



BUAP



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Facultad de Medicina

Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano"
Servicios Públicos de Salud
IMSS- BIENESTAR

**"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y MÉTODOS EMPLEADOS EN LA
CONDUCTA SUICIDA EN MÉXICO EN EL AÑO 2022-2024"**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Psiquiatría

Presenta: Francisco Emmanuel Flores Peralta

Asesor Metodológico: Dr. Gonzalo Flores Álvarez

Asesor Experto: Dra. Laura Eréndira Gómez Mendoza

Jefe de Enseñanza e Investigación: Norma Edith Bretón Tovar

03/03/25

Índice

| | |
|--|----------|
| 1. Antecedentes | 3 |
| 1.1 Antecedentes generales | 3 |
| 1.2 Antecedentes específicos | 3 |
| 2. Justificación | 3 |
| 3. Planteamiento del problema | 4 |
| 4. Hipótesis científica | 4 |
| 5. Objetivos | 4 |
| 5.1 Objetivo general | 4 |
| 5.2 Objetivos específicos | 5 |
| 6. Material y métodos | 5 |
| 6.1 Universo | 5 |
| 6.2 Muestra | 5 |
| 6.3 Criterios de selección de las unidades de muestreo | 5 |
| 6.3.1 Criterios de inclusión | 5 |
| 6.3.2 Criterios de exclusión | 5 |
| 6.3.3 Criterios de eliminación | 5 |
| 6.4 Definición de las variables y escala de medición | 6 |
| 7. Resultados | |
| 8. Discusión | |
| 9. Logística | 7 |
| 10. Bioética | 7 |
| 11. Anexos | 7 |
| 12. Bibliografía | 7 |

1.- ANTECEDENTES

1.1.- Antecedentes generales:

En los últimos años, el suicidio, se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, y, sin embargo, es una entidad que no se reporta epidemiológicamente de la misma manera en todos los países, con diferencias en diversos ámbitos que modifican su desarrollo y conducta. Se estima que alrededor del mundo cada 40 segundos fallece alguien por suicidio, lo que equivale aproximadamente a 800.000 muertes en promedio alrededor del mundo (OMS, 2019). Estas cifras no solo son preocupantes sino también revelan la tendencia de que este problema va en ascenso, además del impacto negativo que puede tener en la sociedad. (Sanchez, 2016).

Cuando hablamos de suicidio entendemos que se trata de un concepto con varias definiciones, pero todas ellas llevan a un objetivo común: morir. Sin embargo, la manera en que lo hacemos y los motivos son tan variados como somos las personas. El suicidio es un acto voluntario e intencional de poner fin a nuestra propia vida por medios letales o no letales (Sanchez, 2016). Es decir, el suicida tiene plena consciencia de sus acciones y sabe que está poniendo en peligro su propia existencia con el único objetivo de acabar con ella.

Aunque existen diversas teorías sobre la causa del suicidio que abarcan desde la posición psicodinámica, la psicológica con la teoría de desesperanza de Beck, la sociológica a partir de que Emil Durkheim establece que el suicidio es un hecho meramente estadístico, que varía dependiendo de la sociedad cultural que se estudie, así como desde la posición neurobiológica con las aportaciones aun teóricas de los neurotransmisores, se ha tratado de dar respuesta a las preguntas que involucran al fenómeno del suicidio (Intervención en crisis en las conductas suicidas, 2013). En el área psiquiátrica se ha establecido como factor de riesgo más asociado al suicidio al trastorno depresivo mayor, ya que esta patología afecta significativamente al estado emocional y físico de los individuos, lo que hace que sea más la probabilidad que el individuo desarrolle conductas autodestructivas que deriven en un suicidio consumado (OMS, 2019).

Además de los factores biológicos y psicológicos asociados con el suicidio, hay otros como la falta de apoyo social o la influencia de los medios de comunicación, los cuales también juegan un papel importante. Las personas expuestas constantemente a historias o imágenes negativas pueden sentirse abrumadas por las presiones sociales o culturales o incluso llegar a desarrollar ideas obsesivas sobre la vida y la muerte. Es importante destacar que prevenir el suicidio no solo depende del trabajo individual de profesionales sanitarios sino también del conjunto de la sociedad para identificar aquellas personas en riesgo temprano y ofrecerles asistencia adecuada antes de que la situación empeore. Los programas preventivos y educativos que actualmente se utilizan en México todavía cuentan

con deficiencias que no permiten ayudar a todavía más personas en riesgo (Sanchez, 2016).

Aunque los hombres son más propensos a suicidarse en el mundo occidental, las mujeres intentan suicidarse con más frecuencia (Beghi, 2021). En otras partes del mundo, la tasa de suicidios de hombres es más alta. India y China son dos excepciones donde no hay una diferencia clara entre los géneros (Sanchez, 2016) (De la Rosa, 2022).

Los jóvenes de entre 15 a 29 años de edad es el suicidio la segunda causa de muerte, y en este rango de edad el suicidio entre hombres jóvenes son al menos el doble de altas que entre las mujeres jóvenes (De la Rosa, 2022). Aunque el suicidio es un fenómeno global, las diferencias regionales en las tasas de suicidio son notables. Las tasas de suicidio en los países occidentales son generalmente muchos más altas que en los países orientales. El suicidio consumado es más común en hombres que en mujeres, con una relación 4:1. En Europa se dice que el método que más llegan a utilizar los hombres es el ahorcamiento, seguido de la utilización de arma de fuego; en cambio las mujeres tienen una predilección por medicamentos, el uso de venenos y la precipitación (Rocamora, 2019).

Aproximadamente el 10% de los adolescentes menores de 15 años que se han suicidado tienen antecedentes familiares de suicidio (De la Rosa, 2022). Esto puede deberse a que estos adolescentes están más expuestos a los factores de riesgo para el suicidio, como la depresión y el alcoholismo. También puede ser que estos adolescentes tengan una mayor sensibilidad a los factores ambientales, como el bullying y que no dispongan de los recursos necesarios para afrontar el estrés y la ansiedad en esta etapa de la vida; esto podría explicar por qué el suicidio es la segunda causa de muerte entre los adolescentes. En la escuela, el fracaso escolar y el miedo a la reacción por parte de los padres son factores muy relacionados con episodios de conducta suicida en jóvenes y uno de los principales motivos de la conducta suicida es el miedo a la reacción de los padres. Los adolescentes se sienten presionados por la necesidad de mantener una buena imagen ante sus padres y amigos, esto los lleva a tomar decisiones impulsivas e irracionales, como el suicidio (Zygo, 2019).

Cuando se trata de prevenir el suicidio entre los adolescentes, es importante reconocer los signos de advertencia. Los signos de advertencia pueden incluir hablar abiertamente sobre el suicidio, mostrar un cambio repentino en el comportamiento o el humor, o alejarse de amigos y actividades que antes disfrutaban (Zygo, 2019).

Las diferencias en la etiología, el riesgo, la naturaleza de la conducta suicida y en la prevención y tratamiento del suicidio según el sexo han sido ampliamente estudiadas. En general, se ha encontrado que los factores de riesgo psicológicos para el suicidio son similares entre hombres y mujeres, pero que hay algunas

diferencias en la forma en que estos factores se relacionan con el comportamiento suicida (Beghi, 2021). Por ejemplo, los hombres con trastornos del estado de ánimo como la depresión o el alcoholismo tienen un mayor riesgo de suicidio que las mujeres con estos trastornos. Sin embargo, las mujeres con trastornos de la personalidad como la borderline o la esquizotipia tienen un mayor riesgo de suicidio que los hombres con estos trastornos (Barroso, 2019).

También se ha encontrado que las diferencias en el comportamiento suicida entre hombres y mujeres se deben en parte a diferencias culturales y sociales. Por ejemplo, las mujeres son mucho más propensas que los hombres a intentar suicidarse, pero son mucho menos propensas a completar el acto. Esto se puede deber a que las mujeres son más propensas que los hombres a buscar ayuda después de un intento de suicidio, lo que indica una mayor conciencia de los riesgos y una mayor voluntad de vivir. También se ha encontrado que las mujeres son mucho más propensas que los hombres a utilizar métodos no letales para intentar suicidarse, lo que indica una mayor preocupación por no causar daño irreparable (Barroso, 2019). En cuanto a la prevención y el tratamiento del suicidio, se ha encontrado que las intervenciones dirigidas a los hombres son generalmente más efectivas que las intervenciones dirigidas a las mujeres, debido a que los hombres son menos propensos que las mujeres a buscar ayuda antes de intentar suicidarse, lo que hace que sea más difícil prevenir el comportamiento suicida entre los hombres (Beghi, 2021).

Los factores socioeconómicos, como el desempleo, la jubilación o la soltería, tienen un peso mayor en los suicidios de hombres que en mujeres. De hecho, el 85% de los suicidas son hombres (Cabello, 2020).

Otro factor que influye en el aumento de los suicidios es la edad, ya que se reporta en España que el 60% de los suicidios corresponde a adultos mayores de 65 años de edad. Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en España el número de suicidios se ha incrementado en un 3,5% respecto al año anterior, y la tasa de suicidio se sitúa en los 10,5 casos por cada 100.000 habitantes. (INE, 2013)

El entendimiento del suicidio como ente social tiene una gran importancia, pues vemos culturas que tienden a honrar el suicidio o verlo como un método de morir aceptado socialmente. También se observan cambios en el patrón de una sociedad con tendencia al suicidio por su estatus económico, pues es más factible que las presiones de la vida en un país de bajos recursos que busca aumentar su economía sean más constantes que en un país de primer mundo. Por lo que ver el suicidio en aumento en un país que aboga cada vez más por un sistema de producción es más una consecuencia directa del mismo sistema en transición que de otros factores que no impliquen a la moneda como estatus social (Rocamora, 2013).

Según Émile Durkheim, el suicidio es un fenómeno social, lo que significa que está influido por las normas y valores de la sociedad en la que vivimos. Durkheim analizó el suicidio desde una perspectiva sociológica y determinó que hay cuatro tipos principales de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista (Rocamora, 2013).

El suicidio egoísta se produce cuando una persona se siente aislada de la sociedad y no tiene ningún vínculo con otras personas. Este tipo de suicidio se produce con más frecuencia en las sociedades individualistas, donde las personas tienen poco contacto con otras personas.

El suicidio altruista se produce cuando una persona se siente abrumada por el peso de la responsabilidad y cree que su muerte beneficiará a los demás. Este tipo de suicidio se produce con más frecuencia en las sociedades donde se exige mucho a las personas, como en las sociedades militares.

El suicidio anómico se produce cuando una persona se siente desesperada debido a un cambio radical en las condiciones de vida, como una pérdida de empleo o un divorcio. Este tipo de suicidio se produce con más frecuencia en las sociedades cambiantes y dinámicas, donde las personas tienen que adaptarse constantemente a los cambios.

El suicidio fatalista se produce cuando una persona se siente oprimida por las normas y los valores de la sociedad y cree que no puede cambiar nada. Este tipo de suicidio se produce con más frecuencia en las sociedades autoritarias, donde las personas tienen poca libertad para elegir.

El suicidio anónimo se produce cuando una persona se siente sola y aislada de los demás. Este tipo de suicidio se produce con más frecuencia en las sociedades individualistas, donde el éxito se mide por la capacidad de lograr objetivos personales (Rocamora, 2013).

Aunque el suicidio es un fenómeno complejo con muchas causas, los estudios han demostrado que existen ciertas asociaciones entre el nivel educativo y socioeconómico y el riesgo de suicidio (Cabello, 2020). En general, se ha encontrado que las personas con menor nivel de educación y/o con ingresos más bajos tienen un mayor riesgo de suicidio. Sin embargo, este no es un fenómeno exclusivo de la desventaja social, ya que también se han encontrado asociaciones positivas entre el riesgo de suicidio y otras variables, como la edad, el estado civil y el historial de trastornos mentales. La literatura más reciente sobre este tema señala que la asociación entre la desventaja social y el suicidio es más fuerte en las sociedades occidentales desarrolladas, con efectos más pronunciados entre los hombres desfavorecidos socialmente (Rocamora, 2013) (Troister, 2015).

Desde el campo de la psicología y sus aproximaciones, desde la perspectiva cognitivo conductual se ha intentado dar explicaciones al fenómeno suicida. En

este campo sobresale y destaca con sus aportaciones la figura de Aaron T. Beck. Beck, también conocido como el "Padre de la terapia cognitivo conductual", fue un médico y psicólogo estadounidense que desarrolló una terapia de orientación cognitivo-conductual. La terapia cognitivo-conductual se centra en la idea de que nuestros pensamientos influyen en nuestras emociones y comportamientos. Beck creía que las personas con trastornos de ansiedad y depresión tenían una forma distorsionada de pensar, lo que los llevaba a sentirse ansiosas o deprimidas. En su terapia, Beck se esforzó por ayudar a sus pacientes a identificar y modificar estos pensamientos distorsionados. (Troister, 2015)

Beck también hizo una contribución significativa al campo de la suicidología. En su libro "Suicide: A Clinical Approach", Beck presentó un modelo cognitivo del suicidio. Este modelo se basa en la idea de que las personas que cometen suicidio tienen una forma distorsionada de pensar sobre sí mismas y el mundo. Estos pensamientos pueden ser tan distorsionados que lleven a la persona a creer que la única forma de aliviar su sufrimiento es quitarse la vida. El modelo de Beck ha sido muy útil para comprender mejor el suicidio y ha ayudado a desarrollar mejores estrategias de prevención (Troister, 2015).

El modelo de Beck se basa en la teoría de que el suicidio se produce cuando una persona tiene una serie de pensamientos negativos sobre sí misma, la vida y el futuro. Estos pensamientos negativos pueden estar relacionados con la depresión, la ansiedad o el estrés. La persona que tiene estos pensamientos negativos puede sentirse abrumada y sin esperanza, lo que aumenta el riesgo de suicidio. El modelo de Beck también señala que la mayoría de las personas que se suicidan no quieren morir, sino que quieren escapar de una situación insoportable. Estas personas creen erróneamente que el suicidio es la única forma de escapar de su dolor. Sin embargo, el suicidio sólo produce más dolor y sufrimiento para sus familiares y amigos (Troister, 2015).

El modelo de Beck también se basa en la idea de que las personas que piensan en suicidarse tienen una serie de creencias erróneas sobre el suicidio. Estas creencias erróneas pueden hacer que la persona vea el suicidio como una opción atractiva o viable. Algunas de estas creencias erróneas son:

- El suicidio es una solución permanente para un problema temporal.
- El suicidio resolverá todos los problemas de la persona.
- La persona que se suicida será recordada positivamente porque ha hecho algo valiente.
- Las personas que se suicidan van a un lugar mejor.
- El suicidio es un acto egoísta.

La escala de riesgo suicida de Beck es una herramienta que se utiliza para evaluar el riesgo de suicidio en una persona (Troister, 2015). Esta escala se basa en la teoría de que el suicidio es un proceso que pasa por varias etapas, y que cada

persona tiene un nivel de riesgo diferente en cada una de estas etapas. La escala de riesgo suicida de Beck se divide en cinco niveles:

1. Riesgo bajo: la persona no tiene ningún pensamiento suicida y no está experimentando ningún tipo de crisis.
2. Riesgo moderado: la persona tiene algunos pensamientos suicidas, pero no está experimentando ningún tipo de crisis.
3. Riesgo alto: la persona está experimentando una crisis y tiene pensamientos suicidas, pero todavía no ha tomado ninguna acción concreta para llevar a cabo el acto suicida.
4. Riesgo muy alto: la persona está experimentando una crisis y ha tomado algunas acciones concretas para llevar a cabo el acto suicida, pero todavía no ha llegado al punto de no retorno.
5. Riesgo extremadamente alto: la persona está experimentando una crisis y ha tomado acciones concretas para llevar a cabo el acto suicida, y ha llegado al punto de no retorno.

Como factores más relevantes para la aparición de una conducta suicida, viene precedido la idea de que las enfermedades mentales son condicionantes de anomalías en el sistema de creencias de cualquier individuo, que condiciona alteraciones cognitivas que desencadenan una imagen distorsionada de la realidad.

La prevalencia de enfermedades psiquiátricas en el suicidio es un tema que ha sido estudiado por muchos años. Se sabe que hay una fuerte correlación entre la presencia de enfermedades psiquiátricas y el suicidio, pero no se sabe con certeza si la enfermedad es la causa del suicidio o si el suicidio es un síntoma de la enfermedad (Lonnqvist, 1995). Algunos estudios han intentado determinar la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en el suicidio. Un estudio realizado en Estados Unidos encontró que el 71% de las personas que cometieron suicidio tenían algún trastorno mental. Otro estudio, realizado en Finlandia, encontró que el 50% de las personas que cometieron suicidio tenían algún trastorno mental (Lonnqvist, 1995) (Kessler, 1999).

Una de las principales causas del suicidio es el trastorno bipolar. La prevalencia de suicidio en trastorno bipolar es difícil de determinar, exactamente debido a la naturaleza de la enfermedad. Sin embargo, se estima que entre el 10 y el 15 por ciento de las personas con trastorno bipolar cometen suicidio. Esto significa que la prevalencia de suicidio en trastorno bipolar es mucho más alta que en la población general, que es del orden del 1 por ciento (Buoli, 2022).

El trastorno depresivo mayor es un diagnóstico clínico que se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente bajo, anhedonia, pérdida de energía,

alteraciones del sueño, cambios en el apetito, ansiedad, irritabilidad, deterioro cognitivo y trastornos del afecto. La presencia de estos síntomas debe durar al menos 2 semanas para que se pueda hacer el diagnóstico. Muchas personas con trastorno depresivo mayor también experimentan ideas suicidas. En muchos casos, el suicidio es el resultado final de una larga batalla contra la enfermedad; se estima que el 80% de los suicidios consumados presentan un cuadro compatible con una depresión (Morfín, 2015).

La idea de que la depresión es causada por anomalías en las sustancias químicas del cerebro es popular y aceptada desde hace muchas décadas. La sustancia química más citada es la serotonina, también conocida como 5-hidroxitriptamina o 5-HT. Se cree que esta sustancia química desempeña un papel en el estado de ánimo y las emociones, y se cree que cuando los niveles de serotonina son bajos, puede provocar depresión (Hengartner, 2021).

Hay mucha evidencia para apoyar esta idea, y se ha utilizado para justificar el uso de antidepresivos. Los antidepresivos son medicamentos diseñados para elevar los niveles de serotonina en el cerebro y, a menudo, son efectivos para tratar la depresión. Hay una variedad de diferentes antidepresivos disponibles, y todos funcionan de maneras ligeramente diferentes (Hengartner, 2021).

Si bien la idea de que las anomalías de la serotonina pueden causar depresión es popular, es importante recordar que no siempre existe un vínculo directo entre las dos. Por ejemplo, no todas las personas con niveles bajos de serotonina experimentarán depresión, y no todas las personas que experimentan depresión tendrán niveles bajos de serotonina. Sin embargo, la relación entre la serotonina y la depresión sigue siendo importante y se cree que esta sustancia química puede desempeñar un papel en el desarrollo de la afección.

Tiene una particular importancia el consumo de sustancias o el abuso de sustancias con el suicidio. La sobredosis de drogas es la principal causa de muerte entre los adictos, pero el suicidio también es una preocupación importante. La mayoría de las personas que se suicidan no están en tratamiento y no tienen acceso a los recursos necesarios para superar su adicción. Sin embargo, el suicidio es un problema mucho más complejo que la simple sobredosis. La verdadera causa del suicidio es la depresión, que puede estar causada por muchos factores, incluida la adicción. También pueden tener problemas para controlar sus impulsos, lo que puede conducir al comportamiento violento o peligroso. Las personas que se drogan también tienen un mayor riesgo de suicidio.

Algunas de las causas más comunes de la drogadicción son el estrés, la ansiedad, la depresión, los problemas familiares y el acceso a las drogas. Muchas de estas mismas causas también pueden conducir al suicidio (Onaemo, 2022).

Otra variedad de sustancias que no se encuentran tan ligadas al abuso, dependencia física/psicológica y que actualmente se encuentra ligado al suicidio como alternativa terapéutica, son las sustancias psicotrópicas con fuerte

componente psicodélico que además de las alteraciones en las percepciones, también tienen la facultad de mejorar o promover la neuroplasticidad a nivel cerebral. Los alucinógenos son sustancias que alteran el estado mental y pueden producir alucinaciones. Estas sustancias han sido utilizadas durante siglos con fines religiosos y medicinales. Los alucinógenos más comunes son el LSD, la mescalina y la psilocibina. Los efectos de los alucinógenos dependen del tipo de sustancia y de la dosis, además de que los efectos pueden durar desde unas pocas horas hasta varios días.

Los alucinógenos se han utilizado en el tratamiento de diversos trastornos mentales, como la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia. También se han utilizado para ayudar a las personas a superar los traumas. Sin embargo, el uso de alucinógenos también puede tener efectos negativos, como el incremento del riesgo de suicidio.

En la actualidad, se está llevando a cabo mucha investigación sobre el potencial terapéutico de los alucinógenos. Se ha demostrado que los alucinógenos pueden ser eficaces en el tratamiento de diversos trastornos mentales (Rosenblat, 2023). Sin embargo, también se ha demostrado que los alucinógenos pueden aumentar el riesgo de suicidio.

Las drogas de diseño son sustancias relativamente nuevas, y de estas sustancias la ketamina se ha estudiado en el contexto del tratamiento de la ideación suicida asociada a la depresión resistente, y ante la necesidad de tratamientos urgentemente surge como una opción viable para prevenir el suicidio; considerado actualmente como un fármaco de tipo anti-suicida. La ketamina es un fármaco de anestesia general utilizado en humanos y animales, también se ha utilizado en el tratamiento del dolor crónico y en algunos otros trastornos y es un derivado de la fenciclidina. Es antagonista del receptor NMDA que, a dosis subanestésicas (0,5 mg/kg de peso), produce una mejoría de la ideación suicida con un comienzo de acción rápido e intenso. La ketamina se puede administrar por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea y también se puede inhalar. Rafael Mora et al (2016) concluye que la ketamina es eficaz en el alivio de los síntomas de la depresión y puede ser útil en el tratamiento de la ideación suicida. Además, se ha encontrado que la ketamina es segura y bien tolerada por los pacientes. Los efectos adversos son generalmente leves y transitorios. En general, se ha encontrado que la ketamina es una opción de tratamiento eficaz y segura para los pacientes con depresión resistente y/o ideación suicida (McIntyre, 2021).

La autolesión como resultado de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) es mucho más común de lo que se cree.

El suicidio es la tercera causa de muerte entre las personas con trastornos de la conducta alimentaria (TCA), según un estudio reciente. (Pedram, 2021). Los investigadores analizaron los datos de más de 10.000 personas con TCA y encontraron que el suicidio ocurría en aproximadamente el 4% de los casos. Este es un número significativamente más alto que el promedio de la población general, que es del 2%. Los trastornos de la conducta alimentaria son un conjunto de

condiciones que incluyen anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. Estas condiciones se caracterizan por un patrón perturbado de comportamiento alimentario, que puede incluir el consumo excesivo o restringido de comida. Los trastornos de la conducta alimentaria son particularmente prevalentes entre las mujeres jóvenes, y se estima que afectan a unos 30 millones de personas en todo el mundo. Los investigadores del estudio también encontraron que las personas con trastornos de la conducta alimentaria eran más propensas a intentar suicidarse, aunque no necesariamente lo lograban. Encontraron que el 8,5% de las personas con TCA había intentado suicidarse en algún momento de sus vidas, en comparación con el 3,9% de la población general. Los resultados del estudio sugieren que el suicidio es un problema real y grave entre las personas con trastornos de la conducta alimentaria. Los investigadores recomiendan que se haga más para identificar y tratar a las personas en riesgo de suicidio, así como para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria en general.

1.2.- Antecedentes específicos:

La ideación suicida es una de las etapas previas a la conducta suicida, se trata de pensamientos sobre el suicidio. Estos pensamientos pueden ser recurrentes y a veces obsesivos, e incluyen fantasías sobre la muerte, el sufrimiento después de la muerte, el infierno, el cielo, etc. La mayoría de las personas que piensan en suicidarse no lo hacen, pero es un riesgo real si las personas no reciben ayuda. La ideación suicida puede ser recurrente y a veces obsesiva, e incluyen fantasías sobre la muerte, el sufrimiento después de la muerte, el infierno, el cielo, etc.

La conducta suicida es una respuesta emocional ante una situación de estrés grave e inminente, en la que la persona siente que no ve otra salida viable. Esta respuesta se caracteriza por el intento de quitarse la vida o por el daño voluntario y premeditado a sí mismo, con el propósito de causar la muerte. La conducta suicida es un problema de salud pública que afecta a personas de todas las edades, razas y grupos socioeconómicos. Aunque el suicidio es una respuesta extremadamente rara ante una situación estresante, el intento de suicidio es mucho más común.

Los intentos de suicidio son generalmente un intento de llamar la atención sobre un problema grave o una situación de crisis. Aunque la persona pueda resultar seriamente herida, Las personas que piensan en el suicidio a menudo lo comunican de alguna forma. Tanto si están buscando ayuda como si no, estas comunicaciones pueden ser muy evidentes o sutiles. A veces, las personas que están pensando en el suicidio dejan pistas obvias en las redes sociales, en los correos electrónicos o en las llamadas telefónicas. Otras veces, la persona puede ser más reservada y puede comunicar su intención de forma más indirecta.

Aunque la mayoría de las personas que piensan en el suicidio no llevan a cabo un intento de suicidio, es importante tomar en serio todas las señales y

comunicaciones suicidas. La comunicación suicida puede ser un intento de pedir ayuda o una llamada de socorro. Las personas que están pensando en el suicidio a menudo quieren que alguien intervenga y les ayude a lidiar con sus problemas, es importante recordar que existen diferentes tipos de conducta suicida, según la intención de la persona.

Silverman et al. (2007) modificaron las clasificaciones sobre el suicidio y añadieron los tipos I, II y III, esto con la finalidad de que los criterios se simplificaran hasta el punto de seguir aplicando diferentes combinaciones de las diferentes variables. Así, se considera comunicación suicida Tipo I cuando no existe intencionalidad suicida, Tipo II cuando existe un grado indeterminado de intencionalidad y Tipo III cuando existe alguna intencionalidad. La conducta suicida se clasifica de Tipo I si no provoca lesiones y de Tipo II si provoca lesiones.

Las definiciones de esta terminología son las siguientes:

– Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio.

–Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida, para los que existe evidencia implícita o explícita de que este acto de comunicación no supone por sí mismo una conducta suicida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

- Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.

- Plan suicida: es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

–Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que:

- a. La persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad.

- b. La persona presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida.

La conducta suicida puede no provocar lesiones, provocarlas de diferente gravedad e, incluso, producir la muerte. Se considera conducta suicida:

–Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna

finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

– Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).

– Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

–Suicidio: muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de auto provocarse la muerte (obtenido de las guías de práctica clínica).

2.- JUSTIFICACIÓN

La conducta suicida es una respuesta emocional ante una situación de estrés grave e inminente, en la que la persona siente que no ve otra salida viable. Esta respuesta se caracteriza por el intento de quitarse la vida o por el daño voluntario y premeditado a sí mismo, con el propósito de causar la muerte.

La conducta suicida es un problema de salud pública que afecta a personas de todas las edades, razas y grupos socioeconómicos. Aunque el suicidio es una respuesta extremadamente rara ante una situación estresante, el intento de suicidio es mucho más común.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, aproximadamente el 90% de las personas que cometen suicidio presentan algún trastorno mental. La conducta (U.S. Department of Health and Human Services, 2021) suicida está influenciada por una mezcla de factores individuales y ambientales. Estos pueden incluir trastornos mentales, alcoholismo y/o abuso de sustancias, eventos estresantes, cambios significativos en la vida, historia familiar de suicidio, y acceso a métodos para matarse. Aunque las personas que intentan suicidarse no tienen la intención de morir, el suicidio es una causa importante de muerte en todo el mundo.

Los intentos de suicidio son mucho más comunes que los suicidios completados, y representan una gran oportunidad para intervenir y prevenir que la persona lleve a cabo el suicidio. Las personas que hacen planes o intentos suicidas suelen mostrar señales de advertencia de su intención, por lo que el médico general y especialista debe de saber identificar cuáles son los factores más comunes asociados en las diferentes entidades que componen la conducta suicida; los factores asociados condicionan en muchos casos el grado de vulnerabilidad que

podiera presentar una persona que se encuentre contemplando y determinada a terminar su vida.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El intento suicida, autolesión/gesto suicida, conducta suicida no determinada, intento de suicidio, así como el suicidio consumado entran dentro de un concepto denominado conducta suicida, por lo que los factores de riesgo varían en cada uno de estos comportamientos. Existiendo diferencias entre estos factores de riesgo que aumentan o disminuyen la probabilidad de llegar al suicidio consumado,

Por lo que ante esta situación surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores que se presentan más comúnmente en cada uno de los tipos de conducta suicida?

4.- HIPÓTESIS CIENTÍFICA

Existen diferencias en los factores que se ven asociados en los diferentes tipos de conducta suicida que aumentan o disminuyen la probabilidad de llegar al suicidio consumado, por lo que se pretende determinar las diferencias y correlacionar los factores que asocian a cada uno de estas entidades por medio de encuestas de C-SSRS a pacientes que se encuentren en estancia hospitalaria en el “Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano”, que pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), por conducta suicida durante el año 2023 y mediante datos obtenidos por medio del instituto de ciencias forenses de la Ciudad de México.

4.1 Consecuencia verificable de la hipótesis:

Establecer los factores que se asocian más comúnmente y determinar las diferencias en los comportamientos que deriven en una conducta suicida.

5.- OBJETIVOS

5.1.- Objetivo general:

Determinar y correlacionar los factores de riesgo asociados a cada una de las entidades que componen la conducta suicida por medio de encuestas de C-SSRS a pacientes que se encuentren en estancia hospitalaria en el “Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano” por conducta suicida durante el año 2023 y mediante datos obtenidos por medio del instituto de ciencias forenses de la Ciudad de México.

5.2.- Objetivos específicos:

- Aplicar encuestas de tipo C-SSRS a todos los pacientes que se encuentren en estancia hospitalaria por comportamientos que deriven en una conducta

suicida durante el periodo del 1 de marzo del año 2023 al 01 de marzo del año 2024.

- Identificar e interpretar por medio de encuestas, factores asociados a comportamientos que deriven en una conducta suicida
- Determinar los factores asociados a comportamientos que deriven en una conducta suicida en reportes de suicidios proporcionado por el Instituto de ciencias forenses de la Ciudad de México del año 2022

6.- MATERIAL Y METODOS

6.1 Universo:

Todos los pacientes que se encuentren en estancia hospitalaria por comportamientos que deriven en una conducta suicida en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, durante el año 2023

6.2 Muestra:

Todos los pacientes que se encuentren en estancia hospitalaria por comportamientos que deriven en una conducta suicida en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”, durante el año 2023

6.3 Criterios de selección de las unidades de muestreo

6.3.1- Criterios de inclusión:

- Hospitalizado por conducta suicida y que presente como comorbilidad algún trastorno psiquiátrico como: Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar tipo I y II, trastorno de la personalidad límite, trastorno antisocial de la personalidad y dependencia a sustancias.
- Hombres y mujeres
- Mayores de 18 años

6.3.2- Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten voluntariamente participar respondiendo las preguntas de la encuesta
- Pacientes que cumplan criterios clínicos para un estado de psicosis

6.4.- Definición de las variables y escala de medición

| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICIÓN | MEDICIÓN |
|-----------------|-------------------------|---------------------------|-----------------|
|-----------------|-------------------------|---------------------------|-----------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| EDAD | Cuantitativa (de razón) | Años cumplidos | Media Mediana Moda |
| SEXO | Cualitativa (nominal) | Masculino y femenino | Porcentaje y Frecuencia |
| ESTADO CIVIL | Cualitativa (nominal) | Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre | Porcentaje Frecuencia |
| DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO | | | |
| TIPO DE SUSTANCIA | Cualitativa (nominal) Cuantitativa (de razón) | Bebida energética café Tabaco Tabletas de Tiamina Te negro Cocaína Modafinilo Metilfenidato Dextroanfetamina Cannabis | Porcentaje Frecuencia Media, mediana, moda y desviación estándar |
| CONSUME | Cualitativa (nominal) | Si No | Porcentaje y frecuencia |
| METODO Y TIPO DE ARMA PARA INTENTO DE AUTOLISIS | Cualitativa (nominal) Cuantitativa (de razón) | | Porcentaje, frecuencia, análisis de contingencia |
| MES Y HORA DE SUICIDIO CONSUMADO | Cuantitativa | 1 – 2 - -3- -4- 5- 6- 7- 8- 9- -10- 11 - 12 | Media, mediana, moda y desviación estándar |

| | | | |
|---|-----------------------------|--|---|
| MES Y HORA DE INTENTO SUICIDA | Cuantitativa | 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12 | Media, mediana, moda y desviación estándar |
| ETIOLOGÍA | Cuantitativo Cualitativo | Asfixia Caída de vehículo en movimiento Colisión con tren Depresión Indeterminable Intoxicación por fármacos Intoxicación por ingesta de veneno Líquido caliente Problemas económicos Problemas familiares Problemas psiquiátricos conductuales Problemas sentimentales | Media, mediana, moda y desviación estándar Porcentaje y frecuencia Análisis de contingencia |
| ESCOLARIDAD | Cualitativo | Primaria completa o incompleta Secundaria completa o incompleta Preparatoria completa o incompleta Licenciatura completa o incompleta Sin estudios | Frecuencia Porcentaje Análisis de contingencia |
| SITIO DE INTENTO SUICIDA Y DE SUICIDIO CONSUMADO | Cualitativa | Albergue Anden Baños Públicos Canal Casa habitación Deportivo Estacionamiento Hogar Hospital Institución de gobierno Interior de vehículo Local comercial Obra en construcción Paraje Parque Patio Reclusorio | Frecuencia Porcentaje Análisis de contingencia |

| | | | |
|--|--|-------------------------------|--|
| | | Vía publica Vías del metro | |
|--|--|-------------------------------|--|

6.4.1 Instrumentos de medición

Para la evaluación de las variables sociodemográficas y clínicas asociadas a la conducta suicida, se utilizaron registros clínicos y periciales. Que incluyen datos sobre la edad, sexo, estado civil, consumo de sustancias, método empleado, frecuencia e intensidad de ideación suicida y diagnósticos psiquiátricos.

6.4.2 Técnicas y procedimientos

Los datos se recolectaron mediante:

- Revisión de expedientes clínicos en el “Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano” perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). Los pacientes con intento suicida fueron evaluados con la escala de medición C-SSRS, que permitió identificar variables como frecuencia, intensidad de pensamiento, severidad de los pensamientos y comportamientos suicidas.
- Se recopilaron de los registros forenses proporcionados por el Instituto de Ciencias Forenses de la Ciudad de México.
- La información relacionada con edad, sexo, estado civil, consumo de sustancias, métodos empleados, diagnósticos psiquiátricos y características contextuales se extrajo directamente de los registros clínicos y forenses.

El periodo de estudio abarcó de 2022 a 2024, lo que permitió realizar una comparación integral y longitudinal entre los grupos de estudio.

6.4.3 Método de análisis

El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS versión 22.0. Se implementaron las siguientes técnicas:

- Análisis descriptivo: Para caracterizar las variables continuas, ordinales y categóricas en ambos grupos.
- Pruebas de Chi-cuadrado: Para explorar asociaciones entre variables categóricas y el tipo de conducta suicida.
- Regresión logística binaria: para identificar factores independientes que influyen en la probabilidad de suicidio consumado frente al intento.

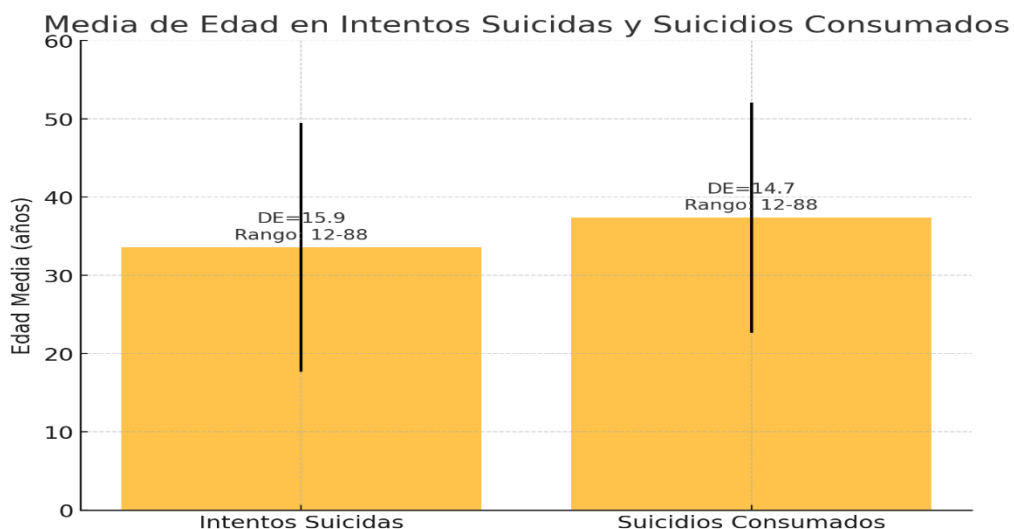
7.- Resultados

Análisis Descriptivo

Edad:

Los intentos suicidas presentan una media de 33.6 años, con una desviación estándar de 15.9 años y un rango de edades de 12 a 88 años. Por otro lado, los suicidios consumados tienen una media de 37.4 años, una desviación estándar de 14.7 años y un rango de edades de 12 a 88 años. Los intentos suicidas son más comunes en personas jóvenes, mientras que los suicidios consumados predominan en adultos jóvenes y de mediana edad.

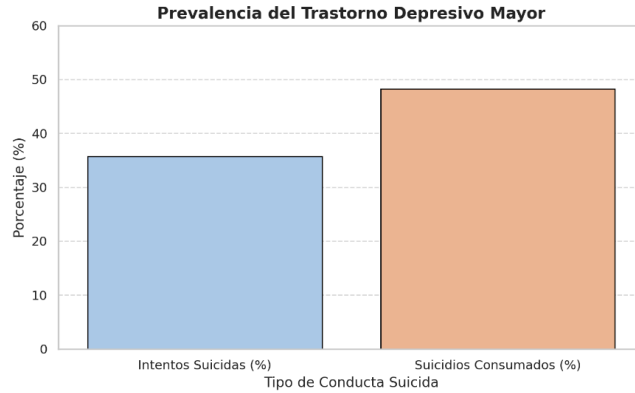
Grafica 1.



Diagnósticos Psiquiátricos:

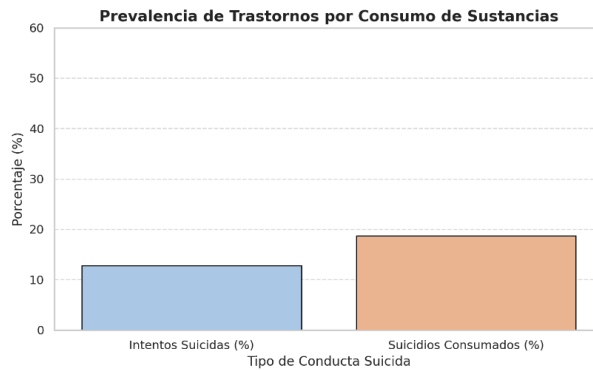
Los diagnósticos psiquiátricos más comunes en el grupo de intentos suicidas y suicidios consumados presentan los siguientes patrones: el trastorno depresivo mayor predomina en ambos grupos, siendo más frecuente en suicidios consumados (48.2%) que en intentos suicidas (35.7). El trastorno límite de la personalidad es más común en intentos suicidas (28.3%). Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias se presentan con mayor frecuencia en suicidios consumados (18.7%) en comparación con los intentos suicidas (12.8%).

Gráfica 2.



La gráfica muestra la prevalencia del trastorno depresivo mayor, siendo más frecuente en suicidios consumados (48.2%) que en intentos suicidas (35.7%).

Grafica 3.

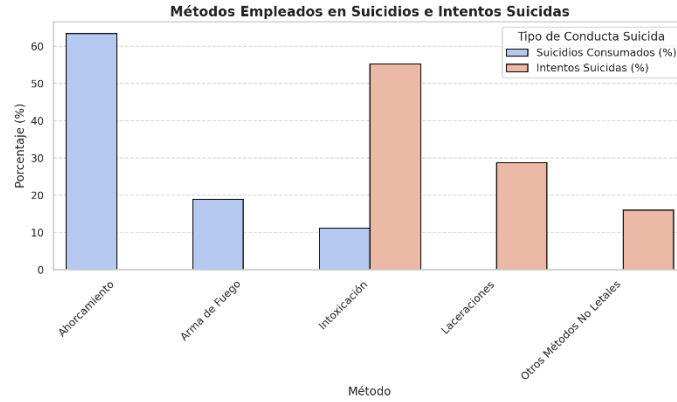


La gráfica muestra la prevalencia de trastornos por consumo de sustancias, siendo más frecuente en suicidios consumados (18.7%) que en intentos suicidas (12.8%).

Métodos Empleados:

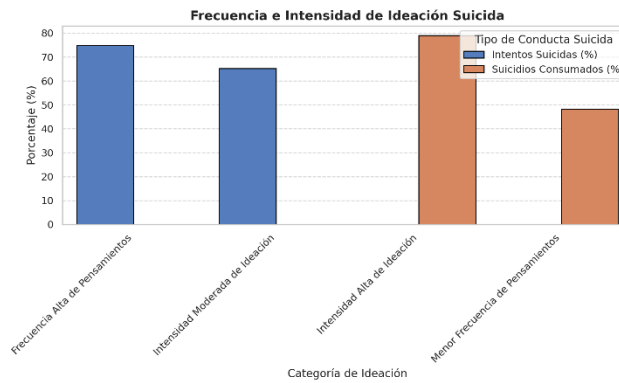
Los métodos empleados en el grupo de intentos suicidas y suicidios consumados presentan los siguientes patrones: el ahorcamiento es el método predominante en los suicidios consumados (63.4%), mientras que la intoxicación es el método más común en los intentos suicidas (55.3%). En cuanto a la frecuencia e intensidad de la ideación suicida, la alta frecuencia de pensamientos suicidas predomina en los intentos suicidas (74.8%), mientras que la intensidad alta de ideación es más frecuente en los suicidios consumados (79.1%).

Gráfica 4.



La gráfica muestra los métodos más empleados en suicidios consumados y en intentos suicidas. El ahorcamiento predomina en suicidios consumados, mientras que la intoxicación es más frecuente en intentos suicidas.

Gráfica 5.



La gráfica muestra la frecuencia e intensidad de la ideación suicida en intentos suicidas y suicidios consumados. La alta frecuencia predomina en intentos suicidas, mientras que la intensidad alta predomina en suicidios consumados.

Análisis Comparativo: Pruebas Chi-cuadrado

Tabla 1 Comparación por sexo en suicidios consumados e intentos suicidas.

| Categoría | Proporción (%) | Chi-cuadrado (χ^2) | p-valor |
|--------------------------------|----------------|---------------------------|---------|
| Hombres (Suicidios Consumados) | 68.3 | 54.85 | < 0.001 |
| Mujeres (Intentos Suicidas) | 72.5 | 54.85 | < 0.001 |

1. Sexo:

- $\chi^2 = 54.85$, $p < 0.001$.

- o Los hombres mostraron mayor proporción de suicidios consumados (68.3%), mientras que las mujeres presentaron más intentos suicidas (72.5%).

Tabla 2.-

| Categoría | Proporción (%) | Chi-cuadrado (χ^2) | p-valor |
|--|----------------|---------------------------|---------|
| Solteros (Intentos Suicidas) | 62.9 | 25.25 | < 0.001 |
| Casados/Unión Libre (Suicidios Consumados) | 51.7 | 25.25 | < 0.001 |

2. Estado Civil:

- $\chi^2 = 25.25$, $p < 0.001$.
- Solteros: Mayor prevalencia en intentos suicidas (62.9%).
- Casados/unión libre: Mayor representación en suicidios consumados (51.7%).

3. Consumo de Sustancias y Método Empleado:

- No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el consumo de sustancias o el método empleado y el tipo de conducta suicida ($p > 0.05$).

Análisis de Regresión Logística

Se implementó un modelo de regresión logística para identificar los factores predictivos de suicidio consumado frente a intento suicida.

- **Resumen del Modelo:**
 - o Pseudo R-cuadrado: 0.213.
 - o Prueba de Verosimilitud: $p < 0.001$ (modelo significativo).

Resultados Clave:

| Variable | Odds Ratio (OR) | IC 95% Inferior | IC 95% Superior | p-valor |
|---------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------|
| Edad | 0.51 | 0.02 | 0.08 | 0.001 |
| Sexo (Hombre) | 0.14 | 0.08SS | 0.26 | <0.001 |
| Estado Civil | 1.19 | 0.94 | 1.50 | 0.151 |

Interpretación:

- El sexo es un predictor significativo de suicidio consumado, mientras que la edad muestra un efecto protector, reduciendo la probabilidad de suicidio consumado frente a intento suicida
- Las mujeres tienen un 86% menos probabilidad de suicidio consumado frente a los hombres.
- Aunque no significativo, el estado civil muestra una tendencia hacia mayor probabilidad de suicidio consumado en personas casadas o en unión libre.

Discusión de Resultados

1. Diferencias entre Intentos Suicidas y Suicidios Consumados:

- Los intentos suicidas son más comunes en mujeres jóvenes y tienden a emplear métodos menos letales.
- Los suicidios consumados predominan en hombres, y el análisis revela que la probabilidad de suicidio consumado disminuye con el aumento de la edad. Este hallazgo sugiere que otros factores pueden ser más relevantes para los suicidios consumados en edades avanzadas.

2. Factores de Riesgo Identificados:

- El sexo es el principal predictor de suicidio consumado, mientras que la edad se asocia inversamente, disminuyendo la probabilidad de suicidio consumado a medida que aumenta.
- La falta de significancia en el consumo de sustancias y métodos empleados subraya la importancia de factores sociodemográficos y clínicos.

3. Relevancia Clínica:

- Estos hallazgos destacan la necesidad de intervenciones específicas para prevenir el suicidio, enfocándose en grupos vulnerables como hombres mayores y mujeres jóvenes con ideación suicida recurrente.

8.- Discusión

Este estudio permitió identificar factores sociodemográficos, clínicos y contextuales que diferencian los intentos suicidas de los suicidios consumados en México entre 2022 y 2024. Los hallazgos reafirman la complejidad multifactorial de la conducta suicida y la necesidad de diseñar estrategias preventivas específicas para abordar esta problemática. De los hallazgos más relevantes fue la relación entre la edad y el tipo de conducta suicida. En donde los resultados muestran que

los intentos suicidas son frecuentes en personas jóvenes (media de edad de 33.6 años), de igual forma los suicidios consumados predominan principalmente en personas adultos jóvenes y de mediana edad (media de edad de 37.4 años). Siendo la tendencia consistente con la literatura internacional, que identifica a los adultos jóvenes como los más vulnerables a esta entidad, y así como se observa en los resultados, parece ser que a medida que aumente la edad, el riesgo de suicidio consumado disminuye por lo que el aumento de la edad puede considerarse como un factor protector ante el suicidio consumado. En los jóvenes, la impulsividad y el uso de métodos menos letales, como la intoxicación, destacan como factores relevantes. Los resultados resaltan la importancia de diseñar programas preventivos que consideren las características específicas de cada grupo etario, ya que se evidencio que a mayor edad en los hombres disminuye la la probabilidad de un intento suicida consumado, por lo que la población joven sigue siendo uno de los grupos más vulnerables.

En relación con los diagnósticos psiquiátricos, se observó que el trastorno depresivo mayor es la condición más prevalente en ambos grupos, siendo más común en los suicidios consumados (48.2%) que en los intentos suicidas (35.7%). Este hallazgo destaca la importancia y la necesidad de un diagnóstico temprano y de intervenciones oportunas en personas con depresión severa. El trastorno límite de la personalidad fue el más frecuente en los intentos suicidas (28.3%), lo que podría estar relacionado con dificultades en la regulación emocional y conductas impulsivas. Por su parte, aunque los trastornos relacionados con el consumo de sustancias no mostraron una asociación significativa, fueron más prevalentes en los suicidios consumados (18.7%), sugiriendo su posible influencia en la letalidad de los actos.

El análisis de los métodos empleados mostros que el ahorcamiento es el método más común en los suicidios consumados (63.4%), mientras que la intoxicación predominó en los intentos suicidas (55.3%). Este hallazgo coincide con estudios previos que evidencian que los hombres, quienes representan el 68.3% de los suicidios consumados, tienden a usar métodos más letales. En las mujeres, que representan el 72.5% de los intentos suicidas, suelen emplear métodos menos letales. Estos resultados reflejan la importancia de considerar los factores de género como un factor importante para plantear estrategias preventivas. Se encontró que los solteros tienen una mayor prevalencia en los intentos suicidas (62.9%), mientras que las personas casadas o en unión libre predominan en los suicidios consumados (51.7%). Este patrón puede estar relacionado con el aislamiento social percibido en los solteros y con conflictos relacionales o responsabilidades percibidas como abrumadoras en las personas casadas. Estos resultados refuerzan la importancia de incluir el contexto relacional y social en la evaluación del riesgo suicida.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones las cuales deben considerarse. Primero, la dependencia de datos secundarios provenientes de expedientes clínicos y registros forenses puede introducir sesgos relacionados con la calidad y exhaustividad de la información recolectada. En segundo lugar, el tamaño muestral, aunque suficiente para identificar patrones relevantes, podría limitar la generalización de los resultados a poblaciones más amplias. Finalmente, no se incluyeron análisis longitudinales, lo que impide evaluar la evolución de los factores de riesgo a largo del tiempo.

Fortalezas

Entre las fortalezas del estudio destaca su enfoque integral al analizar tanto intentos suicidas como los suicidios consumados, permitiendo una comparación directa entre ambos grupos. Además, el estudio aporta datos relevantes para la población mexicana, proporcionando evidencia específica que puede ser utilizada para desarrollar estrategias de prevención adaptadas a las características culturales y sociales del país. Así mismo, la integración de variables sociodemográficas, clínicas y contextuales en el análisis permite una comprensión más completa sobre el complejo de la conducta suicida.

Conclusiones

El presente estudio permitió identificar y correlacionar factores de riesgo sociodemográficos, clínicos y contextuales asociados a las diferentes formas de conducta suicida en México durante el periodo 2022-2024. Los resultados destacan la naturaleza multifactorial de la conducta suicida y subrayan la importancia de enfoques preventivos que consideren las particularidades de los grupos poblacionales analizados. Uno de los hallazgos más relevantes es la relación entre la edad y el tipo de conducta suicida. Los intentos suicidas y los suicidios consumados fueron más frecuentes en personas jóvenes, adultos jóvenes y de mediana edad. Estos datos evidencian cómo los factores asociados al ciclo de vida influyen en la expresión de la conducta suicida. La impulsividad en los jóvenes y el aislamiento social o la carga de enfermedades crónicas en adultos mayores resaltan la necesidad de programas preventivos diferenciados que se adapten a las características específicas de cada grupo etario. Asimismo, el análisis de los diagnósticos psiquiátricos confirmó que el trastorno depresivo mayor es la condición más prevalente en ambos grupos, siendo más común en los suicidios consumados. Esto enfatiza la relevancia de la depresión como factor clave en la prevención del suicidio. Por otro lado, la prevalencia del trastorno límite de la personalidad en los intentos suicidas destaca la importancia de abordar las dificultades en la regulación emocional y la impulsividad como elementos centrales en la intervención clínica.

En términos de métodos empleados, se observó que los hombres tienden a utilizar métodos más letales, como el ahorcamiento, mientras que las mujeres emplean con mayor frecuencia métodos menos letales, como la intoxicación. Este hallazgo refleja diferencias significativas en el riesgo letal entre géneros, lo que resalta la necesidad de incluir enfoques de género en las estrategias de prevención del suicidio. El análisis del estado civil mostró que los solteros presentaron mayor prevalencia de intentos suicidas, mientras que las personas casadas o en unión libre tuvieron mayor representación en los suicidios consumados. Esto sugiere que factores como el apoyo social percibido o los conflictos relacionales desempeñan un papel crucial en la conducta suicida, subrayando la importancia de intervenir en el entorno relacional y social de las personas en riesgo.

Finalmente, los modelos de regresión logística identificaron la edad y el sexo como predictores significativos del suicidio consumado. Este hallazgo reafirma la necesidad de considerar variables sociodemográficas al diseñar programas de prevención e intervención. Además, la carencia de significancia estadística en el consumo de sustancias y los métodos empleados refuerza la hipótesis de que la conducta suicida es una interacción compleja de múltiples factores, más allá de elementos individuales específicos.

En conclusión, este estudio contribuye a la comprensión de los factores asociados a la conducta suicida en el contexto mexicano y refuerza la necesidad de estrategias preventivas integrales que consideren factores sociodemográficos, clínicos y contextuales. Los resultados presentados ofrecen una base sólida para futuras investigaciones y acciones encaminadas a la prevención efectiva del suicidio, un problema crítico de salud pública en México.

9.- logística

9.1.- Cronograma de actividades

| ACTIVIDAD | Mar | Abr | May | Jun | Jul | Ago | Sep | Oct | Nov | Dic | Ene | Feb |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Tutoría | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Búsqueda de literatura científica | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| Elaboración de protocolo de investigación | X | X | X | X | X | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Aplicación de encuestas a pacientes | | | | | | X | X | X | x | x | | |
| Recolección de datos clínicos de encuestas | | | | | | | | | | x | x | |
| Análisis de datos | | | | | | | | | | | x | |
| Elaboración de resultados / Trabajo final / presentación | | | | | | | | | | | X | X |

10.- BIOÉTICA

De acuerdo con los principios establecidos en la **Declaración de Helsinki en la sección I.9 Principios Básicos**, se indica que: **En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.**

Esta investigación se considera de: **Riesgo Mínimo** de acuerdo al Artículo 11, Capítulo 1, de la Resolución 008430/93) y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la presente Resolución, este estudio se desarrollará conforme a los siguientes criterios:

La investigación se realizará cuando se obtenga la autorización del representante legal de la Institución investigadora y de la Institución donde se realice la investigación y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la Institución.

La Institución donde se realice la investigación conservarán todos los documentos esenciales, relacionados con este ensayo evaluado, durante al menos tres años tras la finalización del mismo, o durante un periodo más largo. Esta documentación debe archivararse agrupada por protocolos, en un lugar que permita garantizar la confidencialidad.

11 ANEXOS

11.1 Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, «Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»)⁶. La escala fue diseñada para ofrecer definiciones de ideación y conducta suicidas, conducta autodestructiva no suicida, y las evaluaciones correspondientes; ii) cuantificar el espectro completo de la ideación y la conducta suicidas, y medir su gravedad en determinados períodos; iii) distinguir entre conducta suicida y conducta autodestructiva no suicida; y iv) emplear un formato intuitivo que permita la integración de información de múltiples fuentes. Además, la C-SSRS también se ha utilizado en las visitas de los ensayos clínicos para evaluar todo el espectro de ideación y conducta suicida. También tiene criterios para derivación a salud mental que han mostrado suficiente poder predictivo

| COMPORTAMIENTO SUICIDA <i>(Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)</i> | | Desde la última visita |
|--|--|------------------------|
| <p>Intento real: Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i>. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cualquier intención o deseo de morir asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiera, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención. ¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste? ¿Te hiciste daño a propósito? ¿Porqué hiciste eso? ¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida? ¿Querías morirte (aunque fuera un poco) cuando tú _____? ¿Estabas tratando de dejar de vivir cuando tú _____? ¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por _____? ¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)? (Comportamiento autolesivo sin intención suicida) Si la respuesta es "sí", describe:</p> | <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorcarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe:</p> | <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p> | |
| <p>Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es "sí", describe:</p> | <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p> | |
| <p>Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte? Si la respuesta es "sí", describe:</p> | <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>Suicidio consumado:</p> | <p>Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | |

| | |
|--|---|
| <p>Grado de letalidad y lesiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización <i>médica</i> y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización <i>médica</i> con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte | <p><i>Ingrese código</i></p> <p>_____</p> |
| <p>Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0</p> <p>Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara).</p> <p>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p> | <p><i>Ingrese código</i></p> <p>_____</p> |

11.2 Consentimiento informado

Anexo II

ANEXO II

- Carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Proyecto: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS Y MÉTODOS EMPLEADOS EN LA CONDUCTA SUICIDA EN MÉXICO EN EL AÑO 2022-2024”

Fecha:

Folio:

Nombre de participante:

OBJETIVO: El presente estudio busca determinar y correlacionar los factores de riesgo asociados a cada una de las entidades que componen la conducta suicida por medio de encuestas de C-SSRS a pacientes que se encuentren en estancia hospitalaria en el “Hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano” por conducta suicida durante el año 2023 y mediante datos obtenidos por medio del instituto de ciencias forenses de la Ciudad de México.

PROCEDIMIENTO: Se aplicarán encuestas de tipo C-SSRS a los pacientes que se encuentren ingresados en esta unidad de salud.

RIESGOS POTENCIALES Y POSIBLES MOLESTIAS: La realización de estas encuestas tienen el potencial de hacer recordar situaciones y eventos traumáticos que pueden crear malestar físico y psicológico posterior a la realización de la escala.

BENEFICIOS: La participación en este proyecto, no genera ningún tipo de compensación, únicamente recibirá una revisión clínica por parte del médico residente y ayudará a una mejor comprensión de su padecimiento

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado con un número de participante. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, y serán publicados de manera general pero nunca de manera personalizada siempre guardando su identidad.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA/RETIRO: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en cualquier momento. Las escalas serán etiquetadas con un número de folio y no con su nombre, para asegurar la confidencialidad de sus datos personales. En relación a este punto seleccione su decisión:

Mis muestras/información genética puede ser utilizada sólo para este estudio.

Mis muestras/información genética puede ser utilizada para este estudio y para investigación futura.

Mis muestras pueden ser almacenadas en un banco de muestras.

Declaración de la persona que da el consentimiento

Se me ha leído esta Carta de consentimiento. Me han explicado el estudio de investigación incluyendo el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, y otros aspectos sobre mi participación en el estudio.

He podido hacer preguntas relacionadas a mi participación en el estudio, y me han respondido satisfactoriamente mis dudas.

En caso de dudas o aclaraciones sobre el estudio diríjase con la investigadora responsable:

Dr. Francisco Emmanuel Flores Peralta Residente de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano C.P. 122123520

Si usted entiende la información que le hemos dado en este formato, está de acuerdo en participar en este estudio, de manera total o parcial, y también está de acuerdo en permitir que su información de salud sea usada como se describió antes, entonces le pedimos que indique su consentimiento para participar en este estudio.

Registre su nombre y firma en este documento

PARTICIPANTE:

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha/hora _____

TESTIGO 1

Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____

TESTIGO 2

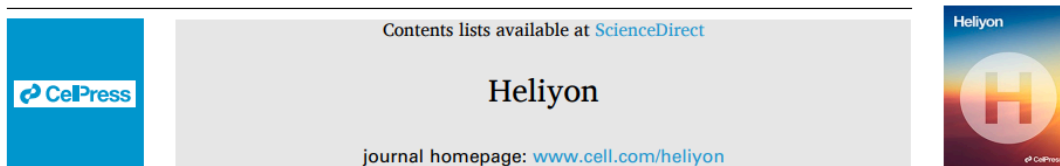
Nombre: _____

Firma: _____

Relación con la participante: _____

Fecha/hora: _____

11.2 Anexo 3 Artículos publicados



Research article

Increased suicide rates in Mexico City during the COVID-19 pandemic outbreak: An analysis spanning from 2016 to 2021

Fernando García-Dolores^{a,1}, Hiram Tendilla-Beltrán^{b,1}, Francisco Flores^c, Linda Alejandra Carbajal-Rimoldi^c, Roberto Cuauhtémoc Mendoza-Morales^a, Laura Eréndira Gómez-Mendoza^c, Andrea Judith Vázquez-Hernández^b, Fidel de la Cruz^d, Alma Delia Genis-Mendoza^{e,f}, Humberto Nicolini^e, Gonzalo Flores^{b,*}

^a Instituto de Ciencias Forenses, Tribunal Superior de Justicia de la Ciudad de México (TSJCDMX), Mexico City, Mexico

^b Instituto de Fisiología, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), Puebla, Mexico

^c Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael Serrano", Puebla, Mexico

^d Escuela Nacional de Ciencias Biológicas (ENCB), Instituto Politécnico Nacional (IPN), Mexico City, Mexico

^e Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN), Mexico City, Mexico

^f Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro, Mexico City, Mexico

ARTICLE INFO

Keywords:

SARS-CoV-2
Sex
Coroners' record
Mental health
Long COVID

ABSTRACT

Objective: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) has impacted mental health worldwide, and suicide can be a serious outcome of this. Thus, suicide characteristics were examined before and during the COVID-19 pandemic in Mexico City.

Methods: This is a retrospective study including all Mexico City residents who had a coroner's record with a cause of death of intentional self-harm (ICD-10) from January 2016 to December 2021.

Results: From 2016 to 2021, 3636 people committed suicide, of which 2869 were males (78.9%) and 767 females (21.1%). From 2016 to 2019 the suicide rate remained constant (~6 per 100,000) and dramatically increased in 2020 (10.45 per 100,000), to return to the levels of the previous year in 2021 (6.95 per 100,000). The suicide rate in 2020 specifically increased from January to June (COVID-19 outbreak) in all age groups. Moreover, every year young people (15–24 years) have the maximum suicide rate and depression was the main suicide etiology.

Conclusion: The COVID-19 pandemic outbreak increased the suicide rate, regardless of age, but suicide prevalence was higher in males and young people, regardless of the COVID-19 pandemic. These findings confirm that suicide is a complex and multifactorial problem and will allow the establishment of new guidelines for prevention and care strategies.

1. Introduction

Since the first reports of a highly contagious and lethal virus, the severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (SARS-

* Corresponding author.

E-mail address: gonzaloflores56@gmail.com (G. Flores).

¹ These authors are co-first authors.

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16420>

Received 30 January 2023; Received in revised form 6 May 2023; Accepted 16 May 2023

Available online 30 May 2023

2405-8440/© 2023 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

11.3 Anexo 4 Artículos publicados

ARTICLE IN PRESS

General Hospital Psychiatry xxx (xxxx) xxx



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

General Hospital Psychiatry

journal homepage: www.elsevier.com/locate/genhospsych



Letter to the editor

Antipsychotics modified COVID-19 prevalence in hospitalized patients diagnosed with mental illnesses

After the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic began three years ago, we now know that Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection is not only characterized by respiratory and gastrointestinal complications. Several studies have found that about one-third of patients suffer neurological or psychiatric symptoms, which are even prevalent in the so-called "Long-COVID," (there is ambiguity about its definition, however here it will be considered as the presence of symptoms related to COVID-19 three weeks after infection [1]). This can be explained by the tropism of SARS-CoV-2 for brain cells [2]. Therefore, it can be considered that patients diagnosed with mental illness are vulnerable to COVID-19, and this assertion is supported by the high prevalence, presence of severe symptoms, and mortality described in this population. However, this susceptibility depends on multiple factors, including the specific psychiatric diagnosis and pharmacotherapy, including antipsychotics [3]. Our working group has previously documented variations in COVID-19 prevalence due to specific diagnoses in 135 hospitalized patients diagnosed with mental illnesses, but we were unable to study the effects of pharmacotherapy [4].

Antipsychotics have anti-inflammatory, antioxidant, and neurotrophic properties beyond their canonical monoaminergic mechanisms, suggesting a potential protective effect of these drugs against COVID-19 [2]. This hypothesis is settled on various preliminary studies carried out in hospitalized patients with a mental illness diagnosis, in which a lower prevalence of COVID-19 severe symptoms was detected in inpatients under atypical or second-generation antipsychotic (SGA) treatment [5–7]. But also some investigations have failed to replicate these findings [8]. With this background, we aimed to investigate how COVID-19 prevalence in hospitalized patients with mental illness was affected by exposure to various antipsychotic classes, including typical or first-generation (FGA), SGA, or a combination of both (methods are described in detail in Supplementary material 1 and information on the hospital population can be found in Supplementary material 2). In the general hospital setting, it was found that inpatients exposed to SGA had a higher prevalence of COVID-19 (Odds ratio (OR) 2.11, 95% CI: 1.13–3.86, $P = 0.0207$; Fig. 1), and this effect was only maintained in inpatients aged 18–65 years (OR 2.38, 95% CI: 1.2–4.92, $P = 0.0156$; Fig. 1) and inpatients diagnosed with intellectual disabilities (OR 2.87, 95% CI: 1.3–6.19, $P = 0.0108$; Fig. 1, for detailed information see Supplementary material 3). Thus, it can be suggested that the protective effect of SGA against COVID-19 may depend on multiple factors such as treatment adherence and the specific type of SGA as previously detected [5,6,8], and our results add age and specific diagnosis as factors to consider.

Interestingly, in inpatients exposed to FGA a downward trend in the prevalence of COVID-19 was detected (OR 0.49, 95% CI: 0.24–1.0, $P =$

0.0756; Fig. 1), which was evident in inpatients aged 18–65 years (OR 0.37, 95% CI: 0.17–0.81, $P = 0.0202$; Fig. 1) and diagnosed with intellectual disabilities (OR 0.23, 95% CI: 0.16–0.55, $P = 0.0039$; Fig. 1). Antiviral properties of FGA have been documented since the 1980s. Haloperidol and phenothiazine derivatives disrupt Corona viruses infection through the inhibition of cell-cell fusion and clathrin-mediated endocytosis [9]. Also, FGA are capable of acting against Spike protein (S)/angiotensin-converting enzyme (ACE) interaction for SARS-CoV-2 cell infection [10]. These FGA properties may explain the observed reduction in COVID-19 prevalence. The present results are congruent with a study carried out in the French population in which the FGA chlorpromazine (a phenothiazine derivative) reduced the prevalence of severe COVID-19 symptoms [11]. All of this information reinforces the hypothesis of the protective role of FGA for COVID-19 outcomes [12], which also can be beyond the short-term ones, since nowadays there is myriad information about the long-term consequences of SARS-CoV-2 infection known as Long COVID.

Regarding Long COVID prevalence, it was detected in 10.39% of the general hospital setting (Supplementary material 1), which is lower than the estimations in the general population (~50%) [13]. This phenomenon may be attributed to antipsychotics because of their anti-inflammatory and antiviral mechanisms, but further studies must explore this hypothesis.

The present results suggest that COVID-19 prevalence in hospitalized patients with mental illness diagnosis is modified by the distinct type of antipsychotic according to specific factors: the FGA reduced the prevalence of the disease in inpatients of 18–65 years of age and inpatients diagnosed with intellectual disabilities, while the SGA increased COVID-19 prevalence in the general hospital population, disease in inpatients 18–65 years of age and in inpatients diagnosed with intellectual disabilities. Also, reduced Long COVID prevalence, in comparison with the general population, was detected in these inpatients. This reported data support the hypothesis of the protective role of FGA for COVID-19 outcomes, including long-term ones.

Although preliminary, our findings considerably add to the corpus of knowledge about how antipsychotics alter COVID-19 outcomes not only because of their antiviral properties, but also due to their antioxidant and anti-inflammatory properties, which may also have effects on the mental illnesses' pathophysiological mechanisms [2]. Even though the comparison of FGA and SGA effects on COVID-19 prevalence is the study's greatest strength, it is crucial to keep in mind that the study did not explore the time and dose of the antipsychotic treatment. Also, the research was only conducted on a small group of inpatients, and even smaller subgroups with specific diagnoses, in a healthcare facility under closely controlled and supervised sanitary conditions. To further explore the possibilities examined here, thorough investigations must be

<https://doi.org/10.1016/j.genhospsych.2023.04.009>

Received 1 February 2023; Received in revised form 8 April 2023; Accepted 18 April 2023

Available online 20 April 2023

0163-8343/© 2023 Published by Elsevier Inc.

Please cite this article as: Hiram Tendilla-Beltrán et al., *General Hospital Psychiatry*, <https://doi.org/10.1016/j.genhospsych.2023.04.009>

Bibliografía

1. Alejandro, A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 39(135): 51-66.
2. Beghi, M. (2021). Suicidal behaviour in older age:. *Neurosci Biobehav Rev.*, 127:193-211.
3. Cabello, M. (2020). Cross-national prevalence and factors associated with suicide ideation and attempts in older and young-and-middle age people. *Aging Ment Health*, 1533-1542.
4. CORONA MIRANDA, B., & HERNANDEZ SANCHEZ, M. y. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Rev haban cienc méd [online]*, Vol.15.
5. CORONA MIRANDA, B., & SÁNCHEZ, H. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Rev haban cienc méd [online]*, vol.15.
6. Hengartner, M. (2021). Suicide risk with selective serotonin reuptake inhibitors and other. *J Epidemiol Community Health*.
7. J, d. L. (2022). Minority Stress and Suicidal Ideation and Suicide Attempts Among LGBT Adolescents and Young Adults: . *LGBT Health*, 222-237.
8. JK, L. (1995). Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry*, 49(Suppl 1):S111–6.
9. M, B. (2022). Factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar disorder: results from an Italian nationwide study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 272(3):359-370.
10. M, Z. (2019). Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13-19 years. *Ann Agric Environ Med*, 17;26(2):329-336.
11. McIntyre, R. (2021). Synthesizing the Evidence for Ketamine and Esketamine in Treatment-Resistant Depression:.. *Am J Psychiatry*, 1;178(5):383-399.
12. Morfín, T. (2015). Fenómeno suicida: un acercamiento trasndisciplinar. *Editorial Manual Moderno*.
13. Onaemo, V. (2022). Risk of suicide ideation in comorbid substance use disorder and major depression. *PLoS One*, 7;17(12).

14. Pedram, P. (2021). Self-Reported Lifetime History of Eating Disorders and Mortality in the General Population: A Canadian Population Survey with Record Linkage. *Nutrients*, 13(10):3333.
15. RC, K. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7):617–26.
16. Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Mexico: Desclee De Brouwer.
17. Rosenblat, J. (2023). The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force Report:. *Can J Psychiatry*, 68(1):5-21.
18. Troister, T. (2015). Suicide risk screening: Comparing the Beck Depression Inventory-II, Beck Hopelessness Scale, and Psychache Scale in undergraduates. *Psychological Assessment*, 27(4), 1500–1506.
19. U.S. Department of Health and Human Services, N. I. (2021). Depression. *NIH*.
20. Talbot-Stern, J. Green, T & Royle, T. (2016). *Psychiatric manifestations of systemic illness*. *Emerg Med Clin North Am*. 18(2):199-209
21. Huff, J. (2010). Confusion. En: *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. Editorial Elsevier Health Sciences: Philadelphia. p.101
22. McCullumsmith, C. (2015). Laying the groundwork for standardized assessment of suicidal behavior. *J Clin Psychiatry* 2015 Oct;76(10):e1333-5.
23. Brown, R & Plener, P. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*. 2017 Mar;19(3):20.
24. GBD 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. (2016). *Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. *Lancet*, 2016 Oct 8;388(10053):1459-1544
25. *Manual del Residente en Psiquiatría. Tomo 1 Generalidades*. Urgencias psiquiátricas. Comportamientos autolíticos, Pag 517-527.
26. Howton, K. et al . (2015). *Pharmacological interventions for self-harm in adults*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 6;(7)
27. Kulkarni, K. et al . (2020). *The impact of depressive symptoms on the clinical presentation of Persistent Delusional Disorder*. *Asian J Psychiatr*. 2018 Feb;32:123-125. doi: 10.1016/j.ajp.2017.12.002.
28. Howton, K. et al . (2015). *Pharmacological interventions for self-harm in adults*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 6;(7):CD011777.

29. Kulkarni, K. et al . (2020). *The impact of depressive symptoms on the clinical presentation of Persistent Delusional Disorder*. Asian J Psychiatr. 2018 Feb;32:123-125
30. K. Posner, G.K. Brown, B. Stanley, D.A. Brent, K.V. Yershova, M.A. Oquendo, et al.
The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults.
Am J Psychiatry., 168 (2011), pp. 1266-1277
31. Brown, R & Plener, P. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. Curr Psychiatry Rep. 2017 Mar;19(3):20.
32. Mora, R. et al . (2016). *Ketamina en el tratamiento de la ideación suicida asociada a depresión resistente. A propósito de un caso*. Editorial Elsevier España. 2016 Oct (1134-5934
33. Jiménez, M. Palomo, T & Rodríguez, R. (2015). Fundamentos de Psiquiatría. Bases científicas para el manejo clínico. Editorial Médica Panamericana: España.
34. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodem/DefuncionesRegistradas2020_Pnles.pdf