron 2 (0.52%), primaria 9 (2.34%), secundaria 159 (41.3%), preparatoria 122 (31.69%), carrera técnica 53 (13.77%), licenciatura 40 (10.39%). La ocupación se encuentra los que tienen trabajo activo 221 (57.4%), sin trabajo 73 (18.06%), pensionados 12 (3.12%), estudiantes 79 (20.52%).



Se representa en el cuadro de religión que un 292 (75.84%) son católicos, 13 (3.38) son cristianos, 77 (20%) son ateos, y 3 (0.78%) son testigos de Jehová. En base a la red de apoyo, donde se encontró que 322 (83.64%) si cuentan con una red de apoyo y 63 (16.36%) no.

Cuadro 1. Factores Sociodemográficos

Característica	Valor N (%)
Estado civil	
Soltero	182 (47.27)
Casado	84 (21.82)
Divorciado	59 (15.32)
Unión libre	48 (12.47)
Viudo	12 (3.12)
Acompañamiento	
Familia	334 (86.75)
Solo	46 (11.95)
Conocidos	2 (0.52)
Otro	1 (0.26)
Escolaridad	
Ninguno	2 (0.52)
Primaria	9 (2.34)
Secundaria	159 (41.3)
Preparatoria	122 (31.69)
Carrera técnica	53 (13.77)
Licenciatura	40 (10.39)

Característica	Valor N (%)
Ocupación	
Trabajo activo	221 (57.4)
Sin trabajo	73 (18.06)
Pensionados	12 (3.12)
Estudiantes	79 (20.52)
Religión	
Católicos	292 (75.84)
Ateos	77 (20)
Cristianos	13 (3.38)
Testigos de Jehová	3 (0.78)
Red de apoyo	
Sí	322 (83.64)
No	63 (16.36)

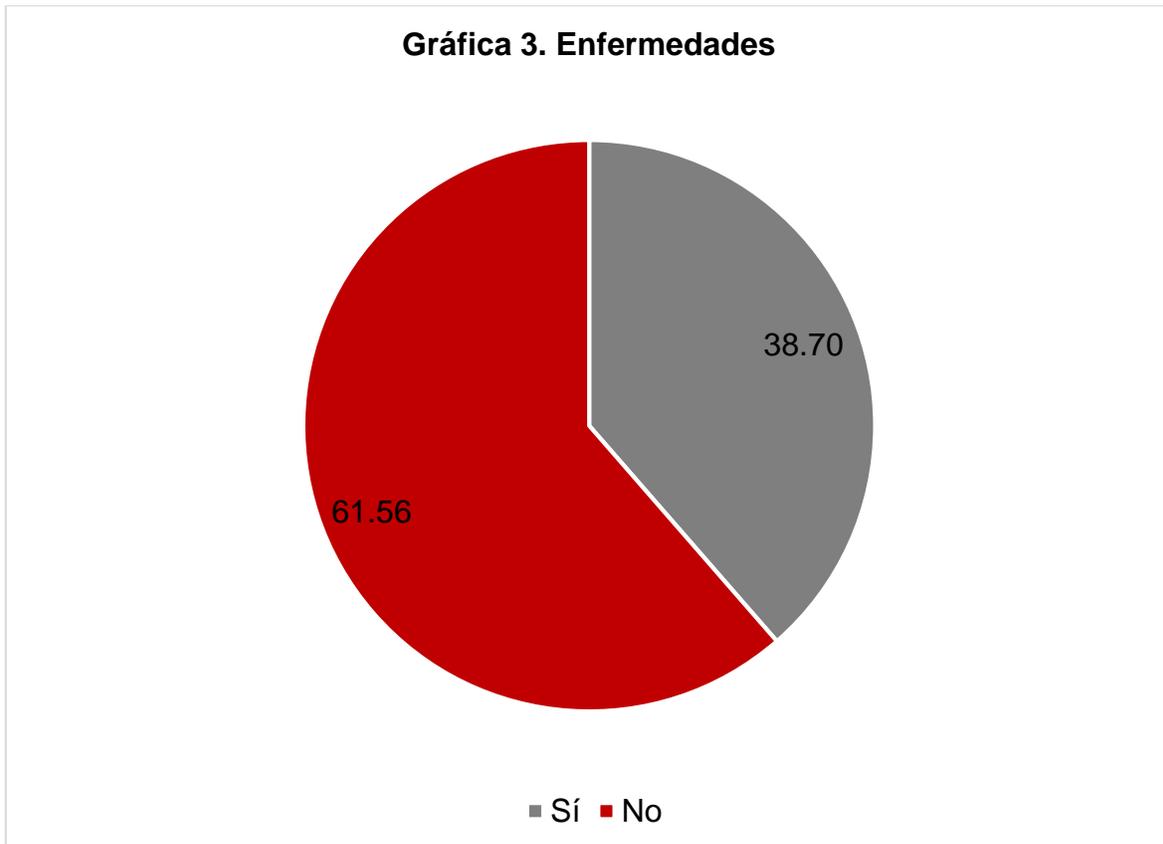


En el Cuadro 2. Se presentan los datos de toxicomanías, evidenciando un total de 184 (47.79%) pacientes con etilismo activo y 201 (52.21%) que no consumen alcohol, en el tabaquismo un total de 149 (38.7%) activo y 236 (61.3%) que no fuman. En el cuadro de drogas, 30 (7.79%) pacientes son usuarios de drogas y 354 (91.95%) no usuarios de drogas.

Cuadro 2. Toxicomanías

Característica	Valor N (%)
Etilismo	
Sí	184 (47.79)
No	201 (52.21)
Tabaquismo	
Sí	149 (38.7)
No	236 (61.3)
Drogas	
Sí	30 (7.79)
No	354 (91.95)

En la Gráfica 3. Se representa en una gráfica de pastel dividida por porcentajes en base a enfermedades conocidas, encontrando que 149 (38.7%) si tienen y 237 (61.56%) no tienen.



En el Cuadro 3. Se representa en números totales y porcentajes las enfermedades asociadas en los pacientes con intentos suicidas, encontrando 77 (20%) con hipertensión arterial sistémica, 48 (12.47%) con diabetes mellitus, 24 (6.23%) con hipotiroidismo, 17 (4.42%) con epilepsia, 6 (1.56%) con síndrome de ovario poliquístico, 6 (1.56%) con cáncer, 4 (1.04%) con asma, 4 (1.04%) con migraña, 3 (0.78%) cursando con embarazo, 3 (0.78%) positivos para virus de inmunodeficiencia humana, 3 (0.78%) con enfermedad renal crónica, 2 (0.52%) con lupus eritematoso sistémico, 2 (0.52%) con cardiopatía, 2 (0.52%) con secuelas de traumatismo craneoencefálico, 1 (0.26%) con secuelas de evento cerebrovascular, 1 (0.26%) con síndrome de antifosfolípidos, 1 (0.26%) con enfermedad de



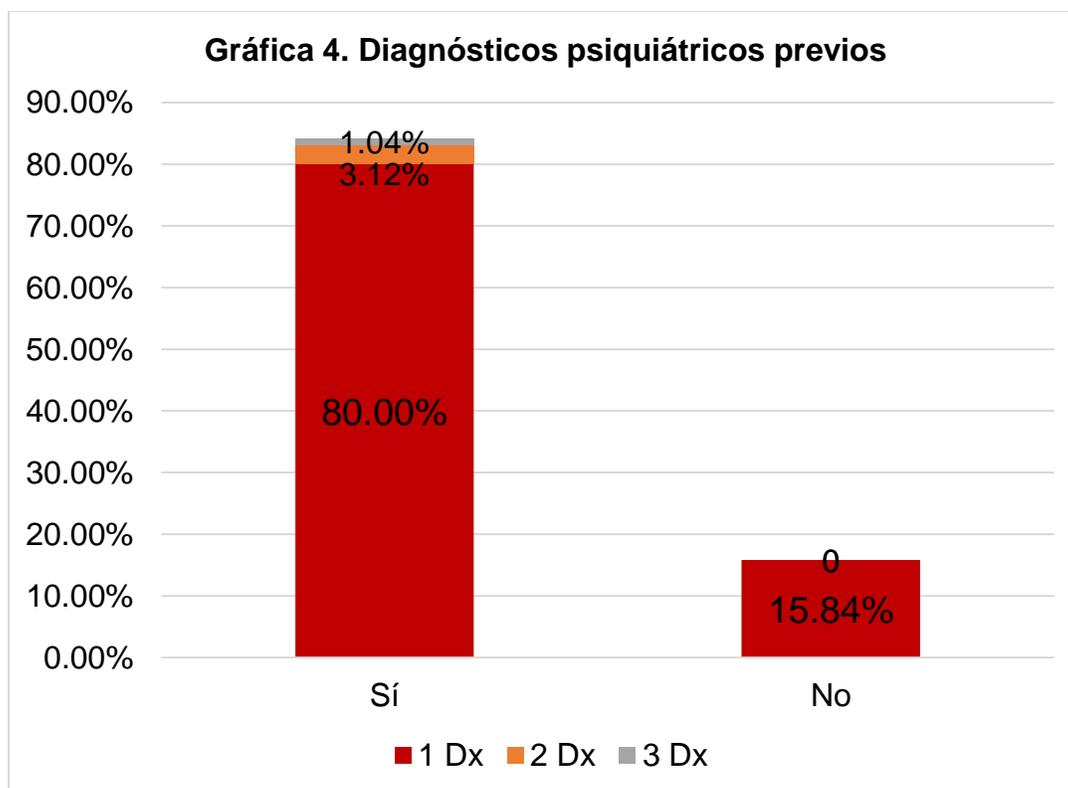
Alzheimer, 1 (0.26%) con hipertiroidismo, 1 (0.26%) con purpura trombocitopénica idiopática, 1 (0.26%) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 1 (0.26%) con esclerosis múltiple, 1 (0.26%) con arritmias, 1 (0.26%) con endometriosis, 1 (0.26%) con mieloma múltiple.

Cuadro 3. Enfermedades asociadas a los pacientes con intento suicida

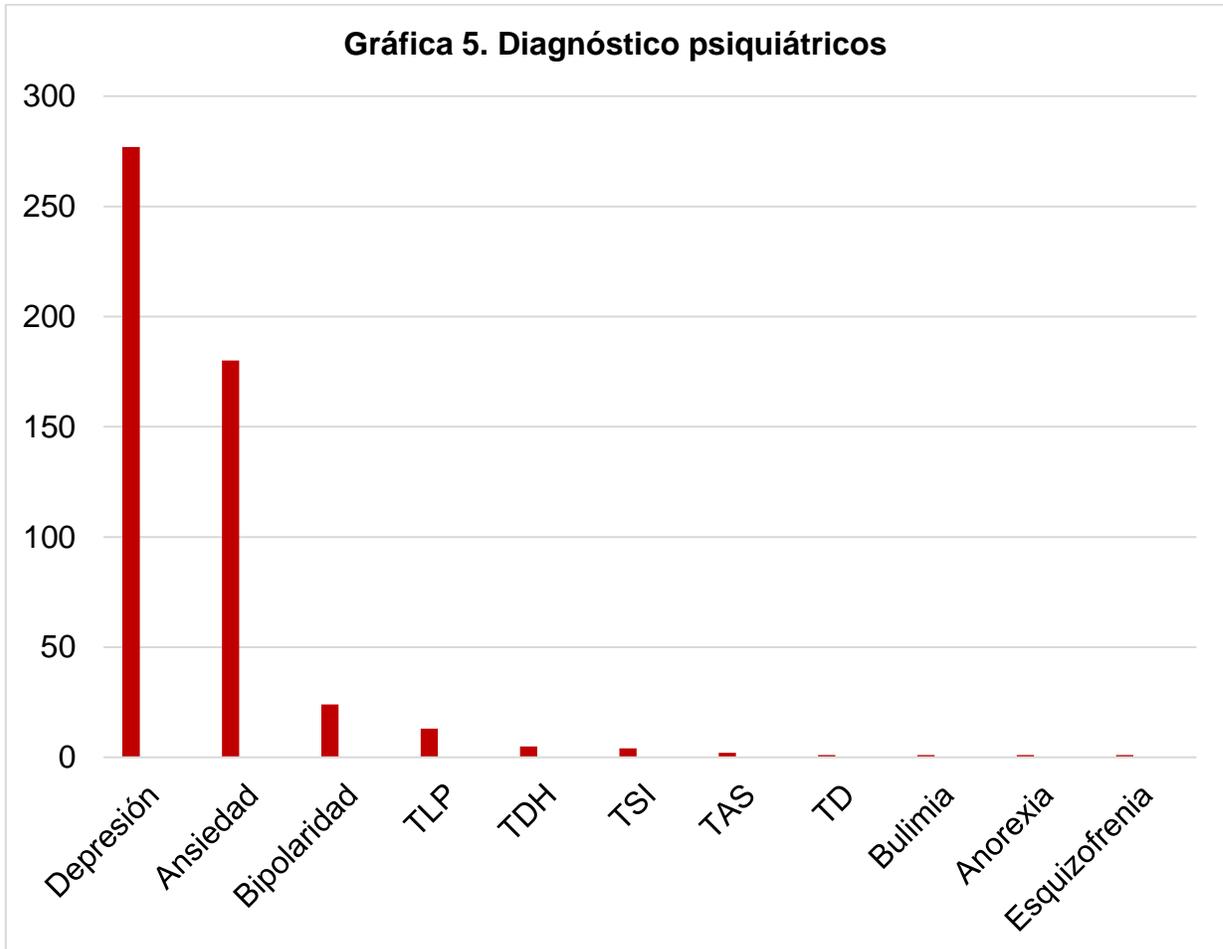
Enfermedades	Valor N (%)
Secuelas de evento cerebrovascular	1 (0.26)
Síndrome Antifosfolípidos	1 (0.26)
Lupus eritematoso sistémico	2 (0.52)
Cardiopatía	2 (0.52)
Asma	4 (1.04)
Secuelas traumatismo craneoencefálico	2 (0.52)
Enfermedad de Alzheimer	1 (0.26)
Hipertensión arterial sistémica	77 (20)
Diabetes mellitus	48 (12.47)
Hipotiroidismo	24 (6.23)
Síndrome ovario poliquístico	6 (1.56)
Cáncer	6 (1.56)
Epilepsia	17 (4.42)
Hipertiroidismo	1 (0.26)
Embarazo	3 (0.78)
Púrpura trombocitopénica idiopática	1 (0.26)
Virus inmunodeficiencia humana	3 (0.78)
Enfermedad renal crónica	3 (0.78)

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1 (0.26)
Esclerosis múltiple	1 (0.26)
Arritmias	1 (0.26)
Endometriosis	1 (0.26)
Migraña	4 (1.04)
Mieloma múltiple	1 (0.26)

En la Gráfica 4. Se encuentra una gráfica de barras representando la existencia de enfermedades psiquiátricas conocidas, encontrándose que 324 (84.16%) sí están diagnosticados con enfermedad psiquiátrica y 61 (15.84%) no se conocen con alguna enfermedad psiquiátrica. Dentro de los que están diagnosticados 308 (80%) presentan solo un diagnóstico psiquiátrico, 12 (2.12%) tienen 2 diagnósticos y 4 (1.04%) tienen 3 diagnósticos.



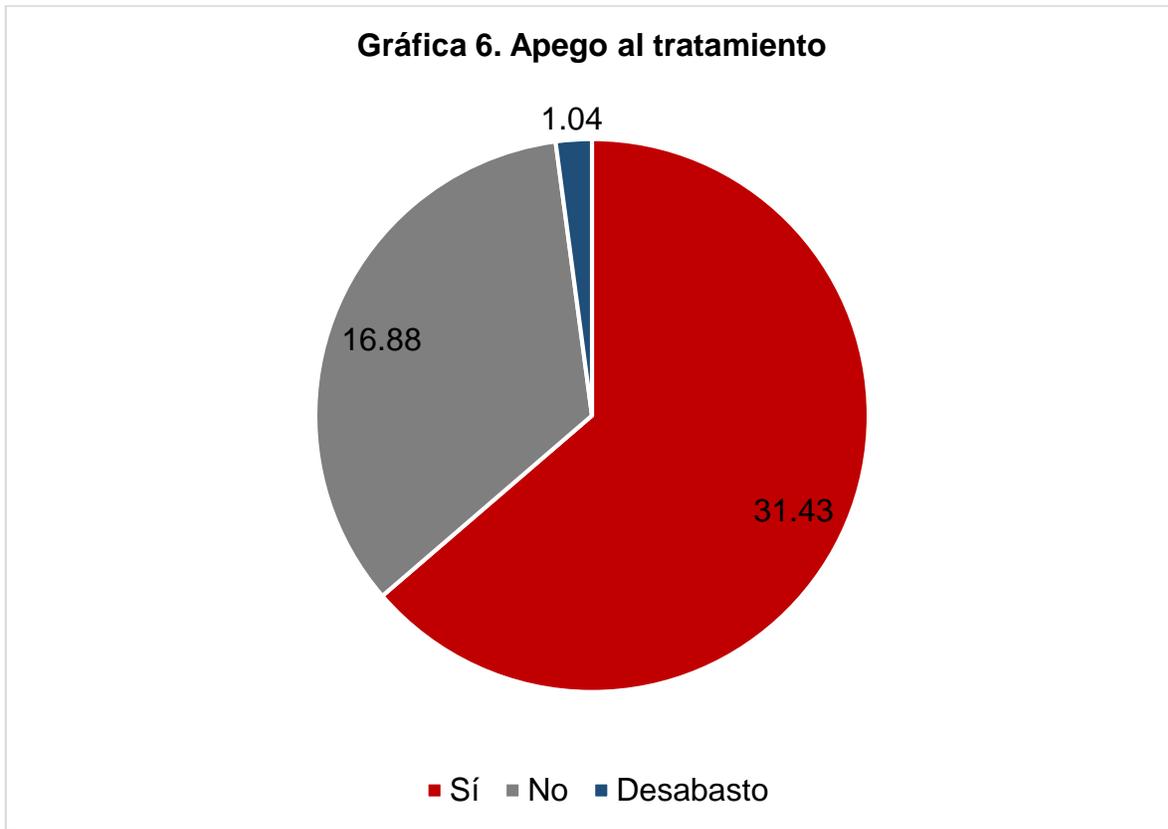
En la Gráfica 5. Se representa en una gráfica de barra dividida en número total de pacientes por las diferentes enfermedades psiquiátricas encontradas. Se encontró que 277 tienen depresión, 180 ansiedad, 24 trastorno bipolar, 13 trastorno límite de personalidad, 5 trastorno de déficit de atención, 4 trastorno somatomorfo indiferenciado, 2 trastorno de abuso de sustancias, 1 trastorno distímico, 1 bulimia, 1 anorexia, 1 esquizofrenia.



Abreviaturas: TLP: Trastorno límite de personalidad, TDH: Trastorno de déficit de atención, TSI: Trastorno somatomorfo indiferenciado, TAS: Trastorno de abuso de sustancias, TD: Trastorno distímico.

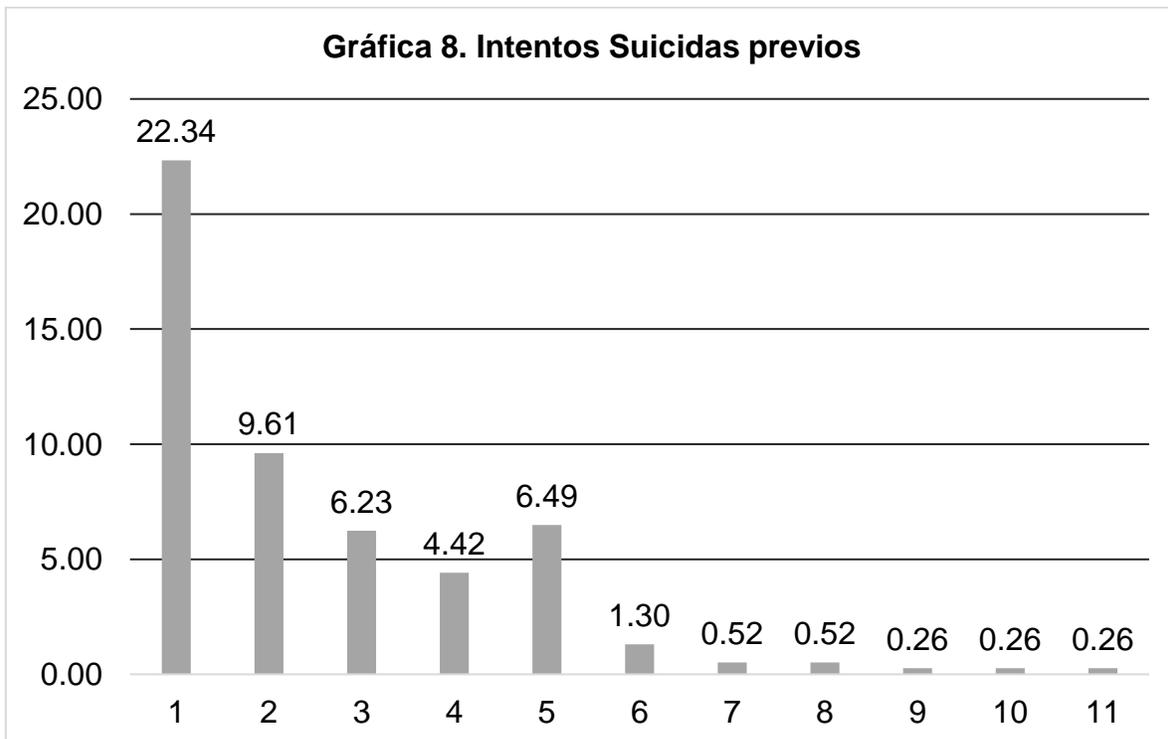
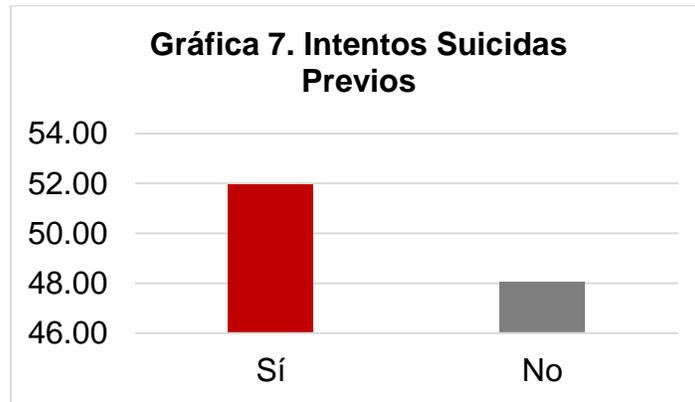


En la Gráfica 6. Se representa una gráfica de pastel dividida en porcentajes en base al apego al tratamiento de los pacientes que se conocen con algún trastorno psiquiátrico, encontrándose que 121 (31.43%) sí tienen apego al tratamiento, 65 (16.88%) no tienen apego, y 4 (1.04%) no siguieron tratamiento refiriendo que había desabasto en la institución.



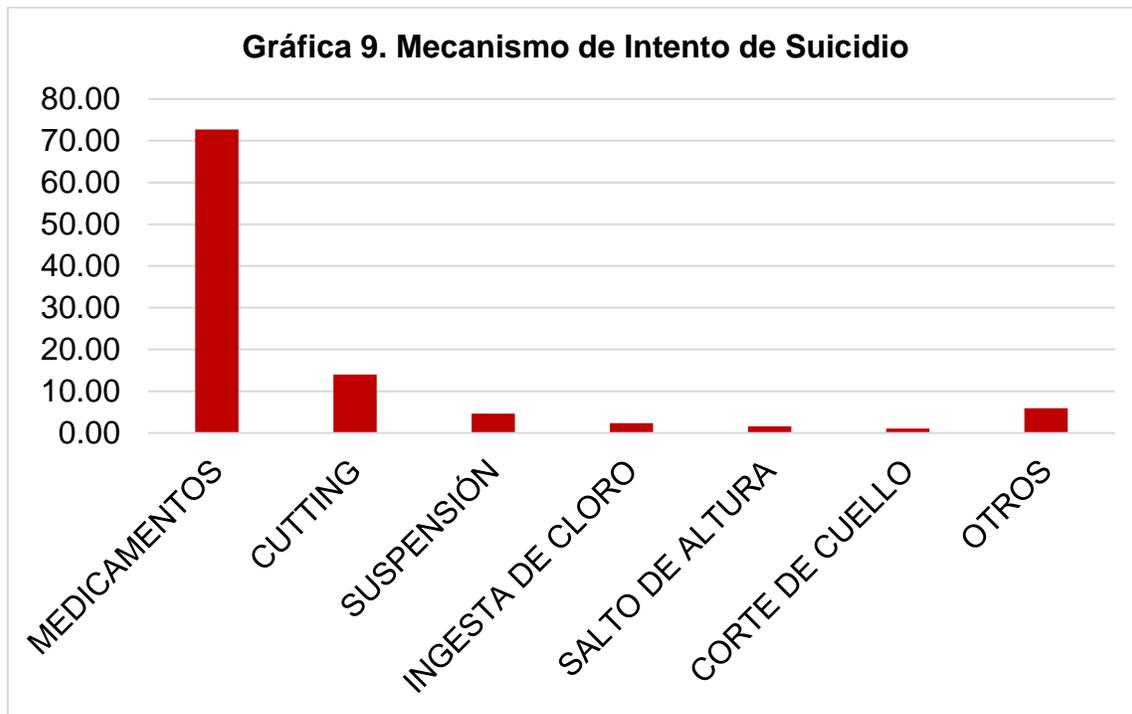


En la Gráfica 7. Se representa una gráfica de barras de intentos suicidas previos dividido en porcentajes. Donde se encuentra un total de 200 (51.95%) presentaron intentos suicidas previos, y 185 (48.05%) no presentaron. En la Gráfica 8 se presenta una gráfica de barras representando división en porcentajes en base al número de intentos suicidas previos. Encontrándose que los que tuvieron solo 1 intento suicida previo son 86 (22.34%), 2: 37 (9.61%), 3: 24 (6.23%), 4: 17 (4.42%), 5: 25 (6.49%), 6: 5 (1.3%), 7: 2 (0.52%), 8: 2 (0.52%), 9: 1 (0.26%), 10: 1 (0.26%), 11: 1 (0.26%).



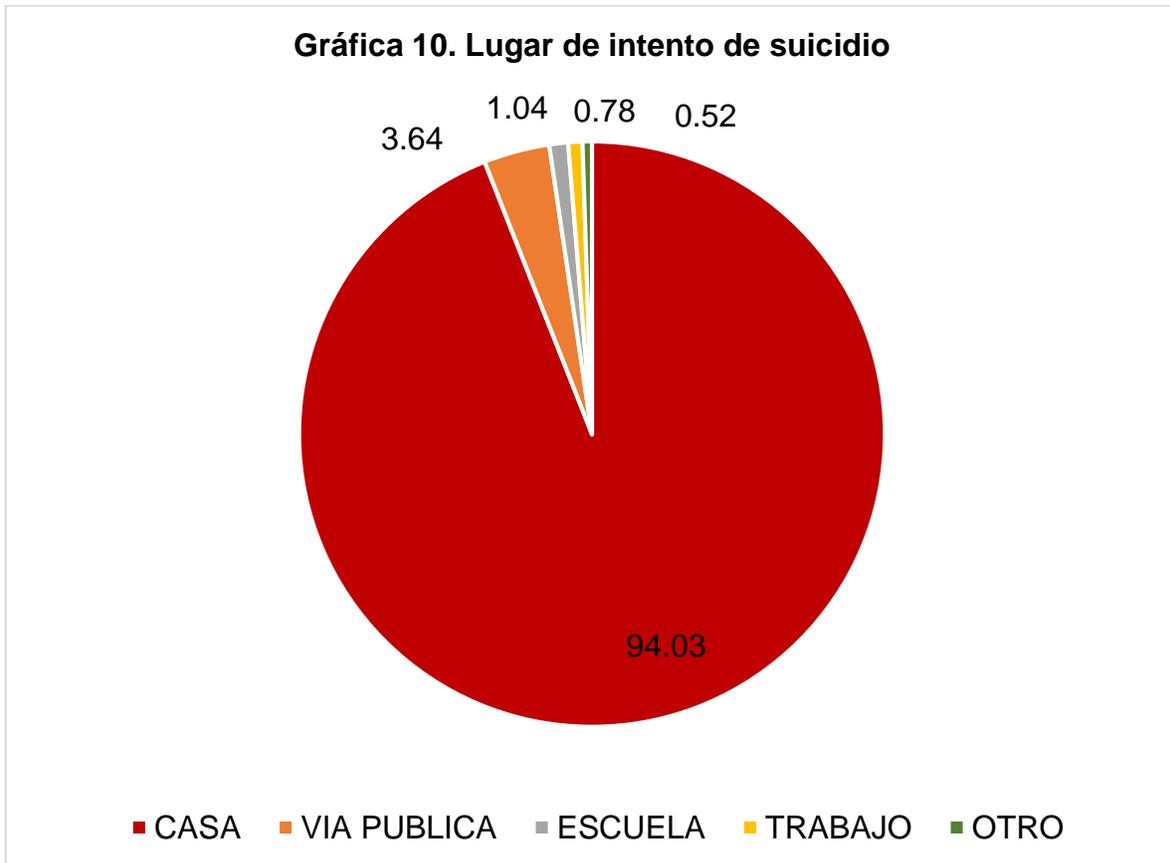


En la Gráfica 9. Se representa una gráfica de barras representando el porcentaje en base a los diferentes mecanismos de intentos suicidas. Encontrando que los que se intentaron suicidar con medicamentos fueron 280 (72.73%), cutting 54 (14.03%), suspensión 18 (4.68%), ingesta de cloro 9 (2.34%), salto de altura 6 (1.56%), corte de cuello 4 (1.04%) y otros 23 (5.97%). En la Figura 17.1. se representan los otros mecanismos de suicidio representado en porcentajes, encontrándose que los que se atravesaron al tráfico son 3 (0.78%), ingesta de organofosforados 3 (0.78%), ingesta de cáusticos 2 (0.52%), golpe en cabeza con objeto contundente 2 (0.52%), veneno para ratas 2 (0.52%), ingesta de piretroide 1 (0.26%), ingesta de enervantes 1 (0.26%), mordedura de brazos 1 (0.26%), arrojarse de vehículo en movimiento 1 (0.26%), intoxicación alcohólica 1 (0.26%), asfixia con plástico 1 (0.26%), intoxicación con gas LP 1 (0.26%), intoxicación con metanfetaminas 1 (0.26%), ingesta de desengrasante 1 (0.26%), colocarse en las vías del tren 1 (0.26%), ingesta de polietilenglicol 1 (0.26%). Se vio que un total de 12 personas utilizaron varios mecanismos en un mismo intento suicida, los que combinaros 2 métodos suicidas fueron 11 pacientes, y los que combinaron 3 métodos fue solo 1 paciente.



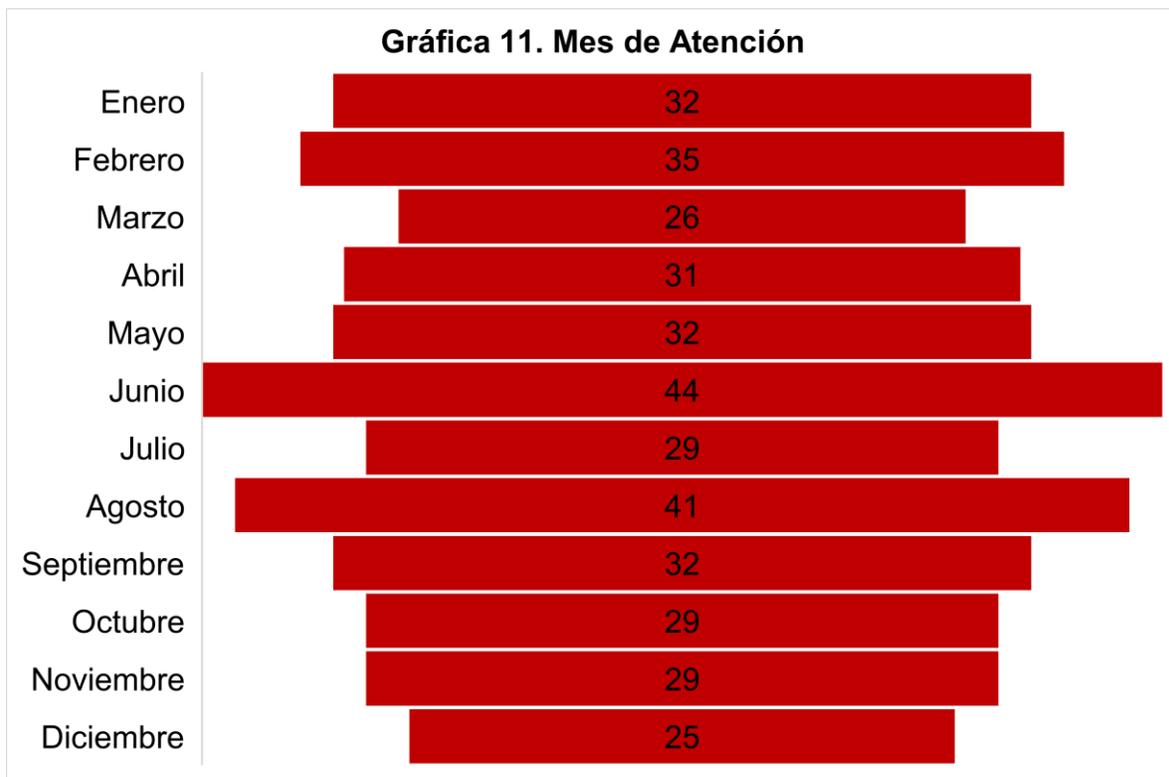


En la Gráfica 10. Se representa una gráfica de pastel dividida en porcentajes en base a los lugares de intento suicida, encontrando que los que se intentaron suicidar en casa son 362 (94.03%, vía pública 14 (3.64%), escuela 4 (1.04%), trabajo 3 (0.78%), y otros 2 pacientes (0.52%) uno de ellos fue en casa de una prima y el otro fue fuera de su casa dentro del carro.





En la Gráfica 11. Se representa una gráfica del número total de pacientes que acudieron a urgencias con intentos suicidas por mes de atención, encontrándose que en enero 32 pacientes, en febrero 35, en marzo 26, abril 31, mayo 32, junio 44, julio 29, agosto 41, septiembre 32, octubre 29, noviembre 29, diciembre 25 pacientes.



Discusión

En la presente investigación se encontró que la mayoría de los intentos de suicidio que se reciben en el área de urgencias del Hospital General Regional No. 1 son mujeres, concordando con la bibliografía encontrada donde el mayor número de intentos de suicidio es en mujeres que en hombres. (10, 18) Sin embargo a nivel mundial y nacional, la tasa de suicidios consumados se invierte y es mayor en hombres que en mujeres, teniendo más letalidad el ser hombre. (3, 4, 5)

Respecto a la edad, el rango más alto en este estudio fue de 16 a 23 años, con una edad media de 28.63, concordando con las tasas de suicidio en Chihuahua donde



en un estudio del 2020 el grupo de edad donde se han presentado mayores registros de suicidio consumados es el de 20 a 24 y 25 a 29 años. (6)

El estado civil la mayoría de los pacientes en este estudio fueron solteros, encontrándose misma evidencia en la bibliografía encontrada donde mencionan factores de riesgo psicosociales donde los viudos, separados y solteros presentan más riesgo de suicidio. (16) Sin embargo al igual, en este estudio, respecto al acompañamiento o convivencia dentro de una misma vivienda la mayoría vivía en familia, por lo que no concuerda con la evidencia, probablemente por el tipo de población ya que son menores rondando entre la segunda década de vida y probablemente no autosuficientes para vivir aparte de la familia.

La escolaridad que se encontró en la mayor parte de los pacientes fueron secundaria seguido de preparatoria, al igual que en la literatura menciona que entre más nivel superior educativo tengan menor son los casos de intentos de suicidio, en esta investigación se encontró en menor porcentaje los que tienen licenciatura, ninguna escolaridad y primaria, sin embargo creemos que es por el tipo de población atendida en el IMSS, ya que la mayoría de esta población para obtener este seguro médico tiene que tener un trabajo activo, y si no, estar asegurados por algún familiar trabajador activo, donde en la gráfica de ocupación podemos observar que la mayoría de los pacientes tienen un trabajo activo, seguido de estudiantes seguido de los que no trabajan, donde la mayoría de esas personas sin trabajo eran amas de casa. (15)

Dentro de la religión en su mayoría fueron católicos seguidos de ateísmo, en la bibliografía mencionaban como factor protector la religión, en este caso no fungió como factor protector, lo que se cree que es por la cultura mexicana del catolicismo. (19)

En el ámbito de las toxicomanías, como tabaquismo, etilismo y drogas, la mayoría de los pacientes en el presente estudio no presentaron toxicomanías activas, cayendo en discordancia con la bibliografía encontrada, donde en la mayoría se mencionaban que todas estas incurren en un factor de riesgo para los intentos



suicidas, al igual que mencionaban que el hecho de tener enfermedades cronicodegenerativas o discapacitantes era factor de riesgo, sin embargo en nuestra población la mayoría de los pacientes no tenía una enfermedad de este tipo. (16) De los pacientes que presentaron enfermedades la mayoría de ellos fueron hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus, sin embargo, en México estas son las enfermedades más frecuentes. (32)

Dentro de la bibliografía encontrada, mencionaban que el principal factor de riesgo para un intento suicida era la existencia de un trastorno mental, donde efectivamente en nuestro estudio más del 80% de nuestra población ya se conocía con algún trastorno mental, en su mayoría el trastorno depresivo seguido de la ansiedad. (7, 8) Estos pacientes mencionaron en su mayoría que, si tenían apego al tratamiento, sin embargo, esto puede tener un sesgo ya que no se podría comprobar que estuvieran siguiendo adecuadamente su tratamiento.

Siguiendo con los factores de riesgo que nos interesó investigar fueron los intentos de suicidas previos, en el cual se comprobó que más del 50% de los pacientes lo tuvo, como se menciona en la bibliografía mencionando los comportamientos suicidas e intentos previos. (12)

Respecto a los métodos de suicidio se observó que la mayoría fueron por ingesta de medicamentos, ya sea benzodiazepinas, insulina, antibióticos, antipsicóticos, antihistamínicos, entre otros, seguido del cutting y la suspensión, siendo diferentes los resultados a comparación de la bibliografía encontrada, estos estudios se hicieron en países de altos ingresos, donde predominaban la suspensión y armas de fuego, otro estudio realizado en Chihuahua predominó igualmente la suspensión en primer lugar, seguido de armas de fuego y envenenamiento, sin embargo esto se estudió en suicidios consumados, por lo que estos mecanismos suelen ser más letales, que la ingesta de medicamentos como se observó predominantemente en nuestra población con intentos suicidas, la cual, más del 90% realizó dicho acto en su casa, al igual que en la evidencia ya publicada en el estado de Chihuahua. (6, 21, 22)



Un factor protector que mencionaba la bibliografía era la red de apoyo, por lo que se investigó en nuestra población, en la cual más del 80% mencionaban que si contaban con una red de apoyo. (19)

Por último, el mes donde se presentaron más pacientes con intentos suicidas en urgencias fue junio, seguido de febrero, y empatados enero, mayo septiembre, siendo diferente a lo encontrado en los datos recientes del INEGI, donde refieren que el mes con más alta tasa de suicidio es diciembre, en esta investigación fue en junio, algunos pacientes sobre todo estudiantes, mencionaban que en este mes precisamente eran exámenes finales y les resultaba un factor estresante el hecho de si pasarían o no de grado, por lo que esa podría ser una de las causas en las que haya salido mayormente el mes de junio. (33)

Conclusiones

La salud mental es un pilar fundamental para el bienestar humano, es un componente esencial de la salud integral y el bienestar de las personas. Abarca nuestro bienestar emocional, psicológico y social, y determina el cómo pensamos, sentimos y actuamos. Una buena salud mental nos permite afrontar el estrés de la vida, relacionarnos de manera saludable con los demás y tomar buenas decisiones.

El suicidio es una tragedia completamente prevenible, es un problema grave de salud pública en todo el mundo, desgraciadamente el estado de Chihuahua es el número 1 con la mayor tasa de suicidio a nivel nacional. Las personas con problemas de salud mental y jóvenes tienen mayor riesgo de suicidarse, y por eso, es importante detectar a tiempo los factores de riesgo que llevan a cometer dicho acto, lo que se puede realizar desde una atención primaria o incluso secundaria para su prevención. Por eso, es importante hablar abiertamente sobre la salud mental y el suicidio. Día a día se ha ido desestigmatizando solicitar ayuda psicológica y psiquiátrica, por lo que todo el personal de salud puede desempeñar un papel importante en la prevención del suicidio, canalizando oportunamente a la persona y ofrecerle ayuda.



Bibliografía

1. Moutier, C. Conducta suicida. [Internet] Manual MSD Versión Para Profesionales. 2023, julio 12. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/conducta-suicida?query=conducta%20suicida>
2. National Action Alliance for Suicide Prevention. Transforming Health Systems Initiative Work Group. Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe. Washington, DC: Education Development Center, Inc. 2018.
3. World Health Organization: WHO. 1 de cada 100 muertes es por suicidio. 17 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
4. World Health Organization: WHO. Suicide rates. 2023, agosto 28. Disponible en: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
5. INEGI. Día mundial para la prevención del suicidio (Datos nacionales). 2023, septiembre 8. Disponible en: www.inegi.org.mx
6. Dr. Luis Alberto Flores Olivares. Boletín informativo, Hablemos de suicidio. Instituto Chihuahuense de Salud Mental. 2020. Disponible en: <http://www.ssch.gob.mx>
7. Louise Brådvik. (2018). Suicide Risk and Mental Disorders. Int. J. Environ. Res. Public Health, 15, 1-4.
8. Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. y Turecki, G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004; 4 (1).
9. Juan García-Haro, Henar García-Pascual, Marta González González, Sara Barrio-Martínez y Rocío García-Pascual. Suicide and mental disorder: a necessary critique. Papeles del psicólogo. 2020; 41 (1), 35-42.



10. Janet Jiménez-Genchi, Sofía G. Rodríguez-Paz, Juana Ramírez-Rivas y Marcela de la A. Martínez-González. Suicidal ideation and suicide attempt in patients with psychiatric disorders in a Mexico City hospital. *Gac Med Mex.* 2023; 159, 224-230.
11. Moutier, C. Autolesión no suicida (ALNS). Manual MSD Versión Para Profesionales. 12 julio 2023. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/conducta-suicida-y-autoagresi%C3%B3n/autolesi%C3%B3n-no-suicida-alns>
12. Matthew Large, Amy Corderoy y Catherine McHugh. Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2020; 00(0), 1-14.
13. Albis Yomaira Pabon. Suicide attempts and mental disorders. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2021; 20(4), 1-9.
14. Jacob N. Miller y Donald W. Black. Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Current Psychiatry Reports.* 2020; (6), 1-10.
15. Johan Reutfors, Therese M.-L. Andersson, Antti Tanskanen, Allitia DiBernardo, Gang Li, Lena Brandt & Philip Brenner. Risk Factors for Suicide and Suicide Attempts Among Patients With Treatment-Resistant Depression: Nested Case-Control Study, *Archives of Suicide Research.* 2021; 25(3), 424-438.
16. Ana G. Gutiérrez-García, Carlos M. Contreras y Rosselli Chantal Orozco-Rodríguez. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental.* 2006; 29 (5), 66-74.
17. Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the Covid-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Research.* 2021; 301 (4), 113998.
18. Rivera-Rivera L, Palacios-Hernández B, Austria-Corrales F, Sérís-Martínez M, Pérez-Amezcu B, Jiménez-Tapia A, Reynales-Shigematsu LM, Toledano-Toledano F, Gómez-García JA, Astudillo-García CI. Eventos de vida estresantes y



su efecto en la conducta suicida en mujeres durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Publica Mex.* 2023; 65 (4), 344-352.

19. Anderson Siqueira Pereira, Alice Rodrigues Willhelm, Silvia Helena Koller, Rosa Maria Martins de Almeida. Risk and protective factors for suicide attempt in emerging adulthood. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018; 23(11), 3767-3777.

20. Lilian Salvo G., Ramon Florenzano U., Alejandro Gómez Ch. Initial assessment and management of the suicidal ideation and suicide attempts in primary care. *Rev Med Chile.* 2021; 149, 913-919.

21. Santiago Andrés Muñoz-Palomeque, Luis Enrique Peralta Castro, Raúl David Vera Pulla, María Eduarda Clavijo Izquierdo. Factores predisponentes y métodos de suicidio: Mini-revisión de la actualidad. *Revista Médica HJCA.* 2021; 13 (2), 117-124.

22. Okolie C, Hawton K, Lloyd K, Price SF, Dennis M, John A. Means restriction for the prevention of suicide on roads (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD013738. 2020; 1-20.

23. Rosario Pérez-García y Manuela Pérez-García. Multidisciplinary preventive approach to suicidal behavior in population at risk. *Gac Med Mex.* 2023; 159, 460-461.

24. Gayete S, Giné A, Marcos S, Vidal MA, Ochoa S. Perfil sociodemográfico y clínico de las personas atendidas en el programa “Código Riesgo Suicidio de Cataluña”. *Actas Esp Psiquiatr.* 2022, 50(2), 114-19.

25. Seenaa Fazel and Bo Runeson. Suicide. *N Engl J Med.* 2020; 382(3), 266-274.

26. Secretaría de salud, STCONSAME, CONACID, SAP. Guía de prevención del suicidio. 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/directorio-de-unidades-de-salud-mental>

27. Lourdes Gómez-García, Luz Arenas-Monreal, Rosario Valdez-Santiago, Mario Rojas-Russell, Claudia Iveth Astudillo García, Marcela Agudelo-Bote.



Barreras para la atención de las conductas suicidas en Ciudad de México: experiencias del personal de salud en el primer nivel de atención. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2022; 40(1), 1-10.

28. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, et al: Evidence-based national suicide prevention taskforce in Europe: a consensus position paper. *Eur Neuropsychopharmacol* 2017; 27:418–421.

29. Kochanek KD, Murphy SL, Xu J, et al: National Vital Statistics Reports. Deaths: Final Data for 2017. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention, 2019. Disponible en: https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr68/nvsr68_09-508.pdf

30. Eileen P. Ryan and Maria A. Oquendo. Suicide Risk Assessment and Prevention: Challenges and Opportunities. *Focus*. 2020; 18(2), 88-99.

31. Secretaría de salud, STCONSAME, CONACID, SAP. (2022). Código 100. Programa nacional para prevención del suicidio (PNPS). 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/introduccion-al-codigo-100>

32. INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR), 2024. Información preliminar.

33. INEGI. Estadísticas a propósito del Día Mundial para la Prevención del Suicidio. (10 septiembre)



Anexos

Anexo 1. Dictamen de aprobación del comité de investigación.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación e Investigación
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **805**.
U MED FAMILIAR NUM 33

Registro COFEPRIS **17 CI 08 019 026**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 08 CEI 003 2018072**

FECHA **Jueves, 19 de diciembre de 2024**

Doctor (a) OSCAR JESUS CHAVEZ DOMINGUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA EN EL ÁREA DE URGENCIAS DEL HGR NO.1 CHIHUAHUA** 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-2024-805-080

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

Maria Luisa Carrasco Anchondo
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 805

C.M.N Siglo XXI, Ave. Cuauhtémoc No. 330, Piso 4 Edificio Bloque B, Anexo a la Unidad de Congresos, Col. Doctores, Alcaldía Cuauhtémoc, C. P. 06720,
Ciudad de México, Tel. (55) 5627 6900, Ext. 21963 y 21968, www.imss.gob.mx





Anexo 2. Carta de no inconveniencia



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA EN CHIHUAHUA
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 1

Chihuahua, Chih., a 03 de Diciembre de 2024

Asunto: Carta de No Inconveniencia

Comité Local de Investigación en Salud

Comité de Ética en Investigación

Presente:

Por medio de la presente me permito informar en mi carácter de Director (a) General del Hospital GENERAL REGIONAL No. 1, que en relación al proyecto de investigación con fines de tesis titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL INTENTO SUICIDA EN EL AREA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1".

A cargo de los investigadores:

Investigador Responsable: Dr. Oscar Jesús Chávez Domínguez

Investigador Asociado (s): Dra. Sylvia Jeannette Vega Gonzalez

Alumno (Tesisista): Selene Oropeza Acevedo

Por parte de esta Unidad "No existe inconveniente" para la realización de dicho proyecto de investigación en las instalaciones de esta Unidad por el grupo de investigadores, toda vez que dicho proyecto haya sido evaluado y aceptado por el ambos Comités de Evaluación y se otorgue el número de Registro de Autorización en el Dictamen correspondiente, para lo cual agradeceré se me notifique dicha resolución para otorgar las facilidades para el desarrollo del mismo.

Se expide la presente para los fines correspondientes.

ATENTAMENTE

"Seguridad y Solidaridad Social"



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dra. Ma. Guadalupe Najera Ruiz

Directora

Ced. Prof. 2354194 Ced. Eqp. 9507996

Matricula 9008232

HGR1
Dr (a). María Guadalupe Najera Ruiz

Director (a) Hospital General Regional No. 1

Calle Ortiz de Campos #500 Colonia San Felipe CP: 31203